

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016”**

AUTOR:

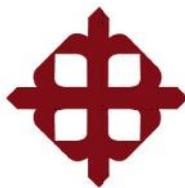
**Dra. Andrea Pamela Cobos Ordóñez**

DIRECTOR:

**Dr. Argel Pérez Proenza**

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/la Dr.(a) Andrea Pamela Cobos Ordóñez* como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a 4 días del mes de enero año 2017

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

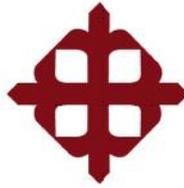
---

Dr. Argel Pérez Proenza

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

***YO, Andrea Pamela Cobos Ordóñez***

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “*Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

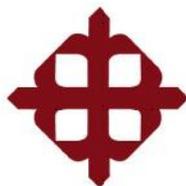
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Enero año 2017

**EL AUTOR**

---

Andrea Pamela Cobos Ordóñez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

***YO, Andrea Pamela Cobos Ordóñez***

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Enero año 2017

**EL AUTOR:**

---

Andrea Pamela Cobos Ordóñez

## 1 Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecirme todos los días de mi vida, iluminándome y otorgándome sabiduría y paciencia para poder finalizar mi especialidad.

Al Ministerio de Salud Pública y a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por darme la oportunidad de especializarme, para poder brindar una atención integral con calidad y calidez a nuestra comunidad.

A mi director de tesis, Dr. Argel Pérez Proenza y Dra. Isis Yera por su esfuerzo y dedicación, quienes con sus conocimientos, experiencias, paciencia y motivación han logrado en mí que pueda terminar esta investigación.

Agradezco a mi familia y amigos más cercanos por su amistad, consejos, apoyo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Y a mi hijo José André quien a pesar de su corta edad ha sabido comprender la responsabilidad y tiempo dedicado a este trabajo, dándome ánimos cuando el cansancio se hacía notar.

## 2 Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién ha sido mi fortaleza en cada momento de mi vida para no rendirme y encontrar siempre una solución frente a la adversidad.

Para mis padres que aunque estén lejos siempre han estado pendiente de mí, dándome su apoyo. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, para llegar a mis objetivos.

A mi segunda madre, mi tía, Silvia Ordoñez quien también ha sido mi respaldo dándome ánimos en todo momento.

A mi hijo José André Ibarra Cobos quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

### 3 Resumen

**Antecedentes:** El cáncer de mama es un problema de salud en el mundo; en Ecuador, ocupa la segunda causa de muerte en la población femenina (10,39 %) según el Instituto de estadísticas y censos en el año 2013. **Materiales y Métodos:** Se realizó investigación de tipo descriptiva, observacional, transversal, cuyo fin fue recolectar mediante encuesta elaborada por el autor, las características sociodemográficas; nivel de conocimiento sobre el tema y determinar los componentes para diseñar la estrategia, en una población de 200 mujeres entre los 20 a 60 años de edad pertenecientes al consultorio médico n° 12 del Centro de Salud Pascuales. La encuesta fue evaluada según los criterios de Moriyama, por nueve especialistas. Los datos obtenidos fueron procesados en hojas de cálculo de Excel 2010, versión Windows 7. **Resultados:** El grupo etáreo que predominó fue entre 30 a 39 años de edad (34%), casadas/unión libre (80%), el nivel de instrucción que imperó fue primaria (47.5%) y la ocupación que las mujeres mayormente realizaban fue amas de casa (75 %). Con respecto al conocimiento se observó desaciertos tanto en temas de autoexamen mamario (86%) como en factores de riesgo para cáncer de mama (92.5%). La mayoría de las mujeres aceptaron recibir información sobre los temas antes explicados (99,5%). **Conclusiones:** El conocimiento del autoexamen de mama y de los factores de riesgo para cáncer de mama son temas que hay que fortalecer, ya que la mayoría de las mujeres en el estudio mostraron mucho desconocimiento sobre estos temas.

4 Palabras clave: neoplasias de mama, autoexamen de mamas, factores de riesgo, conocimiento.

## 5 Abstract

**Background:** Breast cancer is a health problem in the world; in Ecuador, occupies the second leading cause of death in the female population (10.39%) according to the Institute of Statistics and Censuses in 2013. **Materials and methods:** A descriptive investigation, observational, cross-sectional was conducted, the purpose was to collect by survey conducted by the author, the sociodemographic characteristics; level of knowledge on the subject and determine the components to design the strategy, in a population of 200 women between 20-60 years of age belonging to the doctor's office No. 12 Pascuales Health Center. The survey was evaluated according to the criteria of Moriyama, nine specialists. The obtained data were processed in spreadsheets in Excel 2010, Windows 7. Version **Results:** The age group that prevailed was between 30 to 39 years of age (34%), married / cohabiting (80%), education level which was primary prevailed (47.5%) and women occupation was performed mostly housewives (75%). Regarding of knowledge showed ignorance both issues breast self-examination (86%) and risk factors for breast (92.5%) cancer. Most women accepted to receive information on the above explained (99.5%) subjects. **Conclusions:** Knowledge of breast self-examination and risk factors for breast cancer are issues that need to be strengthened, since most women in the study showed much ignorance about these issues.

Keywords: breast neoplasms, breast self-examination, risk factors, knowledge.

