

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS FACTORES DE
RIESGO DEL CÁNCER EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO
IED EL SALITRE - SUBA SEDE A EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

JUAN JOSE DOVAL BUITRAGO (2085388)

LUISA FERNANDA MARIÑO LAGOS (2082701)

CRISTIHAN DARIO VIRGÜEZ OSORIO (2082041)

TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE CULTURA FISICA, DEPORTE Y RECREACION

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

BOGOTÁ D.C.

2015

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS FACTORES DE
RIESGO DEL CÁNCER EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO
IED EL SALITRE - SUBA SEDE A EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

JOSÉ FRANCISCO MENESES ECHÁVEZ

DOCENTE

JUAN JOSE DOVAL BUITRAGO (2085388)

LUISA FERNADA MARIÑO LAGOS (2082701)

CRISTIHAN DARIO VIRGÜEZ OSORIO (2082041)

TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE CULTURA FISICA, DEPORTE Y RECREACION

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

BOGOTÁ D.C.

2015

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	5
1. ABSTRACT.....	5
2. INTRODUCCIÓN	9
3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	11
4. JUSTIFICACIÓN.....	14
5. OBJETIVO GENERAL	17
5.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
6. MARCO TEÓRICO.....	18
6.1. SITUACION DEL CÁNCER A NIVEL MUNDIAL.....	18
6.2. SITUACION DEL CÁNCER EN COLOMBIA.....	26
7. MARCO CONCEPTUAL	30
7.1. CÁNCER	30
7.2. CÁNCER DE MAMA.....	30
7.2.1. Autoexamen de seno.....	31
7.3. CÁNCER DE PULMÓN.....	33
7.4. CÁNCER DE PRÓSTATA.....	33
7.5. AUTOEXAMEN DE TESTÍCULO	34
7.6. FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER.....	35
8. MARCO NORMATIVO	41
8.1. RESOLUCIÓN WHA 60.23 DE 2007	41
8.2. RESOLUCIÓN CD 47.R9 de 2006	41
8.3. LEY 1355 DE 2009.....	42
8.4. LEY 1384 DE 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.....	42
8.5. LEY 1388 DE 2010 Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia	43
9. MARCO METODOLÓGICO	44
9.1. ENFOQUE: Empírico-analítico.....	44
9.2. TIPO DE DISEÑO	44
9.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	44
9.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	45
9.4.1. Criterios de inclusión.....	45
9.4.2. Criterios de exclusión.....	45
9.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
10. RESULTADOS.....	47

10.1.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
11.	DISCUSIÓN	73
12.	CONCLUSIONES	79
13.	REFERENCIAS	81
14.	ANEXOS	87

1. RESUMEN

En Colombia durante el 2010 se registró un total de 33.450 defunciones por cáncer, 16.381 en hombres y 17.069 en mujeres (Plan Decenal para el Control del Cáncer, 2012-2021). Los cánceres más comunes en hombres son: próstata, estómago, pulmón. En mujeres son: mama, cuello uterino, tiroides y en los niños son: las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas (Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil OICI, 2014).

El objetivo de este estudio fue identificar los conocimientos, actitudes y practicas sobre los factores de riesgo para el cáncer en estudiantes de bachillerato del Colegio IED el Salitre-Suba sede A. Se realizó una recolección de información en estudiantes de ambos sexos pertenecientes a los cursos noveno (9), décimo (10) y once (11) grado de bachillerato, con edades entre los 14 y 18 años de edad, de los estratos socioeconómicos 2 y 3 del Colegio IED el Salitre-Suba sede A de la ciudad de Bogotá. Se adaptó y se aplicó una traducción translingüística del Cuestionario Cáncer Awareness Measure (CAM), para los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo del cáncer.

En esta investigación participaron 221 estudiantes, dividido en 106 (48%) mujeres y 115 (52%) hombres. Se evidenció que el 79,2% de los jóvenes está de acuerdo que fumar cigarrillo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer, el 38,2% no sabe que el consumo regular de alcohol aumenta el riesgo de cáncer, el 43,2% no sabe que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo del cáncer, el 44,3% no sabe que la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. Por otra parte, el 46,2% de la población cumple con los 150 minutos de actividad física por semana sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dividido en 55,8% hombres y 35,9% mujeres, Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

observando que los hombres son los que mayor actividad física realizan. El 52,8% de las estudiantes refiere no haber practicado el autoexamen de seno y el 48,1% desconoce la técnica apropiada para este fin; mientras que el 59,1% de los estudiantes masculinos refiere no haber practicado el examen de testículo y el 69,9% desconoce la técnica apropiada para este fin.

No obstante al tener un aspecto positivo en lo relacionado a la práctica de la actividad física realizada en mayor porcentaje en hombres que en las mujeres, sigue habiendo una alerta latente sobre los bajos niveles de conocimiento acerca de las principales estrategias de detección temprana para el cáncer, en especial del autoexamen de seno en mujeres y el autoexamen de testículo en los hombres. El desconocimiento de los factores de riesgo o métodos de prevención para el cáncer de testículo y cáncer de mama son uno de los puntos fuertes a trabajar en edades tempranas, ya que con ellos constituyen estrategias esenciales para la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad para estos tipos de cáncer, los cuales son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres en Colombia.

Palabras claves; Factores de riesgo, Cáncer, Estilo de vida, Actividad Física. (Fuente: DeCs)

1. ABSTRACT

In Colombia in 2010 a total of 33,450 cancer deaths in men and 16,381 in women 17,069 (Ten-Year Plan for the Control of Cancer, 2012-2021) was recorded. The most common cancers in men are prostate, stomach, lung; in women are: breast, cervix, thyroid and among children are leukemia, tumors of the central nervous system, lymphomas (Inter Observatory of Childhood Cancer OICI, 2014).

The aim of this study was to identify the knowledge, attitudes and practices on aboutrisk factors for cancer in high school students of IED el Salitre sede A.

A data collection was carried out instudents of both sexes belonging to the nine courses (9), tenth (10) and eleven (11) baccalaureate degree, aged between 14 and 18 years of age, socio-economic strata 2 and 3. Adapted and translation translanguistics Cancer Awareness Questionnaire Measure (CAM) to the knowledge, attitudes and practices on cancer risk factors was applied.

This research involved 221 students, divided into 106 (48%) women and 115 (52%) men. It showed that 79.2% of young people agree that cigarette smoking increases the risk of developing cancer, 38.2% did not know that regular consumption of alcohol increases the risk of cancer, 43.2% do not know over weight and obesity increase the risk of cancer, 44.3% did not know that infection with Human Papilloma Virus (HPV) increases the risk of developing cancer. Moreover, 46.2% of the population meets the 150 minutes of physical activity suggested by the World Health Organization (WHO) week, divided into 55.8% men and 35.9% women, noting that the men that increased physical activity performed. 52.8% of students refers not having practiced breast self-exams and 48.1% do not know the proper technique for this purpose; while 59.1% of male students refers not having practiced the examination of testis and 69.9% do not know the proper technique for this purpose.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

In spite to the practice of physical activity in higher percentage in men than in women, there remains a latent warning about low levels of knowledge about the main strategies for early detection of cancer especially the female breast self-examination and self-tests in men. Ignorance of the risk factors and prevention methods for cancer and breast cancer are one of the strengths to work in early ages, and that morbidity and mortality rates in the future that can generate these cancers which are the second leading cause of death in men and women in Colombia.

Keywords: Risk Factors, Cancer, Lifestyle, Physical Activity. (Source: DeCS)

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que afecta a cualquier célula del cuerpo generando una serie de afectaciones multisistémicas, caracterizadas por la multiplicación rápida de las células anormales (tumores malignos), las cuales se pueden propagar más allá de sus límites habituales, invadiendo en algunos casos a otros órganos (metástasis).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial contribuyendo con 8.2 millones de defunciones al año. El 70% de las muertes por cáncer se dan en Asia, África, América Central y Suramérica. La mortalidad por cáncer en hombres se da principalmente por neoplasias del pulmón, hígado, estómago, colon/recto y esófago; mientras que en las mujeres los cánceres más comunes son los de mama, pulmón estómago, colon/recto y cuello uterino, siendo el cáncer cérvico-uterino el más común en mujeres. Los tipos de cáncer con mayor impacto, en términos de morbi-mortalidad, son los de mama, cuello uterino y colon/recto; destacando que éstos pueden ser curados si se detecta precozmente y se trata adecuadamente.

Según el Plan Decenal Para El Control Del Cáncer (2012-2021), en Colombia durante el 2010 se registró un total de 33,450 defunciones por cáncer, 16,381 fueron en hombres y 17,069 en mujeres. Los datos aportados por los observatorios nacionales de cáncer afirman que en el país las localizaciones más comunes en hombres son: próstata, estomago, pulmón, colon/recto y linfomas no-Hodgkin; en mujeres lo son los cánceres de mama, cuello uterino, tiroides, estomago, colon/recto y ano y en los niños se presentan con más frecuencia las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas.

El conocimiento que tiene la población sobre los factores de riesgo en cáncer es mínimo. Páez, Urrea, Contreras y Díaz (2010), en su estudio realizado en Bucaramanga,

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

Colombia, con estudiantes de la facultad de salud de la Universidad de Santander sobre el conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de mama y la práctica del autoexamen de seno, encontraron poco conocimiento acerca de los factores de riesgo y factores protectores que se debe tener en cuenta para prevenir el cáncer de mama, uno de los factores es la falta de realización del autoexamen cada mes.

En 2012, Rodríguez, J. Rodríguez, A. Triana, A y Mendoza, R. en su estudio sobre los conocimientos de los factores de riesgo sobre el cáncer de mama en Puerto la Cruz, Venezuela, concluyen que las mujeres entre 25 y 64 años de edad no conocen el procedimiento para efectuar el autoexamen de seno y que el conocimiento en cuanto a factores de riesgo es muy pobre. Por otra parte, Muhammad, Mohamed, Arsul y Ahmed (2010), en su estudio con 200 estudiantes universitarias de Malasia, encontraron que las jóvenes tenían conocimientos inadecuados sobre el cáncer de mama; aunque manifestaron conocer las recomendaciones del autoexamen de seno.

Es de gran importancia indagar acerca del conocimiento de la población joven colombiana sobre las estrategias de prevención y factores de riesgo para el control del cáncer, así como la creciente necesidad de estrategias multidisciplinarias e intersectoriales de salud pública que exalten la importancia de la detección temprana y el control de los factores de riesgo relacionados al estilo de vida, en el avance hacia la prevención y control de la enfermedad. El objetivo de este estudio es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer en estudiantes de bachillerato del Colegio IED el Salitre - Suba sede A.

3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El cáncer presenta una gran carga de morbi-mortalidad a nivel mundial. Según la OMS (2014), se estima que más de 15 millones de casos nuevos de cáncer ocurrirán en 2020. Cerca del 60% de los casos nuevos se dan en las regiones menos desarrolladas. Acorde a las cifras, en los países más desarrollados se presentan 4,7 millones de casos, mientras que en los países menos desarrollados se presentan 5,5 millones, generando un promedio de 10 millones de casos nuevos anuales de cáncer a nivel mundial.

En Colombia, el cáncer es un problema de salud pública de orden creciente. Según datos del Instituto Nacional de Cancerología (2010) en el país se reportan un total de 33.450 muertes a causa del cáncer, de las cuales el 48,9% se atribuyen a los hombres y el 51% a las mujeres, lo cual representa para el país el 16,9% de la mortalidad en 2010.

El estudio de los diferentes factores de riesgo para el cáncer ha sido amplio tema de estudio durante décadas. El Instituto Nacional de Cancerología (2010) advierte que los factores de riesgo relacionados al estilo de vida a los cuales se les atribuye mayor incidencia son el tabaco y la dieta, seguidos de las infecciones, la obesidad, el alcohol y antecedentes familiares. Son numerosos los factores del estilo de vida no saludable donde hay un aumento del riesgo carcinógeno; entre ellos mencionamos: La ingesta de alcohol, obesidad, el consumo de tabaco; el comportamiento sexual irresponsable; la exposición al sol; el sedentarismo; el uso de medicamentos y la dieta alimentaria. El Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU. (2013) en su estudio realizado sobre el consumo de alcohol y obesidad se observó que las mujeres que bebieron más de 45 mililitros de alcohol diarios (casi tres bebidas) tuvieron 1,5 veces el riesgo de padecer cáncer de seno que quienes no lo hicieron, (un riesgo modestamente mayor), en cuanto a la obesidad los resultados de 2007 a 2008

Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre los Factores de Riesgo del Cancer

indican que 68% de los adultos de los Estados Unidos de 20 años y más tienen sobrepeso o son obesos. En comparación, de 1988 a 1994, solo 56% de los adultos de 20 años y más tenían sobrepeso o eran obesos. Además, el porcentaje de niños con sobrepeso u obesos ha aumentado también. Se calcula que 17% de los niños y adolescentes de 2 a 19 años de edad son obesos, según la encuesta de 2007 a 2008. De 1988 a 1994, esa cifra era solo 10%.

Al revisar antecedentes sobre los conocimientos, actitudes y practicas sobre los de factores de riesgo del cáncer, Allam, M.F. Elaziz, K.M. (2012). En el estudio “evaluación de los niveles de conocimiento en mujeres egipcias acerca de cáncer de mama y sus factores de riesgo”, observaron que las mujeres más jóvenes tenían mayor conocimiento acerca del cáncer de mama, evidenciando que estas mujeres son las que tienen mayor nivel de educación. También Vicente, A. Villar, O. Lucas, G. (2007), en el estudio “conocimiento del virus del papiloma humano (VPH) en una población universitaria”, identificaron que las mujeres con un rango de edad entre 18-35 años, no conocen que el virus del papiloma humano (VPH) es uno de los factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino. En Colombia sucede algo muy similar, en el estudio realizado en Manizales por Arias Gómez, M. Pineda Lince, S. (2011), sobre los “Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el Papillomavirus Humano”, encontraron que a mayor edad (28-35 años de edad) de los estudiantes es mayor el porcentaje de conocimiento acerca del virus del papiloma humano (VPH), teniendo en cuenta que son los hombres con mayor porcentaje de desconocimiento sobre el tema, Pero otra parte de la población desconoce las lesiones que este virus causa.

De acuerdo a los antecedentes anteriormente encontrados sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo del cáncer, se evidencia información sobre Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre los Factores de Riesgo del Cancer

el tema, pero no sobre la población objeto de este estudio lo cual sugiere la siguiente pregunta problema.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer en estudiantes de bachillerato del Colegio IED el Salitre-Suba sede A?

4. JUSTIFICACIÓN

Según la Liga Colombiana Contra El Cáncer (2013). El cáncer:

“Es una enfermedad en la que una de las células del organismo se ha alterado, de tal forma que se multiplica una y otra vez hasta producir millones de células hijas igualmente alteradas. Estas células se pueden propagar por vecindad o a través de los vasos sanguíneos y linfáticos a otras partes de cuerpo e invadirlo totalmente”.

La OMS (2014), muestra la tasa de morbi-mortalidad que se espera para el 2020 es de más de 15 millones de casos nuevos de cáncer. El 60% de estos casos nuevos ocurrirán en regiones menos desarrolladas, en los países más desarrollados se presentan 4.7 millones, mientras que en los país menos desarrollados se presentan 5,5 millones, estimando 10 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial.

En Colombia el cáncer es una enfermedad creciente. Según el Instituto Nacional de Cancerología (2010), anualmente se presentan más de 33.000 muertes a causa del cáncer. A los hombres se les atribuye el 48,9% y el 51% a las mujeres, lo cual representa para el país el 16.9% de las muertes totales ocurridas.

Teniendo en cuenta lo anterior en Colombia se establecen las acciones para la atención integral del cáncer bajo la ley 1384 de 2010, con la cual se espera reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de las garantías por parte del estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente. Los cuales presentan un modelo para el control del cáncer. Este modelo tiene como objetivos el control de riesgo, la detección temprana, el tratamiento, rehabilitación y el cuidado paliativo. Para el caso de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

Colombia, se hace énfasis en la necesidad de promover una atención continua desde las acciones de prevención hasta las relacionadas con los servicios de rehabilitación y cuidado paliativo.