## 6 ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES .....	I
1 AGRADECIMIENTO .....	V
2 DEDICATORIA .....	VI
3 RESUMEN .....	VII
4 PALABRAS CLAVE: NEOPLASIAS DE MAMA, AUTOEXAMEN DE MAMAS, FACTORES DE RIESGO, CONOCIMIENTO.....	VII
5 ABSTRACT .....	VIII
6 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IX
7 ÍNDICE DE TABLAS.....	X
8 ÍNDICE DE ANEXOS .....	XII
9 INTRODUCCIÓN .....	1
10 EL PROBLEMA.....	5
10.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	5
10.2 FORMULACIÓN .....	6
11 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
11.1 GENERAL.....	7
11.2 ESPECÍFICOS .....	7
12 MARCO TEÓRICO .....	8
12.1 ANTECEDENTES.....	8
12.2 BASES CONCEPTUALES FILOSÓFICAS.....	8
12.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	9
12.4 FACTORES DE RIESGO .....	10
12.5 AUTOEXAMEN DE MAMA.....	14
12.6 IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN SALUD. ....	15
12.7 BASE LEGAL .....	16
13 MÉTODOS.....	18
13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO .....	18
EL NIVEL DE INVESTIGACIÓN ES OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL. EL ESTUDIO TOMÓ DATOS DE LAS MUJERES QUE PERTENECEN AL CONSULTORIO N°12 DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, UBICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. EL ESTUDIO SERÁ REALIZADO DESDE ENERO – OCTUBRE 2016. ....	18
13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio .....	18
13.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	19
13.2.3 Técnicas de recolección de información .....	22
13.2.4 Técnicas de análisis estadístico .....	23
13.3 VARIABLES.....	24
13.3.1 Operacionalización de variables .....	24
14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	26
15 CONCLUSIONES .....	42
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	43
1 TÍTULO DE LA ESTRATEGIA: LA MEJOR FORMA DE CUIDARSE ES PREVENIR, ES HORA DE TOCAR TUS MAMAS, SINO EL CÁNCER LAS TOCARA.....	57

## 7 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CONSULTORIO N°12. PASCUALES. ENERO –OCTUBRE 2016 .....	26
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CONSULTORIO N°12. PASCUALES. ENERO - OCTUBRE 2016.....	26
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN OCUPACIÓN. CONSULTORIO N°12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	27
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016.....	27
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN MAMARIO. CONSULTORIO N° 12. 2016 PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	28
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOEXAMEN MAMARIO. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	28
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	29
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN ESTADO CIVIL Y CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016.....	29
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN OCUPACIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016.....	30
TABLA 10 NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN TEMAS ESPECÍFICOS SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016.....	31
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	32
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO N°12.PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	32
TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	33
TABLA 14 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN OCUPACIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	33
TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN ESTADO CIVIL Y CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	34
TABLA 16 CONOCIMIENTO SEGÚN TEMAS ESPECÍFICOS SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO N° 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016.....	35
TABLA 17 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA: MUJERES QUE DESEAN RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y AUTOEXAMEN MAMARIO. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	36

TABLA 18 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SEGÚN FRECUENCIA EN LA SEMANA QUE DESEA RECIBIR INFORMACIÓN. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016.....	36
TABLA 19 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SEGÚN HORARIO DEL DÍA EN LA SEMANA. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	37
TABLA 20 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SEGÚN FRECUENCIA EN LA SEMANA QUE DESEA RECIBIR INFORMACIÓN. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	37
TABLA 21 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SEGÚN HORARIO DEL DÍA EN LA SEMANA. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	37
TABLA 22 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SEGÚN MEDIO DE INFORMACIÓN. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	38
TABLA 23 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SEGÚN DURACIÓN. CONSULTORIO 12. PASCUALES. ENERO – OCTUBRE 2016 .....	38

## 8 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA.....	50
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	54
ANEXO 3 CRITERIOS DE MORIYAMA.....	55
ANEXO 4 LISTA DE EXPERTOS QUE EVALUARON LA ENCUESTA .....	56
ANEXO 5 PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN .....	57

## 9 INTRODUCCIÓN

Según Alonso: “el cáncer de mama es una entidad multifactorial donde la herencia, ambiente y hábitos de vida interaccionan sobre el individuo”. (1)

El cáncer mamario es una de las patologías que no hacen diferencia entre la población de países desarrollados y en vías de desarrollo; es el tipo de neoplasia con mayor presencia en la población femenina a nivel mundial y la causa de la mayoría de los fallecimientos, ya que generalmente el diagnóstico se realiza en fases avanzadas, debido a la falta de acceso a servicios de salud y a la poca concientización para la detección precoz. (2)

Los resultados de GLOBOCAN muestran que en el año 2012 hubo una estimación de 14,1 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados a nivel mundial (excluyendo cáncer de piel no-melanoma) y 8,2 millones de muertes. (3)

Entre las mujeres, los cánceres más comunes fueron el cancer mamario (25,2% del total), Colonrectal (9,2%), pulmón (8,7%), cérvix (7,9%) y estómago (4,8%). Estas neoplasias también fueron las causas más comunes de muerte en mujeres. (3)

La Agencia Internacional para la Invesigacion sobre el Cancer (IARC), publico el “Informe Mundial contra el Cancer 2014” en el que indica que 1,7 millones de nuevos casos (25%) y 0,5 millones de muertes (15%) en 2012 fue por cancer de mama. (3)

En Norteamérica, la incidencia de cáncer de mama en mujeres fue del 29,6% seguido del cancer de pulmón (13,2%). Con respecto a la mortalidad en ese lado del continente, se ubicó en primer y segundo lugar al cáncer pulmonar y cáncer de mama con el 26% y 14,9% respectivamente. (3)

La incidencia de cáncer de mama en Latinoamérica y el Caribe es de 27%, ubicándose como primera causa de casos nuevos diagnosticados, seguido del cáncer de cérvix, colon-recto, pulmón con 12.2%, 7.9%, 5.7% respectivamente. Los casos fatales por neoplasia de mama corresponde al 14.9% frente a otros tumores malignos. (3)

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud para el año 2030, se estima más de 596 000 casos nuevos y más de 142 100 muertes en la región, principalmente en la zona de América Latina y el Caribe. (4)

En el año 2013, el Distrito Federal de México, reportó como principal causa de morbilidad hospitalaria al cáncer de mama, en la población mayor de 20 años. Además de ser ésta misma entidad, la segunda causa de muerte por neoplasias en las mujeres del mismo grupo etáreo. (1)

Según información estadística del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cáncer de mama en el año 2014 ocupa el primer lugar como causa de egresos hospitalarios seguido del tumor maligno de la glándula tiroides, reportándose 4 990 y 2380 casos respectivamente. (5)

En el año 2013, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), en la provincia del Guayas, el tumor maligno de mama ocupa el primer lugar como principal causa de morbilidad hospitalaria con el 22,90% (1380 egresos) de los casos con respecto a otras neoplasias malignas. (6)

De los cantones de ésta provincia, Guayaquil, encabeza la lista con el 23,03% que representa 1 373 casos de egresos por cáncer de mama. De la parroquia Pascuales según el MSP del Ecuador solo se han encontrado 23 casos diagnosticados como cáncer de mama como morbilidad hospitalaria. (5)

Con respecto a la tasa de mortalidad, en el año 2013 según el INEC del Ecuador, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte con el 10,39% de los casos frente a otros tumores malignos. A nivel de la provincia de Guayas y cantón Guayaquil, el tumor maligno de mama ocupa los primeros puestos con el 14.29% y 15.04% de los casos mortales. (6)

La edad en la que se presenta el cáncer de mama en Ecuador según el MSP, es muy variable que oscila entre los 20 y 80 años de edad, con mayor predominio entre los 40 y 60 años de edad. (5)

El Ministerio de Salud Pública en respuesta a lo establecido en la Constitución de la República, en el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud y el Plan Nacional del Buen Vivir, suscribió un convenio con la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA para garantizar la prestación de servicios de salud en especialidades oncológicas, clínicas y quirúrgicas a la población. (7)

Tomando en cuenta los principios constitucionales de universalidad, solidaridad, equidad y gratuidad, el Ministerio de Salud, SOLCA matriz y los diferentes núcleos de SOLCA: Quito, Cuenca, Loja, Portoviejo, y Machala, acordaron unir esfuerzos y recursos para responder los requerimientos de salud de la población en el área oncológica y ampliar la cobertura de atención, contribuyendo al desarrollo de la Red Pública y Complementaria de Salud. (7)

Con el convenio se garantiza el diagnóstico y tratamiento de patologías oncológicas cumpliendo los protocolos médicos, los procedimientos técnicos, administrativos y financieros establecidos para los pacientes. De esta manera se brinda un apoyo a personas y hogares ecuatorianos que atraviesan una situación emergente relacionada con siniestros socio-económicos y de salud. (7)

El Gobierno Nacional: “asegura el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles de manera progresiva a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas...” (8)

Según la OPS, “el cáncer de mama probablemente es causado por una combinación de factores hormonales en el 50% de los casos (fisiológicos y terapéuticos), factores genéticos por mutaciones de los genes BRCA1, BRCA2 y P53 (5% - 10%), otros factores fisiológicos no hormonales por ejemplo, la edad y factores ambientales y de modo de vida. Las evaluaciones del riesgo basadas en la población pueden ayudar a fundamentar los programas de prevención en general, mientras que las evaluaciones del riesgo individual pueden servir como fundamento para la atención del cáncer de mama centrada en el paciente”. (9)

Los estilos de vida no saludables son factores que contribuyen al riesgo de presentarlo, entre los que destacan: el tabaquismo; una dieta rica en grasas animales y ácidos grasos; niveles elevados de estrógeno en la sangre; causas exógenas como la obesidad; el consumo de alcohol mayor a 15 gramos al día; la toma por más de cinco años de hormonas como las de los anticonceptivos orales y tratamientos de sustitución hormonal; la exposición prolongada a estrógenos endógenos, los cuales se relacionan con el inicio temprano de la menstruación; así como que una mujer haya tenido su primer parto a una edad madura, no haber tenido hijos, o la menopausia tardía. (10)

Es importante plantear que las mujeres capaces de identificar las anomalías de la mama, que tienen acceso a establecimientos de salud donde se cuenta con evaluación y diagnóstico clínico y que están empoderadas para solicitar dicha atención, tienen más probabilidades de recibir el diagnóstico en una fase temprana. (11)

El reto consiste en proporcionar educación y capacitación respecto a los signos y síntomas del cáncer de mama, para que se diagnostique en una fase temprana, cuando el tratamiento pueda ser curativo. (11)