Al realizar una revisión teórica en poblaciones entre los 13 y 19 años, en lo referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo para el cáncer, en Colombia la información recolectada es poca, encontrando dos estudios, el primer estudio de Páez, Urrea, Contreras y Díaz (2010), realizado en Bucaramanga, Colombia sobre conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud. El segundo estudio de López-Castillo, C.A. Calderón, M.A. González, M.M. (2013), realizado en la ciudad de Armenia, Colombia sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10. Se observó en ambos estudios los bajos niveles de conocimiento lo cual se acercan al estudio realizado en los estudiantes del Colegio I.E.D. el Salitre-Suba sede A en la ciudad de Bogotá. Pero sigue habiendo un vacío en otros estudios para las edades entre los 13 y 19 años para las actitudes y prácticas de los factores de riesgo para el cáncer en Bogotá D.C. No obstante al identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer en adolescentes por medio de este estudio, son varios los factores negativos de estilos de vida que son pocos saludables generando un aumento del riesgo carcinógeno; entre ellos mencionados: la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco, la exposición al sol, el sobrepeso y una mala alimentación.

Como profesionales de Cultura Física, Deporte y Recreación se está en la capacidad de promover estilos de vida saludable identificando los conocimientos, actitudes y prácticas de los factores de riesgo para el cáncer en adolescentes, según sean requeridos estos servicios de atención especial de las personas en el desarrollo de este trabajo. Esta investigación la Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

cual hace parte del grupo GICAEDS mediante la línea de investigación en ejercicio físico y salud, pretende brindar las herramientas necesarias que permitan a los individuos conocer las opciones preventivas y de control de la enfermedad con las que se cuenta mediante la adopción de estilos de vida y se compromete al trabajo con las diferentes comunidades y así mejorar los aspectos físicos, psicológicos y sociales, realizando en el profesional de Cultura Física esa labor de las dimensiones de la persona en cuanto al ser, la cultura y el movimiento mediante la fundamentación biológica, psicológica, pedagógica, investigativa y sociocultural para el cumplimiento de la misión de la facultad de cultura física deporte y recreación.

5. OBJETIVO GENERAL

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo para el cáncer en estudiantes de bachillerato del Colegio IED el Salitre - Suba sede A

5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la consistencia interna de la versión en español del cuestionario *Cáncer Awareness Measure* (CAM) en estudiantes del colegio IED el Salitre-Suba sede A.
- Determinar el nivel de conocimiento presente en la población de estudio acerca de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer.
- Establecer el conocimiento acerca de los signos de alarma relacionados a la identificación del cáncer en la población de estudio.
- Caracterizar la práctica de técnicas de detección temprana del cáncer, tales como el autoexamen de mama y de testículos, presentes en la población de estudio.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. SITUACIÓN DEL CÁNCER A NIVEL MUNDIAL

Según la OMS (2014) el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, causando cerca de 8,2 millones de muertes hasta el 2012. El cáncer de pulmón, hígado, estómago, colon y mama representan la mayor mortalidad dentro de los diferentes tipos de cáncer.

Un 30% de las muertes por cáncer se presentan por 5 factores de riesgo conductuales y dietéticos, tales como el Índice de Masa Corporal elevado, bajo consumo de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de alcohol y tabaco; siendo este último es el factor de riesgo más importante y tiene un 20% de muertes por cáncer y alrededor de un 70% de muertes por cáncer de pulmón a nivel mundial. Además, los cánceres que corresponden a las infecciones víricas como el VPH, los virus de hepatitis B (VHB), y hepatitis C (VHC) representan el 20% de muertes por cáncer en países bajos y medios.

El 60% de los nuevos casos de cáncer a nivel mundial ocurre en países de África, Asia, América Central y Sudamérica, siendo estas regiones donde se presenta el 70% de las muertes por cáncer en el mundo.

La incidencia en la población menor de 18 años Según la OMS del año 2011 a 2013, ocupa del 3 al 5 % del total de los casos de cáncer, aproximadamente 360.000 casos anuales. El género más afectado es el masculino. En la Tabla 1 se observa la estadística de los canceres más comunes en las diferentes edades infantiles arrojando los siguientes resultados.

Tabla1. Tipos de cáncer más frecuente en edad infantil.

TIPO DE CANCER	EDADES
Retinoblastoma	1 A 2 años
Neuroblastoma	1 A 3 años
Histiocitosis	1 A 6 años
Tumores Germinales	1 A 12 años
Leucemia	2 A 5 años
Tumores Renales	3 A 4 años
Sarcomas de partes blandas	4 A 9 años
Tumores cerebrales	5 A 7 años
Linfomas	6 A 12 años
Tumores óseos	11 A 19 años

Fuente: Escamilla, G. (2011). Pg.13

La frecuencia puede variar según el área geográfica entre regiones, manteniéndose el orden casi mundial de los tres primeros.

De acuerdo a las estimaciones de GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and prevalence world wide in 2012, por cada sexo se muestra de 1, 3 y 5 años de datos de prevalencia en la población adulta solamente y edades de 15 años y mayores. Estos datos son arrojados por Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), para poder conocer la incidencia de, la mortalidad y la prevalencia de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional y países del mundo.

Tabla 2. Incidencia y mortalidad por Cáncer de mama en el mundo. (GLOBOCAN, 2012)

Cáncer de mama en el mundo (incidencia). (Figura 1)	Cáncer de mama en el mundo (mortalidad). (Figura 2)
Bélgica (111.9) Dinamarca (105) Francia (metropolitana) (104.5) Países Bajos (99) Bahamas (98.9) Islandia (96.3) Reino Unido (95) Barbados (94.7)	Irlanda Bélgica Dinamarca Serbia Ucrania Irak Siria Egipto

Estados Unidos de América (92,9)	Afganistán
Irlanda (92.3)	Pakistán
Polinesia francés (92.2)	Somalia
Alemania (91,6)	Nigeria
Italia (91.3)	Malasia
Finlandia (89.4)	Guayana
Luxemburgo (89.1)	Argentina
Nueva Caledonia (87.6)	Colombia (10.79)
Australia (86)	
Malta (85.9)	
Nueva Zelanda (85)	
Suiza 83,1Colombia (35.66)	

Figura 1. Incidencia de cáncer de mama en el mundo.(GLOBOCAN, 2012)

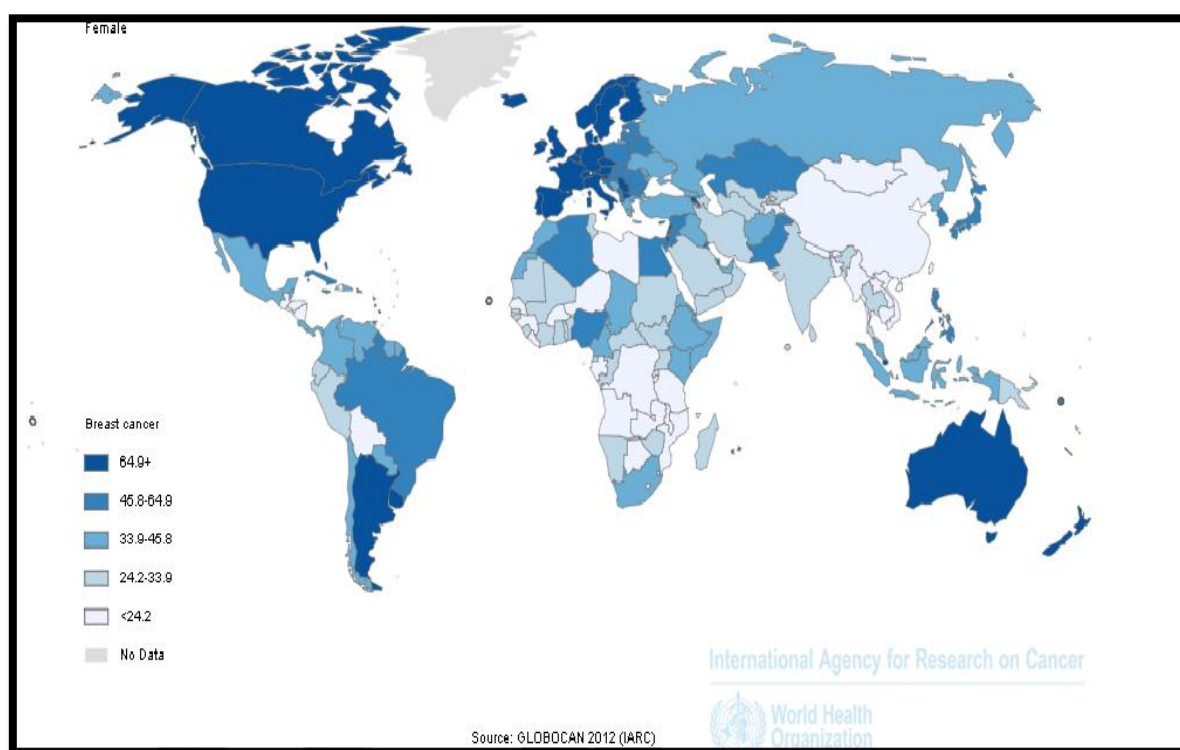


Figura 2. Mortalidad de cáncer de mama en el mundo. (GLOBOCAN, 2012)

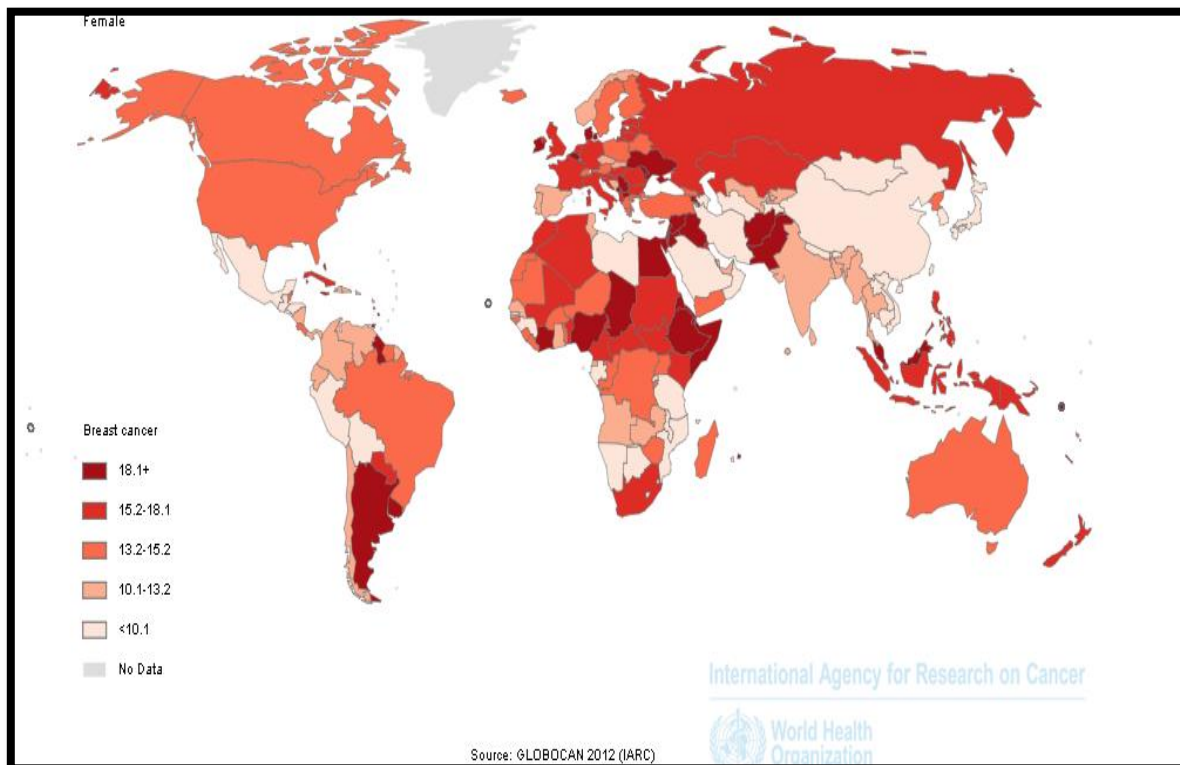


Tabla 3. Incidencia y mortalidad de cáncer de mama en Sudamérica. (GLOBOCAN, 2012)

Cáncer de mama en Sudamérica (incidencia). (Figura 3)	Cáncer de mama en Sudamérica (mortalidad).(Figura 4)
Cuba Jamaica Bahamas Puerto Rico Brasil Uruguay Argentina Colombia (35.66)	Cuba Jamaica Bahamas Puerto Rico Brasil Uruguay Argentina Guayana Colombia (10.79)

Figura 3. Incidencia de cáncer de mama en Sudamérica. (GLOBOCAN, 2012)

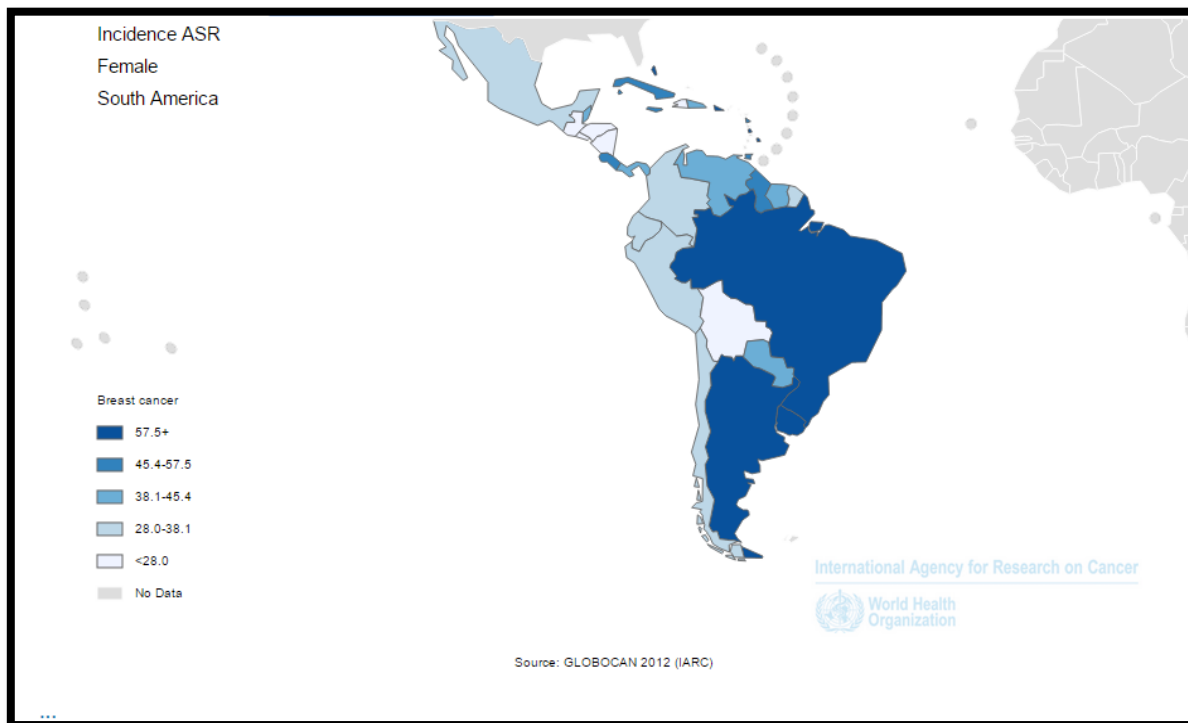


Figura 4. Mortalidad de cáncer de mama en Sudamérica. (GLOBOCAN, 2012)

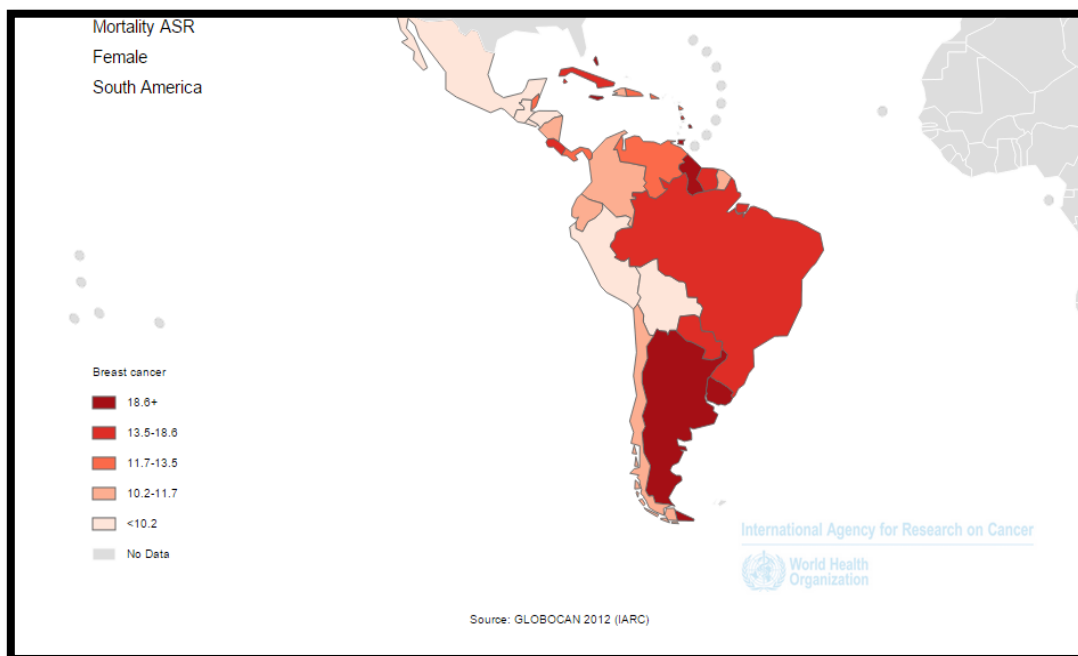


Tabla 4. Incidencia y mortalidad de cáncer de próstata en el mundo. (GLOBOCAN, 2012)