La prevención es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen. (12)

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar "a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente". (12)

En los últimos años según la Organización Panamericana de la Salud, las definiciones de las Políticas de Salud han pasado a considerar especialmente

el valor de las prácticas de prevención. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida (12)

Según Sanz Barbero: “el conocimiento sobre el cáncer y sus factores de riesgo en sí mismo es insuficiente para motivar un cambio hacia un estilo de vida más saludable, sí puede suponer un elemento decisivo en dicho proceso. En este sentido, son numerosos los estudios que han encontrado una asociación positiva entre un mayor conocimiento de los factores de riesgo del cáncer y la adopción de estilos de vida más saludables”. (13)

El empoderamiento de la población en general de su salud y sobre todo el problema del cáncer de mama y su control, así como la promoción, son estrategias fundamentales para la vigilancia de ésta enfermedad.

Actualmente no existe una investigación científicamente fundamentada, acerca del autoexamen mamario y factores de riesgo para el cáncer de mama en mujeres entre los 20 y 60 años de edad, en el área de salud Pascuales, como herramienta para el diagnóstico precoz de esta patología a nivel de la atención primaria de salud.

Por lo que el objetivo del estudio es el diseño de una estrategia de intervención educativa sobre autoexamen mamario y factores de riesgo para cáncer de mama entre los 20 a 60 años pertenecientes al consultorio 12 del Centro de Salud Pascuales durante el año 2016.

Se trata de una investigación de tipo observacional, transversal, descriptivo. El universo estuvo conformado por 200 mujeres y la muestra por féminas entre los 20 a 60 años de edad.

Todo basado en la bioética con respecto a las investigaciones con los seres humanos previa firma de consentimiento informado y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

La importancia de esta investigación radica en que no existe en la parroquia Pascuales, estudios que revelen el conocimiento de la población sobre los factores de riesgo de cáncer de mama y autoexamen mamario. Los resultados que arroje la investigación será punto de partida para iniciar planes estratégicos de intervención para la prevención de cáncer de mama y otros tipos de cáncer en general, promoviendo información sobre este tema empoderando a la población sobre su salud.

## 10 EL PROBLEMA

### **10.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), publicó el “Informe Mundial contra el Cáncer 2014” en el que indica que 1,7 millones de nuevos casos (25%) y 0,5 millones de muertes (15%) en 2012 fue por cáncer de mama. (3)

Según información estadística del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cáncer de mama en el año 2014 ocupa el primer lugar como causa de egresos hospitalarios frente a otros tumores malignos (14) y segunda causa de muerte con el 10.39%

Guayaquil, encabeza la lista en la provincia del Guayas con el 23,03% que representa 1 373 casos de egresos por cáncer de mama. De la parroquia Pascuales según el MSP del Ecuador solo se han encontrado 23 casos diagnosticados como cáncer de mama como morbilidad hospitalaria. Según el INEC la tasa de mortalidad en Guayaquil es de 15.04%. (14) (15)

En la práctica diaria se ha observado que en el área de salud de Pascuales, hay un desconocimiento generalizado acerca del autoexamen de mama y de los factores de riesgo del cáncer de mama, lo cual podría estar incidiendo también en el momento en que se diagnostica la enfermedad y la evolución futura de esta.

No existe una investigación científicamente fundamentada acerca del conocimiento de las mujeres mayores de 20 años de edad acerca del autoexamen de mama y los factores de riesgo, en el área de salud de Pascuales.

La importancia de éste estudio radica en que luego de medir el conocimiento de las pacientes, los resultados se utilicen de base para el desarrollo de una estrategia de intervención educativa, haciendo que las mujeres incluidas en la muestra puedan ser promotoras de salud, ayudando a elevar el conocimiento y por lo tanto diagnosticar a tiempo la enfermedad. Además se favorecería a la intervención terapéutica oportuna, la prolongación de la expectativa de vida, mejoría en la calidad de vida y reducción de los costos del Ministerio de Salud Pública como de la familia.

## **10.2 Formulación**

¿Cuál es el conocimiento que poseen las mujeres sobre autoexamen de mama y factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres que asisten al consultorio n°12 del Centro de Salud Pascuales?

## 11 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

### 11.1 General

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre autoexamen mamario y factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres entre los 20 y 60 años que pertenecen al Consultorio 12 del Centro de Salud Pascuales desde enero a octubre 2016.

### 11.2 Específicos

- Caracterizar las variables socio-demográficas de las mujeres entre los 20 y 60 años de edad.
- Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres entre 20 a 60 años sobre autoexamen de mama.
- Identificar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres de 20 a 60 años de edad.
- Determinar los componentes de la estrategia educativa para el diagnóstico precoz de cáncer de mama.

## 12 MARCO TEÓRICO

### 12.1 Antecedentes

A lo largo de la historia, la mama femenina ha padecido enfermedades benignas como malignas, y muchas veces se comprendían ambas bajo el epígrafe de cáncer. Entre otras cosas porque no se conocía la diferencia ni la historia natural de estos procesos (16).

La primera referencia encontrada, acerca del tratamiento de estos problemas está en el papiro de Edwin Smith 3000-2500 a. de C., en el que se describen úlceras y tumores de mama y tratamientos de éstos mediante cauterio (16).