Cáncer de próstata en el mundo (incidencia).(Figura 5)	Cáncer de próstata en el mundo (mortalidad).(Figura 6)
Francia, Martinica (227,2) Noruega (129,7) Francia (metropolitana) (127,3) Trinidad y Tobago (123,9) Barbados (123,1) Suecia (119,0) Australia (115,2) Nueva Caledonia (114,9) Polinesia francés (114,6) Irlanda (114,2) Suiza (107,2) Islandia (106,6) Francia, Guadalupe (105,2) Estados Unidos de América(98,2) Finlandia (96,6) Estonia (94,4) Puerto Rico (93,2) Nueva Zelanda (92,2) Dinamarca (91,3) Bélgica (90,9) Colombia (51,35)	Lituania Turquía Senegal Guinea Sierra Leona Liberia Botsuana Angola Sudáfrica Zimbabue Madagascar Kenia Sudan África Central Congo Tanzania Guayana República Dominicana Jamaica Haití Paraguay Uruguay Colombia (15,05)

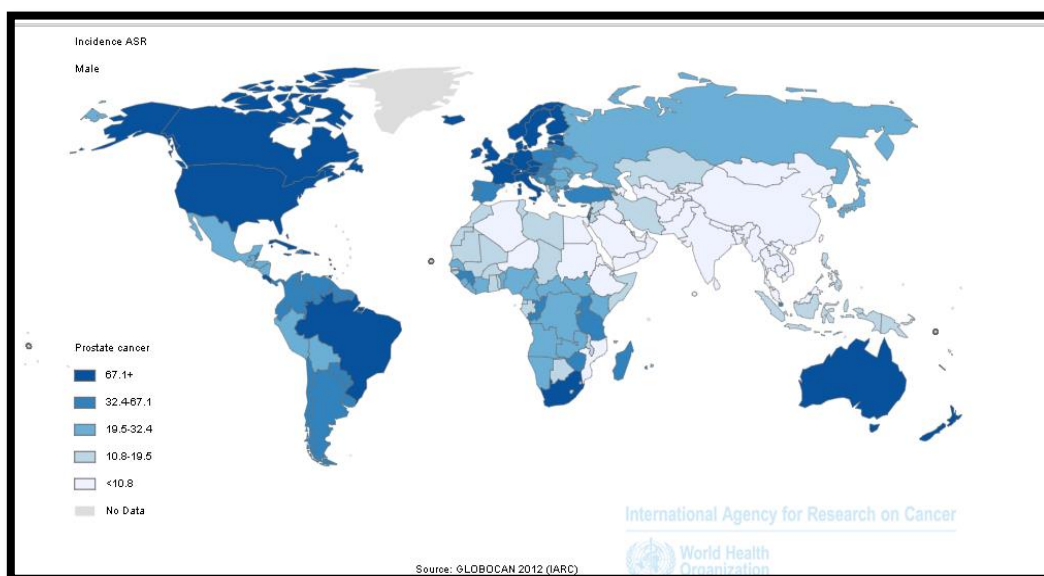
Figura 5. Incidencia de cáncer de próstata en el mundo. (GLOBOCAN, 2012)

Figura 6. Mortalidad de cáncer de próstata en el mundo. (GLOBOCAN, 2012)

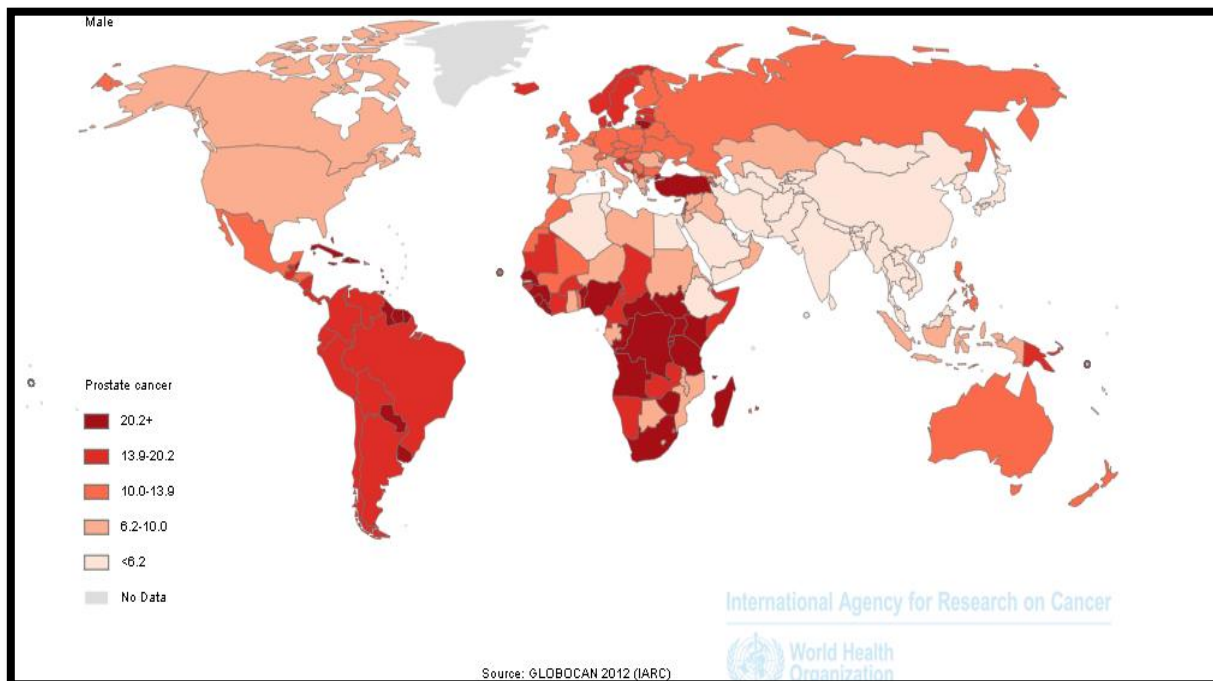


Tabla 5. Incidencia y mortalidad de cáncer de próstata en Sudamérica. (GLOBOCAN, 2012)

Cáncer de próstata en Sudamérica(incidencia).(Figura 7)	Cáncer de próstata en Sudamérica(mortalidad).(Figura 8)
Cuba Jamaica Barbados Trinidad y Tobago Puerto Rico Brasil Uruguay Colombia (51.35)	Cuba Haití Barbados Trinidad y Tobago República Dominicana Jamaica Bahamas Uruguay Guayana Colombia (15.05)

Figura 7. Incidencia de cáncer de próstata en Sudamérica. (GLOBOCAN, 2012)

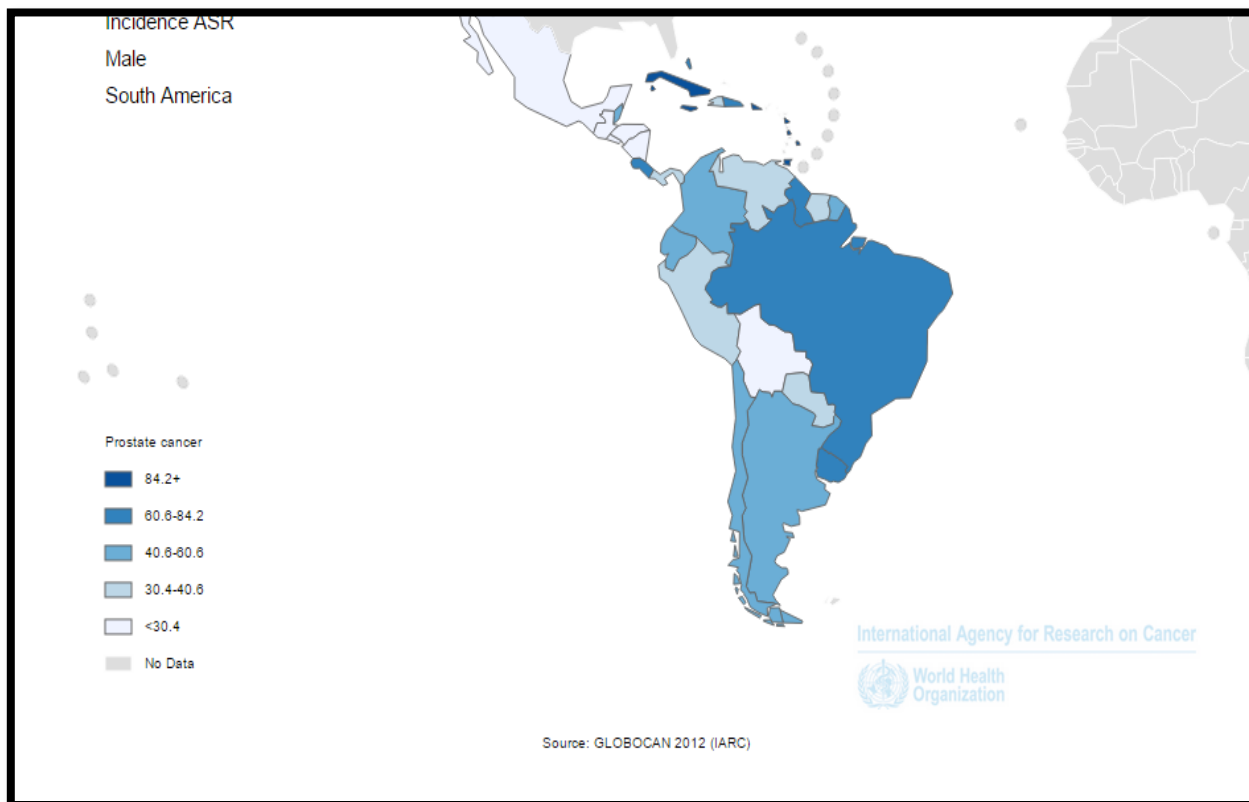
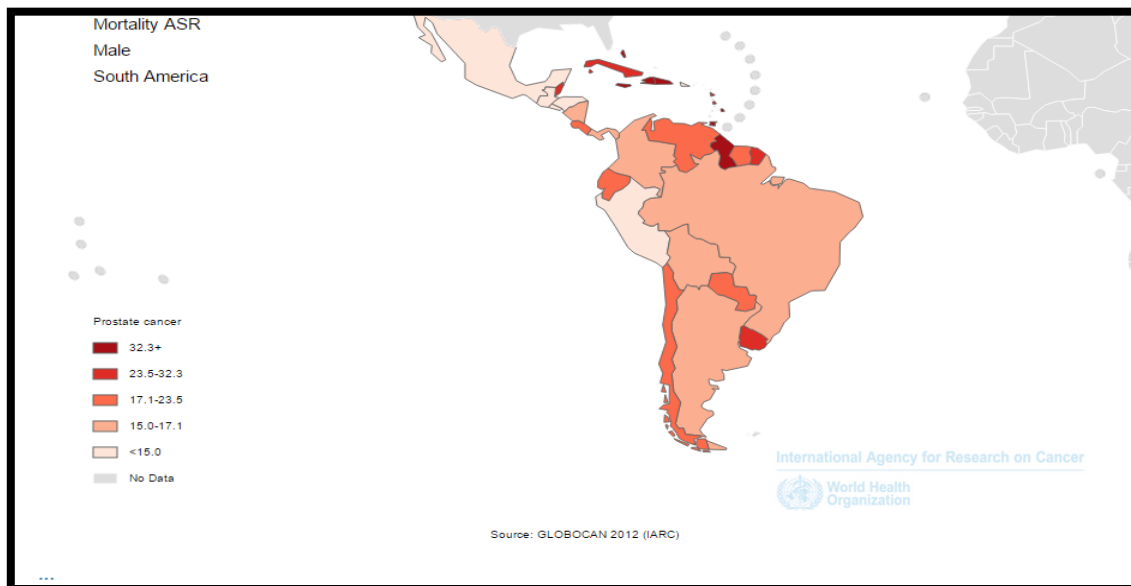


Figura 8. Mortalidad de cáncer de próstata en Sudamérica. (GLOBOCAN, 2012)



En la Tabla 6 se muestra los otros tipos de cáncer en Colombia con mayor tasa de incidencia y mortalidad por sexo. Según la organización mundial de la salud.

Tabla 6. Tipos de cáncer en Colombia por incidencia y mortalidad. (GLOBOCAN, 2012)

Tipo de cáncer en Colombia	Incidencia		Mortalidad	
	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.
Pulmón	7.08	15.94	6.98	14.08
Estómago	8.97	18.89	7.78	15.59
Colon y Recto	12.52	13.43	6.99	7.56
Cuello Uterino	18.67		8.03	

6.2. SITUACION DEL CÁNCER EN COLOMBIA

En el 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer que representaron 16,9% del total de las defunciones, de estas, 16.381 fueron en hombres y 17.069 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 72,9 por 100.000 y 74,1 por 100.000. (Plan Decenal para el control de Cáncer en Colombia 2012-2021).

En los adultos colombianos las muertes más significativas por cáncer en los hombres son: estómago, pulmón, próstata, colon y recto; mientras que en las mujeres las principales Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

causas de muerte son: cuello uterino, mama, estómago y pulmón. Por otra parte, en los niños colombianos los cánceres más importantes son: las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas. (Plan Decenal para el control de Cáncer en Colombia 2012-2021).

El Registro epidemiológico de vigilancia del cáncer en Cali, con base en el RPCC (Registro Poblacional de Cáncer de Cali, 2005), ha mostrado claramente la disminución de la incidencia del cáncer invasivo del cuello uterino, posiblemente debido en buena parte a la expansión de los programas de citología vaginal.

En cuanto al ascenso gradual y permanente del cáncer de mama se hace énfasis sobre el impacto social de dicha neoplasia. Ello idealmente debería llegar a establecer y mejorar los métodos de detección temprano. Según el Registro Poblacional de Cáncer en Cali (2005), la mejor opción será la ampliación y mejoría de los servicios de mamografía. Ello sugiere una inversión importante de recursos, por lo tanto es hora de darle la cara al problema. Por otra parte, el descenso de las tasas de cáncer gástrico es un fenómeno internacional, un triunfo no planeado que seguirá su curso sin intervención adicional.

En Colombia según la Liga Nacional Contra el Cáncer y el Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (2014) de Bogotá, En el país, según cifras oficiales actuales, el 40% de los pacientes con cáncer infantil mueren por un diagnóstico erróneo o tardío o por un tratamiento inadecuado.

El cáncer infantil es la cuarta causa de muerte en niños de 5 a 14 años y la segunda en niñas en el mismo grupo de edad. Cada año 226 niños mueren por algún tipo de cáncer pediátrico y se presentan 1300 nuevos casos en el mismo período. En la Tabla 7 se muestra los diferentes síntomas de un posible cáncer infantil.

Por el contrario, y con cifras de mismo centro hospitalario, se encontró que más de la mitad de los niños con tumores sólidos (Enfermedad de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, tumores renales y rabdomiosarcomas) son diagnosticados en fases avanzadas de la enfermedad:

- Enfermedad de Hodgkin 65% en estados II, III y IV.
- Linfoma No Hodgkin 80% estados III y IV.
- Tumores renales 56% estados III y IV.
- Rabdomiosarcomas 75% estados III y IV.

Tabla 7. Síntomas de un posible cáncer infantil.

Fiebre injustificada durante más de dos semanas
Moretones y puntos rojos en brazos y piernas
Masas en el cuello y ganglios inflamados.
Pérdida de peso y fatiga sin causa aparente.
Sangrado por la nariz o las encías.
Crecimiento y dolor en el abdomen.
Dolor de huesos, articulaciones o espalda.
Infecciones repetitivas.
Pérdida de apetito y sudoración.

Fuente: Liga contra el cáncer y el observatorio internacional de cáncer infantil (2014)

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

Al detectarse el cáncer de manera tardía se aumenta el riesgo de muerte por cáncer infantil y disminuyen las probabilidades de curación para el infante.

El Plan Decenal Para el Control del Cáncer 2012 - 2021. El cual establece objetivos de gran importancia como son aumentar la sobrevida y las posibilidades de curación de los pacientes y contrarrestar el fenómeno de las altas tasas de mortalidad que se presentan en el país. Así mismo se expusieron las líneas estratégicas en prevención, detección temprana y habilitación de servicios oncológicos.

Por situaciones como ésta, se creó la Ley 1388 de 2010, teniendo en cuenta que días o semanas influyen en la sobrevida del niño. Donde la Ley 1388. Ley de cáncer Infantil del (26 de mayo de 2010) “por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, señaló que su objeto es “disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años. A través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizadas y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin”.

7. MARCO CONCEPTUAL

7.1. CÁNCER

Según The American Cancer Society (2009-2011) el cáncer es *“un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Si esta propagación no se controla puede causar la muerte. Su causa se debe a factores tanto externos (tabaco, organismos infecciosos, alimentación deficiente, sustancias químicas y radiación) como internos (mutaciones heredadas, hormonas, problemas inmunitarios y mutaciones debidas al metabolismo).”*

Ortiz, Reyes, Grajales y Tenahua, (2013), definen el cáncer como una afección clínica de carácter maligno cuyas características son la alteración morfológica y funcional, seguida de la proliferación descontrolada de las células de un tejido que invaden, desplazan y constituyen localmente y a distancia, otros tejidos del organismo.”

7.2. CÁNCER DE MAMA

The American Cancer Society (2013) define el cáncer de seno o mama como, *“un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer.”*

Existen diferentes tipos y características especiales en cada uno, entre ellos tenemos:

- Carcinoma ductal in situ (carcinoma intraductal)
- Carcinoma lobulillar in situ

- Carcinoma ductal invasivo (o infiltrante)
- Carcinoma lobulillar invasivo (o infiltrante)
- Cáncer inflamatorio de seno
- Cáncer de seno triple negativo
- Enfermedad de Paget del pezón
- Tumor filoides
- Angiosarcoma

7.2.1. Autoexamen de seno

Para Profamilia (2010), es el examen personal de seno que tiene la mujer a su alcance para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Este examen consiste en la palpación detallada de cada seno para detectar la aparición de alguna alteración o anormalidad. Es muy importante, que se realice cada mes con el fin de que la mujer se familiarice con la apariencia y consistencia de sus senos. Cabe resaltar que el autoexamen de seno no es efectivo como método de detección temprana del cáncer de seno, pero se recomienda su práctica mensual como estrategia de autoconocimiento y para minimizar el riesgo del cáncer de mama.

Instrucciones para practicar correctamente el auto-examen de seno (Profamilia 2010)

PASO 1: Colóquese frente a un espejo, observe y revise ambos senos en busca de una depresión o huecos, desviaciones del pezón o descamación de la piel, especialmente en la areola.

PASO 2: Mirando fijamente el espejo, coloque las manos detrás de la cabeza y manteniéndola fija, presione los codos hacia adelante, observando si hay hundimientos en la piel, el pezón o abultamientos.

PASO 3: Con el mismo fin, coloque las manos sobre las caderas y haga presión firmemente hacia abajo, inclinándose levemente hacia el espejo impulsando los codos y los hombros hacia adelante.

PASO 4: Levante el brazo izquierdo por detrás de la cabeza con el codo en alto y con la mano derecha examine su mama izquierda.

Inspeccione de manera cuidadosa deslizando en forma circular los tres dedos intermedios de la mano alrededor del seno, comenzando en la periferia de la parte superior izquierda hasta llegar al pezón. Ponga especial cuidado en el área de la mama que se encuentra entre el pezón y la axila. Realice el mismo procedimiento en el seno derecho, ahora examinándose con la mano izquierda. Este paso puede realizarse acostada, ya que el tejido se extiende y facilita la palpación o en la ducha porque los dedos con el jabón se resbalan más fácilmente.

PASO 5: Es importante que la mujer esté atenta a sus senos y si observa un signo de alarma como secreción espontánea amarillenta o sanguinolenta, no inducida; acuda de inmediato al especialista.

PASO 6: Los médicos recomiendan, además, realizar el paso número 4 acostada boca arriba con una almohada o toalla doblada debajo del hombro. Levante el brazo y colóquelo sobre la cabeza. Esta posición distribuye el tejido mamario uniformemente sobre la región central y permite entrever mejor las lesiones tumorales pequeñas. Con la mano derecha palpa el seno izquierdo. Como se indicó en el paso 4, lo mismo con el seno derecho.

7.3. CÁNCER DE PULMÓN

Según la Sociedad Americana de Cáncer (2001), los pulmones están compuestos por varios tipos de células que tienen diferentes funciones. El cáncer de pulmón depende del tipo de célula afectada. Existen dos tipos principales de cáncer de pulmón, el primero es el cáncer de pulmón de células pequeñas o SCLC, el otro es el cáncer de pulmón de células no pequeñas o NSCLC. En pocos casos los cánceres de pulmón tienen características de los dos tipos, estos cánceres se conocen como cánceres mixtos de células pequeñas/grandes.

Cáncer de pulmón de células no pequeñas

Este tipo de cáncer de pulmón es el más común y es responsable de entre el 75% y 80% de los cánceres de pulmón. Dentro de este grupo hay tres subtipos:

- Carcinoma de células escamosas.
- Adenocarcinoma (incluyendo el carcinoma bronquioalveolar).
- Carcinoma diferenciado de células grandes.

No obstante, el subtipo de cáncer de pulmón de células no pequeñas no influye en las opciones de tratamiento.

Cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC)

Este tipo de cánceres es el responsable de entre el 20% y 25% de todos los cánceres de pulmón. Otros nombres para el cáncer de células pequeñas son: cánceres de células en grano de avena, carcinoma diferenciado de células pequeñas y carcinoma neuroendocrino mal diferenciado.

7.4. CÁNCER DE PRÓSTATA

Para The American Cancer Society (2013), en la próstata se encuentran varios tipos de células, pero casi todos los casos de cáncer de próstata se desarrollan a partir de las células. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

glandulares. Las células glandulares producen el líquido prostático que se agrega al semen. El término médico para un cáncer que comienza en las células glandulares es adenocarcinoma.

Otros tipos de cáncer también pueden comenzar en la glándula prostática, incluyendo sarcomas, carcinomas de células pequeñas, y carcinomas de células de transición. Pero estos tipos de cáncer de próstata no son frecuentes. Por lo tanto, el cáncer de próstata más frecuente es el adenocarcinoma.

Algunos cánceres de próstata pueden crecer y propagarse rápidamente, pero la mayoría crece lentamente. De hecho, los estudios realizados en algunas autopsias muestran que muchos hombres de edad avanzada (e incluso algunos hombres más jóvenes) que murieron de otras enfermedades también tenían cáncer de próstata que nunca les afectó durante sus vidas. En muchos casos, ellos no sabían, y ni siquiera sus médicos, que tenían cáncer de próstata.

7.5. AUTOEXAMEN DE TESTÍCULO

The American Cancer Society (2013) da algunos pasos para realizarse el autoexamen de testículo, estos se debe hacer durante o después de un baño o ducha, cuando la piel del escroto está relajada. Para hacer el autoexamen testicular:

- Procure mantener el pene apartado durante el procedimiento y examine un testículo a la vez.
- Sostenga el testículo entre sus pulgares y los dedos con ambas manos y ruédelo lentamente entre los dedos.
- Busque y sienta cualquier abultamiento duro o masa redonda uniforme o cualquier cambio en el tamaño, forma o consistencia de los testículos.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

7.6. FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER

El Ministerio De Protección Social (2004), en su guía sobre “El cáncer” afirma que esta enfermedad no se origina por una sola causa, sino que opera que opera por multicausalidad, por eso se dice que es una enfermedad multifactorial, es por esto que las causas de cáncer se clasifica en dos categorías: externas o internas.

Las causas internas, se conocen como una predisposición genética, eso quiere decir que en ciertas familias se hereda un gen anormal que hace que los miembros presenten una alta probabilidad de padecer cáncer, esto se da entre 5% a 10% de los casos. Cuando en una misma familia se presenta cáncer a temprana edad (antes 50 años), se busca una causa hereditaria.

En la actualidad se sabe que el cáncer es ocasionado por causas externas, es decir, por exposiciones a sustancias químicas o agentes físicas o biológicas que afectan los genes de las células, transformándolas en cancerosas. En la Tabla 8 se muestra los diferentes factores de riesgos a los que se atribuye el cáncer

Tabla 8. Factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO	PORCENTAJE ATRIBUIDO
DIETA	35
CONSUMO DE CIGARRILO	30
INFECCIONES	10
RAYOS SOLARES	3

ALCOHOL	3
OCUPACION	4
RADIACION	1
CONTAMINACION	2
MEDICAMENTOS	1

Tomado de Ministerio de protección social (2004) “el cáncer” pg. 12

En la Tabla 9 se observa un resumen con los factores de riesgo de diferentes tipos de cáncer que nos muestra el Ministerio De Protección Social (2004)

Tabla 9. Factores de riesgo según el tipo de cáncer

TIPO DE CÁNCER	FACTOR DE RIESGO
PIEL	Piel tipo 1 (personas blancas de ojos y pelo claro, que se broncea poco, es decir, se quema fácilmente)
	Personas muy expuestas al sol
	Ubicación geográfica (climas tropicales)
ESTÓMAGO	Alta ingesta de sal, carbohidratos y alimentos ricos en nitritos y nitratos
	Padecimiento de infección gástrica causada por helicobacter pylori (aguas en malas condiciones)
	Verduras con riego de agua no tratada o contaminada
	Adicción al cigarrillo
	Consumo de licor
	Antecedente de enfermedad gástrica

COLORECTAL	Antecedentes familiares
	Lapoliposis intestinal y la enfermedad inflamatoria intestinal
	Falta de ejercicio
	Exposición a productos químicos
	Dieta pobre en fibra y rica en grasa de origen animal
PULMÓN	Consumo de tabaco
	Antecedentes de tuberculosis pulmonar
	Exposición laboral al asbesto
	Exposición al radón (minería del uranio)
	Humo del tabaco en el ambiente (fumadores pasivos)
	Exposición a otros contaminantes del ambiente (gases de combustión de motores diésel, alquitrán, dioxina derivados del arsénico, el cromo, el cadmio y el níquel)
CUELLO UTERINO	Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años
	Múltiples compañeros sexuales
	Presencia de enfermedades de transmisión sexual
	Infección por virus del papiloma humano (VPH)
	Consumo de tabaco
	Déficit de vitaminas (A y C)
	No realizarse la citología de cuello uterino (min cada 3 años)
OVARIO	Flujo vaginal fétido (signo de alarma)
	Antecedentes de cáncer endometrial, de colon o de mama
	Edad avanzada

	Uso de inductores de ovulación en tratamientos de infertilidad
	Antecedentes familiares en cáncer de ovarios
	Obesidad
MAMA	Factor hormonal (estrógenos y progesterona)
	Historia familiar de cáncer de mama
	Primera menstruación antes de los 11 años
	Las que no tienen periodo de lactancia
	Menopausia de manera tardía (después de 45 años)
	Mujeres que no tienen hijos o los tienen después de los 40 años
PRÓSTATA	Edad mayores de 40 años
	Antecedentes familiares
	Factores ambientales
	Exposición al cadmio o al caucho
	Personas que trabajan con soldaduras o baterías
	Actividad sexual (grupos poblaciones cuyos miembros tienen menor número de relaciones sexuales o son célibes)
	Dieta altas en grasas y calcio. Vitamina E, licopenos
	Falta Actividad física
	Enfermedades sexuales de origen viral y trastornos hormonales
TESTÍCULO	Pacientes con testículo no descendidos al escroto
	Antecedentes familiares con cáncer de testículo
	Leucemias
	Anomalías genéticas como síndrome de Down

	Exposición excesiva a radiaciones ionizantes y a ciertas sustancias químicas como el benceno
	Consumo de cigarrillo
	Contacto con algunos virus (HTLV-1, Epstein-Barr)

En la Figura 9 se muestra la tasa de incidencia dada por Registro Poblacional de Cáncer en Cali.

Figura 9. Tasa de incidencia en Cali

 REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CALI, COLOMBIA. (2004-2008) Frecuencias relativas, tasas de incidencia media anual crudas y estandarizadas por edad (Población Mundial) por 100.000 per-año.								
HOMBRES				MUJERES				
LOCALIZACIÓN	n	(%)	TC	TEE	n	(%)	TC	TEE
LABIO	13	0.1	0.1	0.3	0.1	0.3	10	0.2
LENQUA	55	0.4	0.5	1.3	0.6	1.1	46	0.6
GLÁNDULA SALIVAL	45	0.4	0.5	1	0.5	0.9	44	0.6
BOCA	60	0.4	0.5	1.3	0.6	1.2	51	0.9
OROFARINJE	8	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	6	0.1
NAOOFARINJE	24	0.2	0.4	0.6	0.3	0.5	21	0.4
HIPOFARINJE	8	0	0.1	0.2	0.1	0.2	5	0.1
FAFINJE NO ESPECIFICADA	6	0	0	0.1	0.1	0.1	3	0.1
ESÓFAGO	120	0.7	1.3	2.7	1.3	2.4	83	1.5
ESTÓMAGO	1074	7	13.4	24.3	11.2	21.6	823	15
INTESTINO DELGADO	26	0.3	0.5	0.6	0.3	0.5	31	0.6
COLON	454	4.9	9.6	10	4.7	9.1	581	10.6
RECTO	324	3.1	6.3	7.3	3.4	6.5	370	6.7
HÍGADO	165	1.2	2.3	3.7	1.7	3.3	142	2.6
VESIGULA BILIAR	40	1.5	3.1	0.9	0.4	0.8	185	3.4
PÁNCREAS	170	1.5	3.4	3.9	1.5	3.4	212	3.9
PERITONEO	2	0	0	0	0	0	3	0.1
FOXA NASAL Y OÍDO MEDIO	35	0.3	0.7	0.5	0.4	0.7	39	0.7
LARINGE	170	0.3	0.7	4	1.5	3.4	41	0.7
BRONQUIOS Y PULMÓN	814	4.3	8.4	18.3	8.5	16.4	506	9.2
OTROS ÓRGANOS TORÁCICOS	26	0.2	0.5	0.5	0.3	0.5	25	0.5
HUESO	87	0.7	1.5	1.7	0.9	1.7	86	1.6
TEJIDO CONJUNTIVO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	114	1.1	2.3	2.5	1.2	2.3	134	2.4
MESOTELIOMA	12	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	7	0.1
SARCOMA DE KAPOSI	98	0.1	0.2	1.9	1	2	14	0.3
MELANOMA DE PIEL	172	1.4	2.9	3.7	1.5	3.5	165	3
OTROS PIEL	26	0.4	0.9	0.5	0.3	0.5	51	0.9
MAMA	25	23.9	45.3	0.5	0.3	0.5	2509	51.1
ÁSTERO NO ESPECIFICADO		0.3	0.5				34	0.6
CUELLO UTERINO		5.6	15.5				1125	20.5
OTROS ÓRGANOS GENTALES FEMENINOS		0.2	0.4				26	0.5
PRÓSTATA	2682			63.1	27.9	63.9		
TESTÍCULO	146			2.7	1.5	2.9		
PENE	63			1.3	0.7	1.3		
OTROS ÓRGANOS GENTALES MASCULINOS	10			0.2	0.1	0.2		
VEJIGA	319	1	1.9	7.2	3.3	6.4	117	2.1
PRÓSTATA	157	1.3	2.5	4.4	1.9	3.8	157	2.9
OVO	29	0.2	0.5	0.7	0.3	0.6	29	0.5
CEREBRO Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	305	3	5.1	5.6	3.2	5.1	347	6.3
TIROIDES	134	5.5	11.5	2.5	1.4	2.7	679	12.3
OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS	14	0.1	0.3	0.3	0.1	0.3	17	0.3
ENFERMEDAD DE HODGKIN	73	0.6	1.1	1.5	0.8	1.5	66	1.2
LINFOMA NO-HODGKIN	521	4	7.9	11.2	5.4	10.5	468	8.5
MIELOMA MÚLTIPLE	107	1.1	2.2	2.5	1.1	2.2	127	2.3
LEUCEMIA LINFOIDE	167	1.6	3.6	3.6	1.7	3.4	188	3.4
LEUCEMIA MIELOIDE	69	0.8	1.7	1.5	0.7	1.4	96	1.7
OTRAS LEUCEMIAS	19	0.1	0.2	0.4	0.2	0.4	14	0.3
LEUCEMIA NO ESPECIFICADA	30	0.3	0.6	0.7	0.3	0.6	35	0.6
SITIO PRIMARIO DESCONOCIDO	505	4.8	9.2	11.4	5.3	10.2	559	10.2
TODAS LAS LOCALIZACIONES PRIMARIAS	9759	100	199	220	101.6	195.5	11749	213.6
TODAS LAS LOCALIZACIONES PRIMARIAS SIN PIEL	9537	95.6	195.1	216.3	100	193	11554	210.6

n Número de casos; (%) Frecuencias relativas; TC Tasa cruda; TEE Tasas estandarizadas por edad por 100.000 pers-año (Población estándar mundial).