Galeno de Pérgamo estudió los tumores malignos en general, y en particular los de la mama, quien los describió microscópicamente como “cangrejos”. Se puede plantear que en los primeros 700 años de la era cristiana se conocían las manifestaciones del cáncer mamario, algunos aspectos de su pronóstico y su terapia quirúrgica mediante cirugía, cauterio o asociación de ambas (16).

El siglo XX es el período del perfeccionamiento con la aparición y desarrollo de técnicas de tratamiento radioterápico, hormonal y quimioterápico. A lo largo de la revisión histórica y experiencia de otros autores, que volcados en estos últimos años en el diagnóstico, se ha llegado a un mejor entendimiento, tanto en el tratamiento como curación e incluso prevención del cáncer de mama. Es el diagnóstico, la piedra angular ante cualquier tratamiento de patología mamaria. (16)

### 12.2 Bases conceptuales filosóficas

Desde el punto de vista filosófico, la cultura griega, generó desarrollos importantes entorno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: “hay que cuidarse y respetarse a sí mismo”. De esta manera los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, del cuerpo y del alma. (17)

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida (17)

Por tanto, mediante la educación para la salud se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas. Además, se han diseñado y desarrollado programas según problemas crónicos como el grupo de hipertensos, el de diabéticos o de sida. También por factores de riesgo como la prevención de cáncer cervicouterino o de mama (17).

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana que involucra líneas de crecimiento en las dimensiones emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (17)

Por lo indicado anteriormente, queda demostrado que las acciones de prevención, promoción y atención integral que se realiza en pro de la salud, está respaldado desde el punto de vista filosófico-social.

Y que no solo incluye a los profesionales que integran el Ministerio de Salud Pública, sino también hacen un llamado a los otros sectores para poder trabajar intersectorialmente e incluso se integra también a la comunidad, como parte activa en el cuidado de la salud. Por lo que el mejorar los conocimientos sobre enfermedades, como ahora es el caso de cáncer de mama es una obligación por parte de los profesionales y un derecho de la población estar informados sobre signos, síntomas, factores de riesgo que pueden desencadenar la enfermedad, prevención, diagnóstico y tratamiento.

### **12.3 Epidemiología**

Los resultados de GLOBOCAN muestran que en el año 2012 hubo una estimación de 14,1 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados a nivel mundial (excluyendo cáncer de piel no-melanoma) y 8,2 millones de muertes. (3)

Entre las mujeres, los cánceres más comunes fueron el cancer mamario (25,2% del total), Colonrectal (9,2%), pulmón (8,7%), cérvix (7,9%) y estómago (4,8%). Estas neoplasias también fueron las causas más comunes de muerte en mujeres. (3)

La Agencia Internacional para la Invesigacion sobre el Cancer (IARC), publico el “Informe Mundial conra el Cancer 2014” en el que indica que 1,7 millones de nuevos casos (25%) y 0,5 millones de muertes (15%) en 2012 fue por cancer de mama. (3)

En Norteamérica, la incidencia de cáncer de mama en mujeres fue del 29,6% seguido del cancer de pulmón (13,2%). Con respecto a la mortalidad en ese lado del continente, se ubicó en primer y segundo lugar al cáncer pulmonar y cáncer de mama con el 26% y 14,9% respectivamente. (3)

La incidencia de cáncer de mama en Latinoamérica y el Caribe es de 27%, ubicándose como primera causa de casos nuevos diagnosticados, seguido del cáncer de cérvix, colon-recto, pulmón con 12.2%, 7.9%, 5.7% respectivamente. Los casos fatales por neoplasia de mama corresponde al 14.9% frente a otros tumores malignos. (3)

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud para el año 2030, se estima más de 596 000 casos nuevos y más de 142 100 muertes en la

región, principalmente en la zona de América Latina y el Caribe. (4)

Se estima que hasta 5% de la carga de la enfermedad en el mundo se relaciona con los tumores malignos. En los países ricos, esta cifra se eleva a 14.6% y disminuye a 2.2% en los pobres (18).

La diferente carga atribuible a los tumores malignos se vincula con dos aspectos: (18)

a) Riesgo de morir por estas causas en los países ricos es 2.4 veces mayor que en los países pobres y de ingresos medios, lo cual se refleja en un mayor número de años de vida perdidos por muerte prematura por otras causas.

b) Diferencia significativa en la contribución de los años vividos con discapacidad.

Mientras que en los países ricos la carga de los tumores malignos relacionada con discapacidad es de 11.5%, en las naciones pobres es de sólo 2.6%. En gran medida, la mayor disponibilidad y acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica para curar los tumores malignos explican la magnitud de estas diferencias (18).

Las estadísticas reflejan que el 80% de las mujeres que ingresan a SOLCA tienen los ganglios tomados por la enfermedad, lo que hace más complicada su recuperación. Datos oficiales, estiman que en el país hay cerca de 1.900.000 mujeres que están entre los 40 y 80 años, quienes deberían hacerse una mamografía en forma urgente (19).