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Cali, (2008-20012).

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

Figura 10. Tasa de Mortalidad en Cali

 REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CALI, COLOMBIA. (2008-2012) Frecuencias relativas, tasas de mortalidad media anual crudas y estandarizadas por edad (Población Mundial) por 100.000 per-año.								
LOCALIZACIÓN	HOMBRES				MUJERES			
	n	(%)	TC	TEE	n	(%)	TC	TEE
CAVIDAD ORAL	98	1.4	1.1	1.8	13	80	1.7	1.9
ESÓFAGO	99	1	0.8	1.9	1	59	1.8	2
ESTÓMAGO	783	10	8	15.2	95	585	14.4	15.8
COLON Y RECTO	469	8.9	7	9	85	521	8.5	9.3
HÍGADO	304	6	4.8	5.8	57	353	5.5	6.1
PÁNCREAS	213	4.4	3.5	4.1	42	257	3.9	4.3
PULMON, BRONQUIOS Y TRAQUEA	715	9.5	7.6	13.7	91	558	13	14.3
MELANOMA Y OTROS CÁNCER DE PIEL	124	2.1	1.6	2.4	2	122	2.3	2.5
MAMA	8	15.9	13.8	0.2	152	933	0.1	0.2
CUELLO UTERINO		7.9	6.9		75	482		
CUERPO UTERINO		2.1	1.9		2	126		
OVARIO		5	4.4		48	294		
PRÓSTATA	913			17.5			16.6	16.7
VEJIGA	115	1	0.7	2.2	09	57	2.1	2.2
LINFOMA Y MIELOMA MÚLTIPLE	301	4.1	3.5	5.8	39	242	5.5	6.1
LEUCEMIAS	267	5.2	4.7	5.1	5	308	4.9	5
OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS	1068	20.3	16.9	20.4	193	1189	19.4	21.3
TODAS LAS LOCALIZACIONES PRIMARIAS	5492	104.9	87.3	105.1	100	6157	100	107.9

n Número de casos; (%) Frecuencias relativas; TC Tasa cruda; TEE Tasas estandarizadas por edad por 100.000 pers-año (Población estándar mundial).

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Cali
Facultad de Salud - Escuela de Medicina
Departamento de Patología
Universidad del Valle, Cali - Colombia.

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Cali, (2008-20012).

En la Tabla 10 se muestra la incidencia de cáncer Pediátrico en Cali, Colombia. En los periodos 2009-20010

Tabla 10. Incidencia de Cáncer Pediátrico

	Hombres	Mujeres	Ambos
<01 años	15	7	22
01-09 años	119	100	219
10-14 años	57	46	103
15-19 años	51	43	94
Todos	242	196	438

8. MARCO NORMATIVO

8.1. RESOLUCIÓN WHA 60.23 DE 2007

Habla sobre prevención y control de enfermedades no transmisibles, la cual establece la meta de reducir la mortalidad por estas en un 2% durante los próximos 10 años, dando importancia a la motivación, educación y apoyo para la adopción de estilos de vida saludables en las comunidades y los gobiernos proporcionen políticas públicas que favorezcan dicha adopción en la vida cotidiana, reconociendo que se deben redoblar los esfuerzos para promover la actividad física y los modos de vida sanos. Por otro lado, busca fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación para recopilar pruebas científicas y los recursos destinados para programas de prevención y control de estas enfermedades.

8.2. RESOLUCIÓN CD 47.R9 de 2006

Establece la prioridad sobre el control integral en la prevención y control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. Este tipo de control se llevará a cabo por medio del desarrollo de futuras investigaciones, estrategias de prevención y en colaboración con las actuales tecnologías para establecer el fortalecimiento de la promoción de la actividad física y una buena alimentación, sumado al total apoyo de los sistemas de salud sobre todo en las poblaciones menos favorecidas. Se suma a estos esfuerzos la alianza con la comunidad internacional, la cual está encaminada al fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria.

8.3. LEY 1355 DE 2009

Define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública en Colombia. Por la cual se hace comprometer a todas las entidades del estado a la promoción de hábitos saludables entre ellos, practica de la actividad física en ambientes propios para la misma, una alimentación balanceada, una movilidad activa por medio de medios alternos de y transporte como la bicicleta, mejorando en las instituciones educativas con profesionales idóneos para las clases de educación física y optar por un programa de educación alimentaria acorde a los lineamientos de las instituciones encargadas de generar estos programas.

8.4. LEY 1384 DE 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Objeto de la ley. Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Por medio de los sistemas de información. Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, los cuáles serán de gran apoyo para estudios e investigación en lo referente a los factores de riesgo en cáncer con miras a mitigar problemas de salud en la comunidad. Para efectos de obtener la información Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de morbilidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto, el Instituto Nacional de Salud suministrará la información.

8.5. LEY 1388 DE 2010 Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia

La presente ley habla sobre cómo se debe disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años. Este proceso se realiza con las entidades prestadoras de salud, por medio de las infraestructuras, dotación, recurso humano, tecnología y el mejor trato a la población en condición de esta enfermedad, las instituciones educativas deberán tener programas especial y horarios acorde a la condición del menor por la enfermedad para que este no pierda horas de estudio, generar programas de atención al menor para hacerle llevar una mejor condición y estilo de vida durante su proceso de la enfermedad y disminuir la mortalidad en esta población con cáncer.

9. MARCO METODOLÓGICO

9.1. ENFOQUE: Empírico-Analítico

Este enfoque recolecta datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista. 2010 pg. 4).

9.2. TIPO DE DISEÑO

El presente estudio epidemiológico presenta un diseño observacional y de corte transversal. Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, Fernández y Baptista. 2010 pg. 151).

9.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Estudiantes de ambos sexos pertenecientes a los cursos de noveno (9), décimo (10) y once (11) grado de bachillerato, con edades entre los 14 y 18 años de edad, de los estratos socioeconómicos 2 y 3 del Colegio IED el Salitre - Suba sede A de la ciudad de Bogotá. El tamaño de la muestra de los participantes con el que se va a trabajar es 270 alumnos, estimado mediante un muestreo no probabilístico por intención y convocatoria abierta de participación.

9.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.4.1. Criterios de inclusión

Estudiantes de noveno (9), décimo (10) y once (11) grado de bachillerato, con edades entre los 14 y 18 años de edad, de los estratos socioeconómicos 2 y 3 del Colegio IED el Salitre - Suba sede A de la ciudad de Bogotá, aparentemente sanos y quienes acepten, bajo voluntad propia, participar de la recolección de datos.

9.4.2. Criterios de exclusión

Serán excluidos aquellos participantes que pese a cumplir los criterios de inclusión mencionados, no acepten su participación en el estudio mediante el diligenciamiento del instrumento de recolección de datos. Además, serán excluidos aquellos participantes que refieran padecer alguna enfermedad que dificulte su participación.

9.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conforme a la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuya a:

- Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos
- Conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social
- La prevención y control de problemas de salud

- *La veracidad*, el cual se entiende como el compromiso a decir la verdad y no mentir a los demás,
- *La fidelidad*, es la obligación y el compromiso para cumplir con lo que se compromete y mantener la confidencialidad, expresado como la confianza evitando el daño a terceros al romper esta.
- *El respeto a la autonomía*, el cual brinda a la población de estado a la libertad de elegir y determinar sus propias acciones, el investigador deberá respetar y aceptar la capacidad que posee individuo de auto-determinarse y reconocerlo como autónomo, este principio señala que los individuos tienen la libertad elegir y para establecer sus propias acciones.
- *La no maleficencia*, el cual previene de hacer daños a terceros los cuales podrían ser ocasionados por la investigación.

10. RESULTADOS

10.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Características de la población

En esta investigación participaron 221 estudiantes; una tasa de respuesta del 81,5% de los 270 participantes contemplados inicialmente. La población se distribuyó en 106 (48%) estudiantes mujeres y 115 (52%) estudiantes varones. El promedio de edad de la población fue 15,8 años con una estatura media de 1,63 metros. El estrato socioeconómico más prevalente fue el estrato 2 con un 69,3% (n=151) según el sistema nacional de clasificación SISBEN. Se obtuvieron datos de estudiantes de todos los cursos de 9° con un porcentaje de 27,4%, 10° con un porcentaje de 37,7% y 11° grado con un porcentaje de 29,6%. En la Tabla 11 se muestra los datos sociodemográficos de la población objeto de estudio.

Tabla 11. Datos Sociodemográficos

Categorías	Descripción*
Población	221
Edad	15,8 $\pm$ 1,2 (13-19)
Edad femenino	15,5 $\pm$ 1,16 (13-18)
Edad masculino	16,0 $\pm$ 1,27 (14-19)
Peso	52,9 $\pm$ 9,04 (35-105)
Estatura	163,7 $\pm$ 8,66 (145-195)
Genero	Femenino 106 (48%) Masculino 115 (52%)
Estrato (SISBEN)	I - 3 (1,4%) II - 151 (69,3%) III - 63 (28,9 %) IV - 1(0,5 %)

* Los datos continuos se presentan como Media y su desviación estándar; mientras que los datos categóricos son presentados como frecuencias absoluta y relativas.

Estilos de vida asociados a los factores de riesgo en cáncer

En la Tabla 12 se muestra los diferentes factores de riesgo para el aumento de desarrollar cáncer, el 79,2% (n=175) de los jóvenes está de acuerdo que el fumar cigarrillo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer; el 42,5% (n=94) está de acuerdo que la exposición al humo de cigarrillo (ser fumador pasivo) aumenta el riesgo de desarrollar cáncer: por otra parte el 38,2% (n=84) no sabe si el consumo regular de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 54,8% (n=121) está en desacuerdo que al consumir menos de 5 porciones de frutas y vegetales aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 46,2% (n=102) no sabe que consumir carnes rojas procesadas aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 44,8% (n=99) no sabe que consumir bebidas azucaradas aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 43,2% (n=95) no sabe que estar en sobrepeso y en obesidad aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 65,2% (n=44) sostiene que la exposición al sol aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 48,6% (n=108) no sabe que dormir menos de 8 horas aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 47,5% (n=105) no sabe que a mayor edad aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 47,5% (n=105) está de acuerdo que los antecedentes familiares aumentan el riesgo de desarrollar cáncer. El 44,3% (n=98) no sabe si la infección VPH aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. El 48,9% (n=108) no sabe que al realizar menos de 150 minutos actividad física aumenta el riesgo de desarrollar cáncer.

Tabla 12. Aumento de riesgo de desarrollar cáncer.

Aumento de riesgo de desarrollar cáncer	Total	General						Hombres n = 115 (52%)						Mujeres n = 106 (48%)					
		En desacuerdo		No sabe		De acuerdo		En desacuerdo		No sabe		De acuerdo		En desacuerdo		No sabe		De acuerdo	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fumar cigarrillo	221	12	5,4%	23	10,4%	175	79,2%	7	6,1%	12	10,4%	88	76,5%	5	4,7%	11	10,4%	87	82,1%
Exposición al humo de cigarrillo	221	29	13,1%	90	40,7%	94	42,5%	18	15,7%	13	11,3%	55	47,8%	11	10,4%	53	50%	39	36,8%
Consumo regular de alcohol	221	40	18,2%	84	38,2%	73	33,2%	23	20%	40	34,8%	41	35,7%	17	16%	44	41,5%	32	30,2%
Consumo de frutas y vegetales	221	121	54,8%	76	34,4%	18	8,1%	66	57,4%	36	31,3%	9	7,8%	55	51,9%	40	37,7%	9	8,5%
Consumo de carnes rojas procesadas	221	91	41,2%	102	46,2%	20	9%	56	48,7%	48	41,7%	7	6,1%	35	33%	54	50,9%	13	12,3%
Consumo de bebidas azucaradas	221	77	34,8%	99	44,8%	39	17,6%	42	36,5%	53	46,1%	15	13%	35	33%	46	43,4%	24	22,6%
Sobrepeso y obesidad	221	42	19,1%	95	43,2%	73	33,2%	31	27%	44	38,3%	34	29,6%	11	10,4%	51	48,1%	39	36,8%
Exposición al sol	221	23	10,4%	39	17,6%	144	65,2%	13	11,3%	23	20%	72	62,6%	10	9,4%	16	15,1%	72	67,9%
Dormir menos de ocho horas	221	87	39,4%	108	48,6%	17	7,7%	53	46,1%	50	43,5%	7	6,1%	34	32,1%	58	54,7%	10	9,4%
Edad	221	58	26,2%	105	47,5%	52	23,5%	25	21,7%	51	44,3%	35	30,4%	33	31,1%	54	50,9%	17	16%
Antecedente familiar	221	26	11,8%	77	34,8%	105	47,5%	16	13,9%	47	40,9%	46	40%	10	9,4%	30	28,3%	59	55,7%
Infección VPH	221	25	11,3%	98	44,3%	92	41,6%	13	11,3	59	51,3%	39	33,9%	12	11,3%	39	36,8%	53	50%
Actividad física	221	86	38,9%	108	48,9%	23	10,4%	52	45,2	49	42,6%	11	9,6%	34	32,1%	59	55,7	21	19,8

Estilos de vida asociados a los factores de riesgo en cáncer

En la Tabla 13 se muestra el total general de la población, 19 estudiantes fuman cigarrillo todos los días, con un mayor porcentaje en los hombres. Del total general de la población, 27 estudiantes fuma cigarrillo algunos días, siendo un 44,4% (n=12) en hombres y un 55,6% (n=15) en mujeres.

Tabla 13. Consumo de cigarrillo

		General		Hombres n = 115 (52%)		Mujeres n = 106 (48%)	
Fuma cigarrillo	Total de respuestas	n	%	n	%	n	%
Todos los días	19	19	8,5%	13	68,4%	6	31,6%
Número de cigarrillo por día		3,05 ± 1,9 (1-10)		2,67 ± 0,81 (1-10)		3,23 ± 2,24 (2-4)	
Algunos días	27	27	12,2%	12	44,4%	15	55,6%
No fuma para nada	168	168	76%	87	51,8%	81	48,2%

Tabla 13.1. Número de cigarrillos consumidos por día en aquellos participantes que refiere un consumo activo.

Numero cigarrillos día	TOTAL	General		Hombres n=13 (68%)		Mujeres n=6 (32%)	
		n	%	n	%	n	%
1	19	1	5,3%	1	7,7%	0	0%
2	19	8	42,1%	5	38,5%	3	50%
3	19	5	26,3%	3	23,1%	2	33,3%
4	19	4	21,1%	3	23,1%	1	16,7%
10	19	1	5,3%	1	7,7%	0	0%

En la tabla 14 se observa la toma de bebida alcohólica, el 52% (n=115) de los hombres tiene una media de consumo de bebidas alcohólicas de 0,65 tragos, con una frecuencia de (0-8) días por semana y una media de consumo de bebidas alcohólicas de 3,23 con una frecuencia de (0-30) en los últimos 30 días. El 48% (n=106) de las mujeres tiene una media de consumo de bebidas alcohólicas de 0,56 con una frecuencia de (0-4) días por semana y una media de consumo de bebidas alcohólicas de 3,19 con una frecuencia (0-20) en los últimos 30 días.

Tabla 14. Consumo de bebidas alcohólicas

Toma bebida alcohólica	General	Hombres n = 115 (52%)	Mujeres n = 106 (48%)
Días por Semana	0,60 $\pm$ 1,08 (0-8)	0,65 $\pm$ 1,18 (0-8)	0,56 $\pm$ 0,98 (0-4)
Días en los últimos 30 días	3,21 $\pm$ 5,27 (0-30)	3,23 $\pm$ 6,35 (0-30)	3,19 $\pm$ 4,42 (0-20)

Tabla 14.1. Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas durante la semana en aquellos participantes que refieren un consumo activo de alcohol.