Según Solca Guayaquil las estadísticas muestran que la incidencia ha disminuido de un 14 por ciento en el 2005, a un 12 por ciento en el 2010, esto se debe en gran parte, a las campañas preventivas y diagnósticas que se han realizado para la lucha contra el cáncer (19)

## **12.4 Factores de riesgo**

Entre los factores de riesgo favorecedores de la aparición del cáncer mamario figuran (20):

- Edad,
- no realización de ejercicios físicos,
- tabaquismo,
- paridad,
- menarquia precoz,
- menopausia tardía,
- obesidad o sobrepeso,
- antecedentes familiares de la enfermedad,
- no ofrecimiento de la lactancia materna o lactar menos de 4 meses,

- terapia de reemplazo hormonal,
- uso frecuente de desodorantes antitranspirantes que contienen aluminio, entre otros.

#### Factores de riesgo no modificables

Explica el departamento de asesoramiento genético de oncología de la ciudad de Buenos Aires que existen diferentes estratos de riesgo en una misma población. Los cánceres de mama pueden ser clasificados en 3 grandes grupos, según cuáles sean los factores más importantes que determinan su aparición: esporádico, familiar y hereditario. (21)

La gran mayoría de los casos (70-75%) son esporádicos y en general ocurren a edades mayores y en personas que no presentan antecedentes familiares. En los cánceres esporádicos, las alteraciones genéticas relacionadas con la carcinogénesis sólo están presentes en el tejido mamario afectado. La adquisición de estas mutaciones se produce por factores ambientales, del estilo de vida y por azar, lo que ocurre como parte del proceso normal de envejecimiento celular (21).

En una menor proporción de casos, alrededor del 25-30%, se observa una predisposición familiar a desarrollar la enfermedad. Con esto se entiende que algunos factores genéticos débiles (no identificables), actuando en conjunto con el estilo de vida y el ambiente, hacen a los miembros de estas familias más susceptibles (21).

También se estima que del 5-10% de todos los casos de cáncer de mama se producen por mutaciones heredadas que se transmiten de padres a hijos y de generación en generación, dando origen a los denominados Síndromes de Cáncer Hereditario. (21)

El proceso de evaluación de riesgo utiliza toda la información clínica relevante (individual y familiar). La predisposición genética a desarrollar cáncer de mama podría ser considerada única, a la vez que diferente para cada individuo; por lo que se ha clasificado según el riesgo, en tres estratos principales: familias de bajo riesgo, familias de riesgo moderado y familias de alto riesgo (21).

Las familias de bajo riesgo se caracterizan por tener un riesgo equivalente al de la población general; es decir, no cumplen criterios para ningún síndrome definido. La evaluación de riesgo en estos casos involucra la sugerencia de estrategias de prevención aplicadas a la población general, según las recomendaciones locales vigentes (21).

En las familias de riesgo moderado se evidencia agregación familiar, pero sin un patrón de transmisión definido ni criterios que evidencien un Síndrome en particular. (21).

Se considera familias de alto riesgo a aquellas dónde el patrón de aparición de cáncer es altamente sugestivo de un Síndrome determinado de cáncer hereditario, ya sea por la aparición de múltiples casos, o por edades tempranas de diagnóstico con criterios definidos de sospecha que orienten a una entidad específica. Las familias donde una mutación puntual ya ha sido identificada, pertenecen también a este grupo, y todos los familiares que no hayan sido estudiados genéticamente para conocer su estado de portación, también deben ser considerados de alto riesgo de padecer la enfermedad (21)

En este sentido, distintos autores han mostrado que el concepto de «riesgo» no significa lo mismo para todos los grupos de personas, y que por tanto tiene que ser abordado dentro de un contexto amplio que tenga en cuenta dimensiones sociales, culturales y económicas.

El sexo femenino es un factor de riesgo, y en este sentido todas las mujeres constituyen «de riesgo» para padecer cáncer de mama, ya que sólo el 1% de los tumores de mama aparecen en varones (21)

También está relacionado con la edad, de manera importante, pues solo el 5% de estos tumores ocurren en mujeres menores de 40 años. No obstante esto, estudios recientes en España y en otras ciudades del mundo alertan sobre el descenso de la edad en el diagnóstico de cáncer de mama. Esto podría estar dado por una mayor dificultad para diagnosticar a estas edades por haber menor sensibilidad de la mamografía en mamas jóvenes, lógicamente más densas (22).

En lo que respecta a temas raciales, las afroamericanas son más propensas a morir de cáncer de mama a pesar de que las mujeres blancas tienen más probabilidades de ser diagnosticadas de esta enfermedad. Incluso después del diagnóstico, las mujeres negras son menos propensas a recibir tratamiento en comparación con las mujeres blancas. Esto podría estar causado por falta de acceso a la detección, la menor disponibilidad de técnicas más avanzadas médicas y quirúrgicas, o alguna característica biológica de la enfermedad en esta población, aunque lo más probable es que las diferencias en la mortalidad se deban a motivos socioeconómicos (22)

Se estima también que existe un riesgo aumentado de cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares de este tumor, especialmente si se desarrolló en la premenopausia, si fue bilateral o sucedió en familiares de primer grado de parentesco, con un incremento mayor del riesgo a mayor número de familiares afectados (23)

A este respecto hay que dejar bien claras las diferencias entre cáncer familiar y cáncer hereditario. En el cáncer familiar existen varios miembros de la misma familia afectados por la enfermedad, sin que exista transmisión autosómica dominante. Mientras que el cáncer de mama hereditario se produce como resultado de una transmisión autosómica dominante, afectando a múltiples generaciones (24).