		General		Hombres n=80 (49%)		Mujeres n=82 (51%)	
Bebida alcohólica (días por semana)	TOTAL	n	%	n	%	n	%
0	162	106	65,4%	50	62,5%	56	68,3%
1	162	30	18,5%	17	21,3%	13	15,9%
2	162	17	10,5%	9	11,3%	8	9,8%
3	162	6	3,7%	3	3,8%	3	3,7%
4	162	2	1,2%	0	0,0%	2	2,4%
8	162	1	0,6%	1	1,3%	0	0,0%

Tabla 14.2. Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en los últimos 30 días en aquellos participantes que refiere un consumo activo

		General		Hombres n=62 (59%)		Mujeres n=43 (41%)	
Bebida alcohólica (últimos 30 días)	TOTAL	n	%	n	%	n	%
0	105	24	22,9%	12	19,4%	12	27,9%
1	105	25	23,8%	17	27,4%	8	18,6%
2	105	24	22,9%	12	19,4%	12	27,9%
3	105	11	10,5%	7	11,3%	4	9,3%
4	105	3	2,9%	2	3,2%	1	2,3%
5	105	5	4,8%	3	4,8%	2	4,7%
6	105	1	1,0%	1	1,6%	0	0,0%
7	105	1	1,0%	1	1,6%	0	0,0%
10	105	3	2,9%	2	3,2%	1	2,3%
12	105	1	1,0%	0	0,0%	1	2,3%
13	105	1	1,0%	1	1,6%	0	0,0%
15	105	2	1,9%	2	3,2%	0	0,0%
17	105	1	1,0%	1	1,6%	0	0,0%
20	105	1	1,0%	1	1,6%	0	0,0%
29	105	1	1,0%	0	0,0%	1	2,3%
30	105	1	1,0%	0	0,0%	1	2,3%

En la Tabla 15 se muestra el número de actividad física realizada por semana, el 52% (n=115) de los hombres tiene una media de actividad física de 3,10 con una frecuencia de (0-12) sesiones por semana. El 48% (n=106) de las mujeres tiene una media de actividad física de 2,52 con una frecuencia de (0-7) sesiones por semana.

Tabla 15. Cantidad de actividad física.

Actividad física	General	Hombres n = 115 (52%)	Mujeres n = 106 (48%)
Nº actividad física realizada por semana	2,82 $\pm$ 2,66 (0-12)	3,10 $\pm$ 2,54 (0-12)	2,52 $\pm$ 2,77 (0-7)

Tabla 15.1. Práctica de actividad física

		General		Hombres n=115 (52%)		Mujeres n=106 (48%)	
Actividad física (número sesiones-semana)	TOTAL	n	%	n	%	n	%
0	221	43	19,5%	19	16,5%	24	22,6%
1	221	36	16,3%	16	13,9%	20	18,9%
2	221	39	17,6%	16	13,9%	23	21,7%
3	221	30	13,6%	20	17,4%	10	9,4%
4	221	20	9,0%	14	12,2%	6	5,7%
5	221	30	13,6%	17	14,8%	13	12,3%
6	221	2	0,9%	0	0,0%	2	1,9%
7	221	15	6,8%	8	7,0%	7	6,6%
10	221	4	1,8%	4	3,5%	0	0,0%
12	221	1	0,5%	1	0,9%	0	0,0%

En la Tabla 16 se observa la cantidad de consumo de frutas, el 52% (n=115) de los hombres tiene una media de consumo frutas de 3,79 con una frecuencia de (0-15) días por semana y una media de consumo frutas de 8,33 con una frecuencia de (0-31) en los últimos 30 días. El 48% (n=106) de las mujeres tiene una media de consumo frutas de 3,07 con una frecuencia de (0-20) días por semana y una media de consumo frutas de 11,30 con una frecuencia (0-60) en los últimos 30 días.

Tabla 16. Consumo de frutas

CONSUMO FRUTA	HOMBRES n = 115	MUJERES n = 106
Por Semana	3,79 $\pm$ 3,73 (0-15)	3,07 $\pm$ 3,00 (0-20)
por mes	8,33 $\pm$ 9,42 (0-31)	11,30 $\pm$ 14,59 (0-60)

Tabla 16.1 Cantidad de frutas consumidas durante la semana en aquellos participantes que refieren un consumo activo de frutas.

		General		Hombres n=197		Mujeres n=102	
Consumo fruta (unidad por semana)	Total	n	%	n	%	n	%
0	209	39	18,7%	18	16,8%	21	20,6%
1	209	23	11,0%	15	14,0%	8	7,8%
2	209	38	18,2%	18	16,8%	20	19,6%
3	209	36	17,2%	14	13,1%	22	21,6%
4	209	14	6,7%	6	5,6%	8	7,8%
5	209	20	9,6%	12	11,2%	8	7,8%
6	209	3	1,4%	0	0,0%	3	2,9%
7	209	18	8,6%	11	10,3%	7	6,9%
8	209	4	1,9%	3	2,8%	1	1,0%
9	209	1	0,5%	1	0,9%	0	0,0%
10	209	5	2,4%	3	2,8%	2	2,0%
12	209	1	0,5%	0	0,0%	1	1,0%

14	209	2	1,0%	2	1,9%	0	0,0%
15	209	4	1,9%	4	3,7%	0	0,0%
20	209	1	0,5%	0	0,0%	1	1,0%

Tabla 16.2. Cantidad de frutas consumidas durante los últimos 30 días en aquellos participantes que refieren un consumo activo de frutas

		General		Hombres n=76 (57%)		Mujeres n=57 (43%)	
Consumo fruta (unidad por mes)	Total	N	%	n	%	n	%
0	133	36	27,1%	17	22,4%	19	33,3%
1	133	10	7,5%	8	10,5%	2	3,5%
2	133	7	5,3%	2	2,6%	5	8,8%
3	133	6	4,5%	5	6,6%	1	1,8%
4	133	5	3,8%	4	5,3%	1	1,8%
5	133	4	3,0%	3	3,9%	1	1,8%
6	133	4	3,0%	2	2,6%	2	3,5%
7	133	4	3,0%	2	2,6%	2	3,5%
8	133	7	5,3%	5	6,6%	2	3,5%
9	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
10	133	4	3,0%	3	3,9%	1	1,8%
12	133	6	4,5%	1	1,3%	5	8,8%
14	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
15	133	6	4,5%	2	2,6%	4	7,0%
16	133	1	0,8%	0	0,0%	1	1,8%
17	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
18	133	2	1,5%	0	0,0%	2	3,5%

20	133	7	5,3%	3	3,9%	4	7,0%
21	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
22	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
26	133	1	0,8%	0	0,0%	1	1,8%
27	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
30	133	11	8,3%	8	10,5%	3	5,3%
31	133	1	0,8%	0	0,0%	1	1,8%
33	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
40	133	1	0,8%	1	1,3%	0	0,0%
60	133	3	2,3%	3	3,9%	0	0,0%

En la Tabla 17 se muestra el consumo de verduras de color verde, el 52% (n=115) de los hombres tiene una media de consumo verduras de color verde de 2,04 con una frecuencia de (0-20) días por semana y una media de consumo verduras de color verde de 5,17 con una frecuencia de (0-31) en los últimos 30 días. El 48% (n=106) de las mujeres tiene una media de consumo verduras de color verde de 1,75 con una frecuencia de (0-10) días por semana y una media de consumo verduras de color verde de 4,97 con una frecuencia (0-30) en los últimos 30 días.

Tabla 17. Consumo de verduras de color verde

Consumo verdura color verde	General	Hombres n = 115 (52%)	Mujeres n = 106 (48%)
Por Semana	1,90 $\pm$ 2,45 (0-20)	2,04 $\pm$ 2,72 (0-20)	1,75 $\pm$ 2,13 (0-10)
por mes	5,08 $\pm$ 7,32 (0-31)	5,17 $\pm$ 7,30 (0-31)	4,97 $\pm$ 7,40 (0-30)

Tabla 17.1. Cantidad de verduras verdes consumidos durante la semana en aquellos participantes que refieren un consumo activo de frutas.

		General		Hombres n=102 (51%)		Mujeres n=97 (59%)	
Consumo verduras (por semana)	TOTAL	n	%	n	%	N	%
0	199	66	33,2%	30	29,4%	36	37,1%
1	199	48	24,1%	28	27,5%	20	20,6%
2	199	30	15,1%	16	15,7%	14	14,4%
3	199	24	12,1%	9	8,8%	15	15,5%
4	199	8	4,0%	6	5,9%	2	2,1%
5	199	5	2,5%	3	2,9%	2	2,1%
6	199	3	1,5%	3	2,9%	0	0,0%

7	199	11	5,5%	4	3,9%	7	7,2%
8	199	2	1,0%	2	2,0%	0	0,0%
10	199	1	0,5%	0	0,0%	1	1,0%
20	199	1	0,5%	1	1,0%	0	0,0%

Tabla 17.2. Cantidad de verduras verdes consumidos durante los últimos 30 días en aquellos participantes que refieren un consumo activo de frutas.

Consumo verduras (por semana)	TOTAL	General		Hombres n=77 (56%)		Mujeres n=61 (44%)	
		n	%	n	%	n	%
0	138	42	30,4%	18	23,4%	24	39,3%
1	138	12	8,7%	8	10,4%	4	6,6%
2	138	12	8,7%	11	14,3%	1	1,6%
3	138	17	12,3%	8	10,4%	9	14,8%
4	138	13	9,4%	9	11,7%	4	6,6%
5	138	4	2,9%	2	2,6%	2	3,3%
6	138	4	2,9%	4	5,2%	0	0,0%
7	138	2	1,4%	0	0,0%	2	3,3%
8	138	5	3,6%	2	2,6%	3	4,9%
9	138	5	3,6%	2	2,6%	3	4,9%
10	138	3	2,2%	3	3,9%	0	0,0%
12	138	5	3,6%	3	3,9%	2	3,3%
13	138	1	0,7%	1	1,3%	0	0,0%
15	138	3	2,2%	0	0,0%	3	4,9%
20	138	3	2,2%	2	2,6%	1	1,6%

30	138	6	4,3%	3	3,9%	3	4,9%
31	138	1	0,7%	1	1,3%	0	0,0%

Consulta al medico

En la Tabla 18 se muestra las consultas al médico, las barreras que dificultaría la consulta en caso de un signo de alarma se encuentra que el 70,1% (n=155) no está avergonzado, no sería una barrera que dificultaría su consulta en caso de signo de alarma. El 63,8% (n=141) estaría asustado de realizar una consulta en caso de signo de alarma. El 64,3% (n=142) no le es difícil hablar con el medico cuando realiza una consulta en caso de un signo de alarma. El 64,3% (n=142) no se le dificulta hacer una cita con el doctor en caso de un signo de alarma. El 45,5% (n=100) no se le dificulta sacar una cita para ver al médico en caso de un signo de alarma. El 58,8% (n=130) ir al centro de salud no resuelve el problema en caso de signo de alarma. El 67,4% (n=149) afirma que le preocupa lo que el medico pueda encontrar en caso de signo de alarma.

Tabla 18. Barreras que dificultaría la consulta al medico

Dificultaría su consulta en caso de signo de alarma	Total	General						Hombres n = 115 (52%)						Mujeres n = 106 (48%)					
		Sí, siempre		No		No sabe		Sí, siempre		No		No sabe		Sí, siempre		No		No sabe	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estaría avergonzado	221	10	4,5%	155	70,1%	48	21,7%	7	6,1%	78	67,8%	24	20,9%	3	2,8%	77	72,6%	24	22,6%
Estaría asustado	221	141	63,8%	47	21,3%	26	11,8%	73	63,5%	26	22,6%	11	9,6%	68	64,2%	21	19,8%	15	14,2%
Difícil hablar con el Medico	221	39	17,6%	142	64,3%	35	15,8%	20	17,4%	74	64,3%	19	16,5%	19	17,9%	68	64,2%	16	15,1%
Difícil hacer cita con mi doctor	221	33	14,9%	142	64,3%	39	17,6%	18	15,7%	77	67%	16	13,9%	15	14,2%	65	61,3%	23	21,7%
Difícil sacar una cita para ver al medico	221	81	36,8%	100	45,5%	28	12,7%	41	35,7%	53	46,1%	15	13%	40	37,7%	47	44,3%	13	12,3%
Ir al centro de salud no resuelve mi problema	221	35	15,8%	130	58,8%	51	23,1%	24	20,9%	64	55,7%	24	20,9%	11	10,4%	66	62,3%	27	25,5%
Me preocupa lo que el medico pueda encontrar	221	149	67,4%	46	20,8%	23	10,4%	71	61,7%	28	24,3%	15	13%	78	73,6%	18	17 %	8	7,5%

Signos de alarma del cáncer

En la Tabla 19 se muestra las diferentes consultas al médico por signos de alarma del cáncer. Se evidencio que el 35,7% (n=79) afirman que una inflamación o una hinchazón inexplicable es un signo de alarma. El 49,8% (n=110) afirman que un dolor persistente e

inexplicable es un signo de alarma, siendo un 45,2% (n=52) en hombres y un 54,7% (n=58) en mujeres. El 38% (n=84) afirman que un sangrado inexplicable es un signo de alarma. El 39,8% (n=88) niegan que una tos persistente puede ser un signo de alarma. El 49,3% (n=109) afirman que los cambios en el funcionamiento intestinal es un signo de alarma. El 45,2% (n=100) niegan que la dificultad para tragar es un signo de alarma. El 45,7% (n=101) afirman que el cambio en la apariencia de un lunar puede ser un signo de alarma. El 46,2% (n=102) niegan que una herida que no sana puede ser un signo de alarma. El 37,6% (n=83) niegan que una perdida inesperada de peso puede ser un signo de alarma, siendo un 39,1% (n=45) en hombres y un 35,8% (n=38) en mujeres.

Tabla 19. Consulta al médico por Signos de alarma de cáncer

		General								Hombres n = 115 (52%)								Mujeres n = 106 (42%)							
consulta por atención medica	Total	De inmediato		2 a 3 días		1 Semana		más de 1 semana		De inmediato		2 a 3 días		1 semana		más de 1 semana		De inmediato		2 a 3 días		1 semana		más de 1 semana	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inflamación o una hinchazón inexplicable	221	46	20,9%	87	39,5%	43	19,5%	38	17,3%	24	20,9%	50	43,5%	19	16,5%	15	13%	22	20,8%	37	34,9%	24	22,6%	23	21,7%
Dolor persistente e inexplicable	221	53	24,0%	98	44,3%	31	14,0%	29	13,1%	21	18,3%	51	44,3%	17	14,8%	20	17,4%	32	30,2%	47	44,3%	14	13,2%	9	8,5%
Sangrado inexplicable	221	109	49,3%	60	27,1%	18	8,1%	15	6,8%	46	40,0%	41	35,7%	10	8,7%	8	7%	63	59,4%	19	17,9%	8	7,5%	7	6,6%
Tos persistente	221	15	6,8%	67	30,3%	60	27,1%	61	27,6%	7	6,1%	35	30,4%	30	26,1%	31	27%	8	7,5%	32	30,2%	30	28,3%	30	28,3%
Cambios en el funcionamiento intestinal	221	85	38,5%	71	32,1%	30	13,6%	28	21,7%	41	35,7%	43	37,4%	12	10,4%	15	13%	44	41,5%	28	26,4%	18	17%	13	12,3%
Dificultad para tragar	221	58	26,2%	85	38,5%	38	17,2%	31	14,0%	28	24,3%	45	39,1%	20	17,4%	17	14,8%	30	28,3%	40	37,7%	18	17%	14	13,2%
Cambio en la apariencia de un lunar	221	53	24,0%	58	26,2%	48	18,1%	59	26,7%	25	21,7%	28	24,3%	20	17,4%	34	29,6%	28	26,4%	30	28,3%	20	18,9%	25	23,6%
Herida que no sana	221	72	32,6%	43	19,5%	50	22,6%	49	22,2%	33	28,7%	25	21,7%	26	22,6%	25	21,7%	39	36,8%	18	17%	24	22,6%	24	22,6%
Perdida Inesperada de peso	221	44	19,9%	69	31,2%	47	21,3%	56	25,3%	19	16,5%	32	27,8%	28	24,3%	31	27%	25	23,6%	37	34,9%	17	16%	25	23,6%

En la Tabla 20 se muestra el tiempo de prevalencia de un signo de alarma el 39,5% (n=87) consultaría por atención medica de 2 a 3 días si hay una inflamación o una hinchazón. El 44,3% (n=98) consultaría por atención medica de 2 a 3 días si hay dolor persistente e inexplicable. El 49,3% (n=109) consultaría por atención medica de inmediato si hay sangrado inexplicable. El 30,3% (n=67) consultaría por atención medica de 2 a 3 días si hay tos persistente. El 38,5% (n=85) consultaría por atención medica de inmediato si hay cambios en el funcionamiento intestinal. El 38,5% (n=85) consultaría por atención medica de 2 a 3 días si hay dificultad para tragar. El 26,7% (n=59) consultaría por atención medica más de una semana si hay cambio en la apariencia de un lunar. El 32,6% (n=72) consultaría por atención medica de inmediato si hay herida que no sana. El 31,2% (n=69) consultaría por atención medica de 2 a 3 días si hay perdida inesperada de peso.

Tabla 20. Signo de alarma de cáncer

		General						Hombres n = 115						Mujeres n = 106					
Signos de alarma	Total	Si		No		No sabe		Si		No		No sabe		Si		No		No sabe	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inflamación o una hinchazón inexplicable	221	79	35,7%	69	31,2%	70	31,9%	43	37,4%	41	35,7%	29	25,2%	36	34,0%	28	26,4%	41	38,7%
Dolor persistente e inexplicable	221	110	49,8%	57	25,8%	51	23,1%	52	45,2%	36	31,3%	24	20,9%	58	54,7%	21	19,8%	27	25,5%
Sangrado inexplicable	221	84	38%	56	25,3%	64	29%	45	39,1%	31	27,0%	31	27,0%	39	36,8%	25	23,6%	33	31,1%
Tos persistente	221	58	26,2%	88	39,8%	69	31,2%	20	17,4%	57	49,6%	35	30,4%	38	35,8%	31	29,2%	34	32,1%

Cambios en el funcionamiento intestinal	221	109	49,3%	35	15,8%	76	34,4%	53	46,1%	20	17,4%	41	35,7%	56	52,8%	15	14,2%	35	33,0%
Dificultad para tragar	221	47	21,3%	100	45,2%	70	31,7%	25	21,7%	57	49,6%	31	27,0%	22	20,8%	43	40,6%	39	36,8%
Cambio en la apariencia de un lunar	221	101	45,7%	64	29%	50	22,6%	47	40,9%	36	31,3%	27	23,5%	54	50,9%	28	26,4%	23	21,7%
Herida que no sana	221	62	28,1%	102	46,2%	55	24,9%	35	30,4%	56	48,7%	23	20,0%	27	25,5%	46	43,4%	32	30,2%
Perdida Inesperada de peso	221	80	36,2%	83	37,6%	56	25,3%	44	38,3%	45	39,1%	24	20,9%	36	34,0%	38	35,8%	32	30,2%

En la Tabla 21 se observa los signos de alarma para el cáncer de pulmón encontrando que el 37,6% (n=83) afirma que la tos persistente es un signo para el cáncer de pulmón. El 78,3% (n=172) afirman que la tos con sangre es un signo para el cáncer de pulmón. El 58,8% (n=130) afirman que el sentirse ahogado es un signo para el cáncer de pulmón. El 49,3% (n=109) afirman que un dolor en el pecho es un signo para el cáncer de pulmón.

Tabla 21. Signos de alarma para el cáncer de Pulmón

		General						Hombres n = 115 (52%)						Mujeres n = 106 (48%)					
Signos de cáncer de pulmón	Total	Si		No		No sabe		Si		No		No sabe		Si		No		No sabe	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tos persistente	221	83	37,6%	60	27,1%	73	33%	37	32,2%	36	31,3%	38	33%	46	43,4%	24	22,6%	35	33%
Tos con sangre	221	173	78,3%	15	6,8%	27	12,8%	91	79,1%	4	3,5%	16	13,9%	82	77,4%	11	10,4%	11	10,4%

Sentirse ahogado	221	130	58,8%	23	10,4%	65	29,4%	63	54,8%	13	11,3%	36	31,3%	67	63,2%	10	9,4%	29	27,4%
Dolor en el pecho	221	109	49,3%	30	13,6%	80	36,2%	59	51,3%	15	13,0%	39	33,9%	50	47,2%	15	14,2%	41	38,7%

Autoexamen de seno y Autoexamen de testículo y Detección Temprana

En la Tabla 22 se muestra el autoexamen de seno y de testículo y su detección temprana. El 52,8% (n=56) de las estudiantes encuestadas refiere no haber practicado el autoexamen de seno y el 48,1% (n=51) desconoce la técnica apropiada para este fin. Un 22,4% (n=13) de las encuestadas lo practica de 3 a 10 veces al año *-frecuencia de examen sugerida por la Sociedad Americana Contra el Cáncer*. El 59,1% (n=68) de los estudiantes encuestados refiere no haber practicado el autoexamen de testículo y el 69,9% (n=80) desconoce la técnica apropiada para este fin. Un 30,6% (n=11) de los encuestados lo practica de 3 a 10 veces al año *-frecuencia de examen sugerida por la Sociedad Americana Contra el Cáncer*.

Tabla 22. Autoexamen de seno y de testículo y su detección temprana

		Mujeres y Hombres n=221 (100%)			
Ha examinado sus	Total	Si		No	
		n	%	N	%
Senos (Mujeres)	106	49	46,2%	56	52,8%
Testículos (hombres)	115	43	37,4%	68	59,1%

Tabla 22.1. Sabe cómo hacer el auto examen.

		Mujeres y Hombres n=221 (100%)			
Sabe cómo examinar	Total	Si		No	
		n	%	n	%
senos (Mujeres)	106	53	50%	51	48,1%
testículos (hombres)	115	30	26,1%	80	69,6%

Tabla 22.2. Cuantas veces al año se ha examinado

		General		Hombres n = 115 (52%)		Mujeres n = 106 (48%)	
Cuantas veces al año se examina	Total	n	%	n	%	n	%
Nunca	94	7	7,4%	4	11,1%	3	5,2%
1-2 veces al año	94	30	31,9%	7	19,4%	23	39,7%
3-10 veces al año	94	24	25,5%	11	30,6%	13	22,4%
Más de 10 veces al año	94	28	29,8%	10	27,8%	18	31%

Razones para no autoexaminarse

En la Tabla 23 se observa las razones para no autoexaminarse, 76 estudiantes distribuidos en 64,5% (n=49) hombres y 35,5% (n=27) mujeres no saben cómo examinarse, 43 estudiantes distribuidos en 69,8% (n=30) hombres y 30,2% (n=13) mujeres manifiestan que no son conscientes de la técnica correcta, 33 estudiantes distribuidos en 72,7% (n=24) hombres y 27,3% (n=9) mujeres no consideran necesario realizar en autoexamen.

Tabla 23. Razones para no autoexaminarse

		Hombres n = 69		Mujeres n = 44	
Razones para no examinarse	Total de respuestas	n	%	n	%
No lo considero necesario	33	24	72,7%	9	27,3%
No sabe cómo hacerlo	76	49	64,5%	27	35,5%
Me siento tímida	17	9	52,9%	8	47,1%
No es consciente de la técnica correcta	43	30	69,8%	13	30,2%
Riesgo de cáncer es después de los 45 años	13	11	84,6%	2	15,4%
No creo que los jóvenes tengan cáncer	17	15	88,2%	2	11,8%

Información sobre el cáncer

En la Tabla 24 se muestra la información recibida sobre el cáncer. De acuerdo a los datos arrojados en la encuesta realizada a los estudiantes el total general que ha recibido información fue del 65% (n=143) siendo el 67,8% (n=78) en hombres y el 61,3% (n=65) en mujeres.

Tabla 24. Información sobre el cáncer

		General				Hombres n = 115 (52%)				Mujeres n = 106 (48%)			
Información	Total	Si		No		Si		No		Si		No	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ha recibido información del cáncer	221	143	65%	71	32,3%	78	67,8%	34	29,6%	65	61,3%	37	34,9%

En la Tabla 25 se observa los diferentes medios de información más utilizados para la obtención de este, según su importancia para este grupo de estudiantes son los siguientes de mayor a menor porcentaje; TV, radio y otros medios de comunicación, el 55,8% (n=48) en hombres y un 44,2% (n=38) en mujeres. Con los folletos de salud el 57,8% (n=37) en hombres y un 42,2% (n=27) en mujeres. con

el médico, el 57,4% (n=35) en hombres y un 42,6% (n=26) en mujeres. Con los amigos el 50% (n=17) en hombres y un 50% (n=17) en mujeres. Con los libros médicos el 62,1% (n=18) en hombres y un 37,9 (n=11) en mujeres.

Tabla 25. Medios de información sobre el Cáncer

		General n=143(100%)		Hombres n = 78 (55%)		Mujeres n = 65 (45%)	
Medios de Información	TOTAL DE RESUPESTAS	n	%	n	%	N	%
Medico	61	61	42,7%	35	57,4%	26	42,6%
TV, Radio y otros medios de comunicación	86	86	60,1%	48	55,8%	38	44,2%
Libros Médicos	29	29	20,3%	18	62,1%	11	37,9%
Amigos	34	34	23,8%	17	50%	17	50%
Folletos de Salud	64	64	44,8%	37	57,8%	27	42,2%

11. DISCUSIÓN

Según el Ministerio de Salud (2014) de acuerdo con las cifras de mortalidad que arroja el Globocan, en el país fallecen 104 personas al día por cáncer. Esta es una enfermedad multicausal en la cual influyen factores como: los malos hábitos alimenticios, el consumo de tabaco y de alcohol, el consumo de bebidas azucaradas, el sobrepeso, la inactividad física. Uno de los problemas principales es la baja efectividad de los programas de prevención, relacionada a los bajos niveles de conocimiento presentes en la población, incluyendo el relacionado a las estrategias de detección temprana, el tratamiento y la falta de cuidados paliativos del sector de la salud en Colombia.

En el presente estudio se evidenció que el 19,5% no cumple con las recomendaciones para la realización de la actividad física sugeridas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante a nivel mundial y provoca el 6% de todas las muertes. Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren cada año por tener un nivel insuficiente de actividad física. De acuerdo a los resultados arrojados en el cuestionario realizado a los estudiantes del Colegio IED el Salitre-Suba sede A en la ciudad de Bogotá, el 55,7% de las mujeres y el 42,6% de los hombres, no sabe si realizar menos de 150 minutos de actividad física moderado, (caminar rápido, bailar, labores del hogar, transportar objetos pesados) pueda aumentar su riesgo de desarrollar cáncer. Lo que nos da un referente del poco conocimiento de las recomendaciones de actividad física por la OMS la cual sugiere, para niños y adolescentes, 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa; para adultos (18+): 150 minutos semanales de actividad moderada.

Por otro lado las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de días de la semana, estos datos son arrojados por la OMS (2014) y especifican que es la principal causa de aproximadamente, el 21%-25% de cánceres de mama y colon. Y datos arrojados por las diferentes instituciones que combaten el cáncer en Colombia nos indican que el cáncer de próstata y el cáncer de mama, son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres en Colombia.

En otras investigaciones realizadas en lo relacionado a las recomendaciones de actividad física para un mejor estilo de vida saludable se observó que The 2014 United States Report Card on Physical Activity for Children and Youth recomienda 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa diaria para personas entre 5 a 17 años de edad y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN,2010) especifica que solo uno de cada dos Colombianos cumple con las recomendaciones de actividad física donde las mujeres son las que menos realizan actividad física. En el cuestionario aplicado a los estudiantes del colegio IED Salitre-Suba sede A se observó que las mujeres son las que menos realizan actividad física.

Siguiendo con los datos arrojados por el ENSIN (2010) en lo referente al consumo de frutas y verduras, uno de cada tres Colombianos entre 5 y 64 años no consume frutas diariamente, donde los hombres tienen menor frecuencia de consumo, comparándolo con los datos arrojados en el cuestionario realizado a los estudiantes, se observó que las mujeres tienen mayor frecuencia de consumo. En lo relacionado al consumo de verduras, los datos arrojados por el ENSIN (2010) tres de cada cuatro Colombianos con una edad promedio de 18 años no consume verduras, donde las mujeres tienen mayor frecuencia de consumo.

Comparándolo con los resultados arrojados en el cuestionario realizado a los estudiantes el consumo de verduras es menor frecuencia para las mujeres. Al observar y comparar los diferentes datos estadísticos arrojados por las dos instituciones nombradas anteriormente y al ver que no cumplen con las recomendaciones mínimas para un estilo de vida más saludable y compararlo con los resultados arrojados en el cuestionario realizado a los estudiantes los cuales tampoco cumplen con las recomendaciones mínimas nos deja un referente para iniciar campañas de promoción y cambiar los pobres estilos de vida que está llevando la población.

El 44,3% de las estudiantes encuestadas en esta investigación, no posee los conocimientos suficientes acerca del VPH, estos niveles de conocimientos son en parte similares a los descritos por *Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV* (2010), en un grupo de estudiantes de una escuela pública de Sao Paulo entre los 14 y 19 años, donde algunos autores han demostrado una alta incidencia de la infección por VPH entre los adolescentes, 9,16% del estudio mostraron que la mayoría de los adolescentes no tienen un conocimiento adecuado sobre el cáncer cervical y su prevención, dado que esto trae mayores preocupaciones sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En otro estudio realizado por *M,Urrutia, X,Concha, G,Riquelme, O,Padilla*, (2012), El 23% de la población desconocía la existencia de la vacuna contra el VPH o acerca del virus y sus consecuencias al ser un factor de riesgo para el cáncer cérvico-uterino. Además, *Arias y Pineda* (2011), con estudiantes universitarias en Manizales, donde se encontró que el 43,1% de las estudiantes encuestadas no poseen conocimiento acerca del VPH haciendo referencia a factores sicosociales nombrando el estrato socioeconómico, enunciando que *“las mujeres de más bajo nivel social y educativo tienen mayor incidencia de cáncer de cuello uterino”*.

Comparándolo con esta investigación, la población objeto de estudio es de los niveles socioeconómico 1 y 2 del SISBEN.

De acuerdo a los datos estadísticos nombrados anteriormente se denota la falta de programas de promoción y prevención en la población de estratos 1 y 2 los cuales al ser de bajos recursos no tienen el conocimiento de las recomendaciones mínimas para evitar el contagio del virus del VPH.

Para los conocimientos sobre cómo realizar el autoexamen de mama, Rodríguez J, Rodríguez A, Triana y Mendoza en su estudio en Puerta la Cruz (2012) nos muestran como resultado que el 68% de su población objeto de estudio entre 25 y 64 años de edad no conocen el procedimiento para realizar el autoexamen de mama. En el estudio de Haji-Mahmoodi, Montazeri, Jarvandi, Ebrahimi, Haghighat y Harirchi, (2002) el 44% de su población objeto de estudio afirman que nunca ha practicado el autoexamen de mama, en relación con este estudio el 48,1% de las mujeres desconocen el procedimiento para realizar el autoexamen. Comparando los resultados de los 3 estudios se observa el alto porcentaje de desconocimiento al momento de realizar la práctica de autoexamen de mama, llevando a una alerta de desinformación en las poblaciones en edades tempranas para prevenir los factores de riesgo de cáncer de mama. En lo referente al auto examen de testículos, A.N. Onyiriuka, F.E. Imoebe (2013), en su estudio realizado en Nigeria, sobre El auto examen testicular entre los adolescentes de Nigeria, niños de la escuela secundaria: conocimientos, actitudes y prácticas, se pudo evidenciar los bajos niveles de conocimiento ya que casi todos (98,7%) de los estudiantes varones nunca habían oído hablar del auto examen testicular y apenas solo 7 estudiantes lo habían escuchado y practicado ósea el (1,3%), pero ninguno lo hizo en el nivel recomendado. Y ninguno de los estudiantes era consciente de que el cáncer testicular puede ocurrir entre las personas que tienen menos de 20 años de

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

edad. En el estudio realizado a los estudiantes del Colegio IED el Salitre-Suba sede A.El 59,1% (n=68) de los estudiantes encuestados refiere no haber practicado el auto examen de testículo y el 69,9% (n=80) desconoce la técnica apropiada para este fin. Un 30,6% (n=11) de los encuestados lo practica de 3 a 10 veces al año *-frecuencia de examen sugerida por la Sociedad Americana Contra el Cáncer.*

Sobre los medios de información se evidenció que el médico juega un papel muy importante para nuestro estudio, teniendo un 42,7%, en cambio en el estudio de Rodríguez J, Rodríguez A, Triana y Mendoza (2012) no lo es, ya que el médico o personal de la salud desempeña un papel muy bajo con un 5,8% y para la segunda fuente de información para los dos estudios fueron los folletos de salud.