La mutación del gen BRCA1, localizado en el brazo largo del cromosoma 17, y la del gen BRCA2, situado en el brazo largo del cromosoma 13, incrementan considerablemente el riesgo de padecer esta enfermedad. Otros genes cuyas mutaciones han sido relacionadas con tumores mamarios y que se observan en algunos síndromes hereditarios son el P53 (síndrome de Li-Fraumeni), el gen PTEN (síndrome de Cowden), el gen STK11 (síndrome de Peutz-Jeghers) y el ATM. (24)

Respecto a la densidad radiológica de las mamas, en las mujeres con mamas radiodensas se observa un aumento del riesgo respecto a aquellas con mamas radiolúcidas, a lo que se suma la mayor dificultad diagnóstica en estas pacientes. (25)

### Factores de riesgo modificables

Según la revista: Breast Cancer Res Treat, los factores que podrían modificarse se ha demostrado a través de estudios observacionales que el consumo de alcohol a partir de 10 g al día podrían incrementar el riesgo de cáncer de mama, ascendiendo un 7% el riesgo relativo por cada 10 g de ingesta al día, independientemente del tipo de alcohol consumido (26)

En relación con la antropometría, se observa una incidencia mayor de cáncer de mama en mujeres más altas y con un índice de masa corporal superior a 30 Kg/m<sup>2</sup> en mujeres posmenopáusicas (26)

En el artículo de revisión de la revista Elsevier indican que: “los factores hormonales y reproductivos, el haber tenido la menarquía antes de los 12 años, la menopausia después de los 55, el primer embarazo más allá de los 30 años y ser nulípara incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad. Por el contrario, la lactancia y la multiparidad son factores protectores” (27)

También se indica que cada embarazo a término disminuye un 25% el riesgo, y las mujeres que han tenido 5 partos a término presentan la mitad del riesgo de cáncer de mama que las mujeres nulíparas. (27)

La lactancia materna, parece actuar como factor protector de esta enfermedad, sobre todo en lactancias prolongadas. Algunos estudios muestran que las mujeres que han amamantado a sus hijos 25 meses o más, en total, tienen un 33% menos de riesgo de desarrollar esta enfermedad (27)

Según Cibula: “el papel de los anticonceptivos hormonales como factor de riesgo de cáncer de mama permanece controvertido pero al parecer el riesgo podría ser mayor si se administran en etapas finales de la vida reproductiva, cuando la mujer es más susceptible al desarrollo de esta enfermedad”. (28)

Luego de haber revisado los diferentes factores de riesgo de cáncer de mama y conociendo que algunos de ellos puede ser modificados, la detección temprana juega un papel muy importante. La detección precoz se enfoca en conocer, descubrir y curar las condiciones que producen un efecto patológico sin que necesariamente se presenten signos y síntomas visibles de la afección.

Para el caso específico del cáncer de mama, existen diversos mecanismos para detectar la enfermedad como son: la autoexploración, la exploración clínica mamaria y el tamizaje mamográfico a fin de identificarlo en estadios mucho más tempranos (29).

Independientemente del método que se utilice para el diagnóstico temprano, lo más importante para la detección precoz poblacional de cáncer de mama es la modificación del conocimiento, a través de una correcta planificación y un programa bien organizado y sostenible orientado hacia el grupo adecuado y garantice las intervenciones en la atención primaria de salud.

El empoderamiento de la población en general de su salud y sobre todo el problema del cáncer de mama y su control, así como la promoción, son estrategias fundamentales para la vigilancia de ésta enfermedad.

## **12.5 Autoexamen de mama**

Según la OMS, la autoexploración mamaria, no reporta datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado (29).

El autoexamen de mama deben realizárselo todas las mujeres a partir de los 20 años, entre el quinto y séptimo día, posterior al ciclo menstrual, ya que es cuando los senos están más blandos; las mujeres que ya no presentan su menstruación, habrán de realizarlo un día específico de cada mes, esto es para crear hábito e intentar mejorar la técnica de detección. Otras fuentes recomiendan exámenes mensuales (30).

La técnica consta de los siguientes pasos: inspección y palpación. La inspección consiste en observar el aspecto externo de los pechos. Se realiza examinando atentamente cada uno de ellos, comparándolos frente a un espejo, observar tamaño y posición simétricos; vigilar cambios en la textura de la piel (pliegues, huecos, etcétera) o eczemas alrededor del pezón; desviación o retracción del pezón así como salida de secreciones. Este procedimiento debe realizarse con los brazos extendidos sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza. (31)

La palpación permite descubrir posibles bultos anormales o nódulos en el pecho. Se realiza de pie o en decúbito, colocando una almohadilla bajo la espalda en la región del seno a explorar (31)

La palpación del seno derecho se realiza con la mano izquierda y el seno izquierdo con la mano contralateral. Con la yema de los dedos y con una presión moderada se inicia la exploración siguiendo la dirección de las manecillas del reloj o en forma de zig-zag, buscando nodulaciones pequeñas. La palpación deberá profundizarse hasta la región axilar de cada lado. Asimismo, se debe realizar presión moderada en todo el seno y en el pezón para observar cualquier tipo de excreción (31)

## **12.6 Importancia de las intervenciones educativas en salud.**

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. (32)

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. (33)

La Educación para salud según la OMS dice lo siguiente: “La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (34).”