En lo referente a los estilos de vida relacionados al consumo de tabaco los datos arrojados en este estudio nos muestra que el mayor porcentaje se encuentra en los varones, lo cual es un factor de riesgo para el cáncer de pulmón, con un porcentaje del 11,3%, al compararlo con el estudio de González Barcala Falagan, García Prim, Valdés, Carreira, Puga, García Sanz, Anton, Canive, Pose, López López, (2013), cáncer de pulmón en el área sanitaria de Pontevedra, afirman que el mayor número de muertes por cáncer de pulmón se ve reflejada en un alto porcentaje en los varones con un total del tercio superior de la incidencia comparado con la población mundial, lo cual nos indica que el factor de riesgo por consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte por cáncer de pulmón en los hombres.

De acuerdo a las implicaciones prácticas de esta investigación se pone en manifiesto, como primer ítem, la práctica de actividad física la cual es uno de los hábitos de vida más saludables recomendados por varios expertos, en investigación para la salud. Sin embargo, la población de estudio, que practica actividad física no llega al 46%. En los estudios Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

realizados en otras investigaciones hay relación en lo referente a la inactividad física, donde la mujer tiene bajos niveles de actividad física en comparación a los hombres. Con los resultados de esta investigación pretendemos conocer y analizar los hábitos y estilos de vida saludables y relacionarlos con los estilos de vida en otras poblaciones de diferentes investigaciones.

12. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos ponen en manifiesto el bajo nivel de conocimiento acerca de las principales estrategias de detección temprana para el cáncer, en especial del autoexamen de seno en mujeres y el autoexamen de testículo en los hombres. El desconocimiento de los factores de riesgo o métodos de prevención para el cáncer de testículo y cáncer de mama son uno de los puntos fuertes a trabajar en edades temprana, ya que con ellos se puede estar disminuyendo las tasas de morbilidad a futuro que pueda generar estos tipos de cáncer los cuales son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres en Colombia.

Se recomienda realizar programas de promoción y prevención en los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer, ejecutándolos desde las edades más tempranas hasta las edades más adultas con el fin de disminuir las tasas de morbilidad que presenta este tipo de enfermedad. Cabe resaltar la importancia de incorporar estrategias de educación para la salud dirigidas a la prevención de la enfermedad a través del control de los principales factores de riesgo modificables, como la realización de actividad física, el consumo de frutas y verduras, el bajo consumo de bebidas alcohólicas, el no consumo del tabaco, para un mejor estilo de vida.

Resulta pertinente la acción institucional enfocada en la formulación e implementación de próximas investigaciones dirigidas al interior de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Santo Tomás, las cuales permitan adoptar los marcos específicos de acción desarrollados para el control del cáncer y así motivar la formulación de acciones de control dirigidas a aumentar el potencial humano en salud de la comunidad académica de la Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

Universidad Santo Tomás, para la promoción de la actividad física y hábitos de vida saludable para la prevención de factores de riesgo para el cáncer en poblaciones como la objeto de estudio.

13. REFERENCIAS

1. Allan, M.F. Elaziz, K.M. (2012). Evaluation of the level of knowledge of Egyptian women of breast cancer and its risk factor. A cross sectional study. Pp. 195-198.
2. American Cancer Society (2013) “cáncer de próstata”. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002319-pdf.pdf>
3. American Cancer Society (2013). “Cáncer de seno (mama)”. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
4. American Cancer Society (2001). Cáncer de Pulmón, guías de tratamiento para los pacientes. National Comprehensive Cancer Network, Versión I, Diciembre 2001, pp.7-8.
5. American Cancer Society (2009-2011). “Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027826.pdf>
6. American Cancer Society (2013). “¿tengo cáncer testicular? Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003171-pdf.pdf>
7. Arias Gómez, M. Pineda Lince, S. (2011). Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el Papiloma Virus Humano. Hacia la promoción de salud, Volumen 16, No 1, pp. 110-123.
8. Bastos, F.M.S. Izumi, L.Y. Vilela, A.L. (2010). Knowledge, attitude and practice in the prevention of cervical cancer and HPV in adolescent. Esc Anna Nery RevEnferm, pp. 126-134.

9. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010- ENSIN. (2010).
Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf>

10. Escamilla, G. (2011). Epidemiología “panorama actual del cáncer en pediatría”.
Mérida Yucatán. Recuperado de <http://cspyucatan.org/wp-content/uploads/2012/01/02-Panorama-Epidemiologico-de-la-Oncologia-Pediatrica.pdf>

11. Garzón Alarcón, N. Peña Riveros, B. Arango Bayer, G. William Aguinaga, O. Munevar, R. Prieto Silva R. (2008). Recomendaciones éticas para las investigaciones en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, Centro de Extensión e investigación, Bogotá.

12. González Barcala, F.J. Falagan, J.A. García Prim, J.M. Valdés, L. Carreira, J.M. Puga, A. García Sanz, M.T. Anton, D. Canive, J.C. Pose, A. López López, R. (2013). Cáncer de pulmón en el área sanitaria de Pontevedra: incidencia, presentación clínica y supervivencia. An. Sist. Sanit. Navar. Volumen 23, No 2, pp. 217-227.

13. Haji-Mahmoodi, M. Montazeri, A. Jarvandi, S. Ebrahimi, M. Haghighat, S. Harirchi, I. (2002). Breast self-examination: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Female Health Care Workers in Tehran, Iran. The breast journal, volume 8, number 4, pp. 222-225.

14. Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición, editorial Mc Graw Hill

15. Humber and Yorkshire Coast Cáncer Network (2010). Cáncer Awareness Measure (CAM) Overall Results. Recuperado de <http://www.hyccn.nhs.uk/Downloads/Cancer%20Awareness%20Measure%20Report%20-%20HYCCN.pdf>
16. Instituto Nacional de Cancerología-ESE (2010). Cáncer en cifras. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/instituto/content/estadisticas>
17. Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU (2013). El alcohol y el riesgo de cáncer. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/alcohol-cancer>
18. Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU (2013). Obesidad y riesgo de cáncer. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/obesidad-respuestas>
19. Ley 1355 de 2009. Ley de Obesidad. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm
20. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos, por el cual se establecen las acciones para la atención integral de Cáncer en Colombia. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html
21. Ley 1388 de 2010. Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1388_2010.html
22. Liga Contra El Cáncer. Material de Consulta (2013). Recuperado de <http://www.ligacancercolombia.org/index.php/comunidad-mainmenu-71/material-consulta-mainmenu-69>

23. Ministerio de protección social, instituto Nacional de Cancerología E.S.E (2004).
 “el cáncer” recuperado de
<http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>
24. Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto Nacional de Cancerología, ESE
 (2012-2021) “Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia, 2012-2021”.
 Bogotá, Colombia.
25. Ministerio de Salud y Protección Social, (2014). Boletín de Prensa No 038 de 2014.
 Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-establece-reporte-para-registrar-informaci%C3%B3n-de-pacientes-con-c%C3%A1ncer.aspx>
26. Muhammad, A. Mohamed, A. Arsul, A. Ahmed, A. (2010). Evaluation of breast
 cáncer awareness among female university students in Malaysia. Pharmacy
 Practice, pp. 29-34.
27. Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil- OICI (2014). Jornada sobre
 importancia diagnóstico oportuno. Recuperado de
<http://oicicancerinfantil.blogspot.com/>
28. Onyiriuka, A. N. Imoebe, F.E. (2013). Testicular-
 selfexaminationamongNigerianadolescentsecondaryschoolboys: Knowledge,
 attitudes and practices. PrevMed HYG, pp. 163-166.
29. Organización Mundial de la Salud (2014). Centro de Prensa, Actividad física.
 Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
30. Organización Mundial de la Salud (2014)”Datos y cifras del cáncer” recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
31. Ortiz-Arrazola, G. Reyes-Aguilar, A. Grajales-Alfonso, I. Tenahua-Quitl, I. (2013)
 Identificación de los factores de riesgo para el cáncer de próstata. Oaxaca, México
 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

32. Páez-Esteban, A. Urrea-Vega, E. Contreras-Barrios, M. Díaz-Urquijo, M. (2010) Conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud. Bogotá, Colombia.
33. Profamilia (2010), “Autoexamen de Seno”. Recuperado de http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno
34. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud (2010). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
35. Registro poblacional de cáncer de Cali. Facultad de Salud. Universidad del Valle. (2005). Recuperado de <http://rpcc.univalle.edu.co/es/index.php>
36. Resolución WHA 60.23 de 2007. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R23-sp.pdf
37. Resolución CD47.R9 de 2006. recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/356/CD47.r9-e.pdf?sequence=1>
38. Resolución 8430 de 1993. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>
39. Rodríguez, J. Rodríguez, A. Triana, A. Mendoza, R. (2012). Conocimientos de los factores de riesgo sobre el cáncer de mama en Puerta la Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. Revista Habanera de Ciencias Médicas, pp. 673-683.
40. Sociedad Americana del Cáncer (2001). CANCER DE PULMON, guía de tratamiento para los pacientes. Versión I. Diciembre 2001

41. The 2014 United States Report Card on Physical Activity for Children and Youth. (2014). Recuperado de http://www.physicalactivityplan.org/reportcard/NationalReportCard_longform_final%20for%20web.pdf
42. Urrutia, M.T. Concha, X. Riquelme, G. Padilla, O. (2012). Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Rev. Chilena Infectol, pp. 600-606.
43. Vicente, A. Villar, O. Lucas, G. (2007). Conocimiento del virus del papiloma humano (VPH) en una población universitaria. Rev. Méd. Dom, volumen 68, No 1, pp. 18-20.

14. ANEXOS



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGOS EN CÁNCER

Esta encuesta recoge información acerca de los conocimientos sobre los factores de riesgo para el cáncer, por favor conteste tan sinceramente como le sea posible; no hay respuestas correctas ni incorrectas. Todas las encuestas realizadas serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas para fines de investigación.

INICIALES PARA IDENTIFICACIÓN _____

Edad _____ Estatura (metros) _____ Peso (kg) _____ Estrato _____

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR CORRESPONDA A SU RESPUESTA

P1- Las siguientes preguntas pueden o no, ser signos de alarma para el cáncer. Danos tu opinión en cada una de ellas respondiendo “sí”, “no” o “no sabe/no está seguro”:

	SI	NO	NO SABE/ NO ESTA SEGURO
¿Piensas que una inflamación o una hinchazón inexplicada podría ser una señal de cáncer?			
¿Piensas que un dolor persistente e inexplicado puede ser una señal de cáncer?			
¿Piensas que un sangrado inexplicado puede ser una señal de cáncer?			
¿Piensas que una tos persistente o molestia en la garganta puede ser una señal de cáncer?			
¿Piensas que cambios persistentes en el funcionamiento intestinal o de la vejiga puede ser una señal de cáncer? (cambio en las heces fecales y la orina)			
¿Piensas que tener dificultad constante para tragar (pasar alimento) puede ser una señal de cáncer?			
¿Piensas que un cambio en la apariencia de un lunar puede ser un signo de cáncer?			
¿Piensas que una herida que no sana puede ser una señal de cáncer?			
¿Piensas que la pérdida inesperada de peso puede ser una señal de cáncer?			

P2 - Responda qué tan pronto consultaría por atención médica al notar cada uno de los siguientes signos:

	DE INMEDIATO	2 A 3 DIAS	1 SEM	MAS DE 1 SEMANA
Si nota una inflamación o una hinchazón inexplicable				
Si usted siente un dolor inexplicable				
Si usted ha tenido un sangrado inexplicable				
Si usted tiene tos o molestia en la garganta				
Si usted nota un cambio en el funcionamiento intestinal o de la vejiga (heces fecales y orina)				
Si usted tiene dificultad para tragar				
Si usted nota un cambio en la apariencia de un lunar				
Si ha tenido una herida que no sana				
Si ha tenido una pérdida de peso inexplicable				

P3 -Cuál de las siguientes razones dificultaría su consulta en caso de un signo de alerta de cáncer:

	SI, SIEMPRE	NO	NO SABE
Estaría demasiado avergonzado			
Estaría muy asustado			
Sería difícil hablar con el medico			
Sería difícil hacer una cita con mi doctor			

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

Es muy difícil sacar una cita para ver al médico			
Considero que ir al centro de salud no resolvería mi problema			
Me preocupa lo que el médico pueda encontrar			

P4 - ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con que cada una de las siguientes afirmaciones pueda aumentar su riesgo de desarrollar cáncer?

	EN DESACUERDO	NO SABE/ NO ESTA SEGURO	DE ACUERDO
Fumar cigarrillo			
La exposición al humo de cigarrillo de otra persona			
Consumo regular de alcohol			
Consumir menos de 5 porciones de frutas y vegetales al día (una porción equivale a una unidad como una naranja o manzana y/o dos cucharadas de ensalada)			
El consumo de carnes rojas o procesada una vez al día o más (carne procesada incluye jamón, salami, salchichas y carne conservada)			
Consumo de bebidas azucaradas (jugo hit, tutti-fruti, Mr. tea, coca-cola etc.)			
Estar en sobrepeso y obesidad			
Exposición prolongada al sol			
Dormir menos de 8 horas			
Edad (a mayor edad mayor riesgo de cáncer)			
Antecedente familiar de cáncer			
Infección con el VPH (virus del papiloma humano)			
Realizar menos de 150 minutos de actividad física moderado (caminar rápido, bailar, labores de hogar, transportar objetos pesados)			

P5 - ¿Cuál es el cáncer más común en mujeres? _____

P6 - ¿Cuál es el **segundo** cáncer más común en mujeres? _____

P7 - ¿Cuál es el cáncer más común en hombres? _____

P8 - ¿Cuál es el **segundo** cáncer más común en hombres? _____

P9 - ¿Cuál es el cáncer más común en Colombia? _____

P10 - Las siguientes preguntas pueden o no pueden ser signos de cáncer de pulmón. Responde sí, no o no sabes a cada una de ellas

	SI	NO	NO SABE
Tos persistente			
Tos con sangre			
Sentirse ahogado con dificultad para respirar			
Dolor en el pecho			

- Preguntas para las mujeres**

P11 - ¿Ha examinado sus senos para identificar alguna masa? ☐ Sí ☐ No

P12 - ¿Sabe cómo examinar sus senos para identificar alguna masa? ☐ Sí ☐ No

P13 - Si su respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces al año examina sus senos?

[☐] Nunca [☐] 1-2 veces al año [☐] 3-10 veces al año [☐] Más de 10 veces al año

- Preguntas para los hombres**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Factores de Riesgo del Cáncer

P11 - ¿Ha examinado sus testículos para identificar alguna masa? ☐ Sí ☐ No

P12 - ¿Sabe cómo examinar sus testículos para identificar alguna masa? ☐ Sí ☐ No

P13 - Si su respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces al año examina sus testículos?

[☐] Nunca [☐] 1-2 veces al año [☐] 3-10 veces al año [☐] Más de 10 veces al año

P14 - (**Ambos sexos**) Si su respuesta es “no”, indique las razones para no autoexaminarse:

- No lo considera necesario ☐
- No sabe cómo hacerlo ☐
- Me siento tímida para hacerlo ☐
- No es consciente de la técnica correcta y completa ☐
- El riesgo de cáncer es alto sólo después de los 45 años ☐
- No creo que los jóvenes puedan tener cáncer ☐

P15 - ¿Había recibido información antes acerca del cáncer? ☐ Sí ☐ No

P16 - Si lo hizo, ¿cuál fue la fuente de información?

☐ Médico ☐ TV, radio y otros medios de comunicación ☐ Libros médicos ☐ Amigos ☐ Folletos de salud

P17 - Actualmente, fuma cigarrillos: ☐ Todos los días (número/día ____) ☐ Algunos días ☐ No fuma para nada

P18 - En el último mes, ¿cuántas veces bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, aguardiente, etc? (Indique el número): ____ Días por semana ____ Días en los últimos 30 días

P19 - ¿Cuántas veces realizó actividad física (caminar rápido, trotar) durante la semana pasada? ____ Veces/sem

P20 - Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana y al mes comió fruta, sin contar los jugos? ____ Por semana ____ Por mes

P21 - Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana o al mes comió verduras de color verde oscuro como brócoli o verduras de hoja verde oscura como lechuga romana, acelga, berza o espinaca? ____ Por semana ____ Por mes