Los problemas de salud vigentes son multicausales y complejos y requieren acciones bien articuladas que combinen diferentes estrategias, métodos y técnicas. Necesitan un abordaje con múltiples dimensiones: investigación, medio ambiental, clínico, educativo, etc. (35)

La educación para la salud aborda la dimensión educativa y constituye una de las herramienta primordiales a utilizar a distintos niveles (poblacional, grupal, individual), en diferentes ámbitos (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitarios...), sola o combinada con otras estrategias, etc (35).

### **Tipos de intervención**

**Consejo/información:** Es una intervención breve que incluye información y consejería motivadora de cambio, aprovechando el tiempo de una consulta o encuentro profesional, a demanda o planificada. (35)

**Educación individual:** Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y pacientes desde una perspectiva más amplia.

Educación grupal o colectiva: Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema de salud.

Promoción de salud: Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (35)

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. (35)

La educación para concientizar es una parte integrante de todos los programas de detección temprana, por lo que a concientización sobre la salud mamaria incluye educación de salud pública y profesional médica acerca de los factores de riesgo y síntomas del cáncer de mama, y de la importancia de solicitar una evaluación médica para resolver inquietudes relacionadas con las mamas. (36)

Por lo tanto la búsqueda y el recibir atención con prontitud cuando detectan la presencia de una masa, engrosamiento u otro hallazgo nuevo en los senos que perdura juegan un papel de suma importancia para la deccion precoz del cancer mamario. (36)

## **12.7 Base legal**

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales. De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población (37).

La Constitución de la República del Ecuador manda: “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (38).

También en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, capítulo III artículo 69 que se refiere a enfermedades crónicas no transmisibles indica: “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarado prioritarios para la salud pública se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto” (39).

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos (39).

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables (39)

El Plan Nacional del Buen Vivir en el objetivo 3 indica mejorar la calidad de vida de la población. El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se han integrado diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama y cérvico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral.

El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, y campañas educativas (40).

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas (40).

## 13 MÉTODOS

### 13.1 Justificación de la elección del método

El nivel de investigación es observacional, descriptivo y transversal. El estudio tomó datos de las mujeres que pertenecen al consultorio N°12 de Medicina Familiar y Comunitaria, ubicado en el Centro de Salud de Pascuales. El estudio será realizado desde enero – octubre 2016.

### 13.2 Diseño de la investigación

#### ***13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio***

Se incluyeron 200 mujeres en el estudio. El universo de la población asignada está conformado por mujeres entre los 20 a 60 años de edad cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión. Todo basado en la bioética con respecto a las investigaciones con los seres humanos, previa firma de consentimiento informado.

#### Criterios de inclusión

1. Pacientes con edad cumplida al momento de la encuesta entre 20 a 60 años.
2. Pacientes que firmen el consentimiento informado de participar en la investigación.

#### Criterios de exclusión

1. Mujeres que hayan padecido o padezcan cáncer de mama.
2. Mujeres que presente alguna discapacidad que no les permita incluirse en el proyecto.

### **13.2.2 Procedimiento de recolección de la información**

Cumpliendo con las normas éticas, la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Este estudio fue realizado y conducido de acuerdo con la reglamentación ética vigente de la Declaración de Helsinki, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se comunicó a la paciente sobre que consiste el estudio previo a la firma consentimiento informado.

Se utilizó un cuestionario (anexo 1) que fue evaluado por un grupo de expertos en Ginecología y Medicina General Integral, según los Criterios de Moriyama

El uso de los Criterios de Moriyama para la evaluación de instrumentos de la recogida de datos, abarca 5 principios:

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones en el fenómeno:** Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. **Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. **Si deriva de datos factibles de obtener:** Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Cada uno de los criterios se calificó como: Nada (0), poco (1) moderadamente (2), mucho (3).

El cuestionario estuvo conformado por 19 preguntas en total. El primer bloque de datos sociodemográficos recogerá información sobre edad, nivel de instrucción, lugar de procedencia, nivel socioeconómico, estado civil que corresponde a las preguntas 1, 2, 3 y 4.

El segundo bloque de conocimientos sobre autoexamen mamario estuvo conformado por 9 preguntas (pregunta 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13):

- a. Pregunta 5, 6, 7 y 10: respuesta correcta, marcaron opción 2
- b. Pregunta 8, 9: respuesta correcta marcaron opción 3
- c. Pregunta 11: respuesta correcta marcaron opción 4

- d. Pregunta 12: respuesta correcta marcaron opción 1
- e. Pregunta 13: respuesta correcta marcaron los 6 items.

Se considera respuestas correctas, aquellas pacientes que respondieron 6 preguntas o más (70 a 100%)

Se considera respuestas incorrectas aquellas pacientes que respondieron 5 preguntas o menos. (Menos o igual al 60%)

El tercer bloque evaluó el conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de mama, conformada por una pregunta (pregunta 14) que posee 16 opciones:

Familiares con cáncer de mama respuesta correcta, opción coreercta que esta marcada, lo que equivale 1; opción incorrecta que no esté marcada, lo que equivale 0, de la siguiente manera:

- a. Familiares con cáncer de mama marcada (1)
- b. No tener hijos marcada (1)
- c. Menopausia tardía marcada (1)
- d. Tabaquismo marcada (1)
- e. Uso de anticonceptivos marcada (1)
- f. Obesidad, marcada (1)
- g. Quistes marcada (1)
- h. Lactancia Materna, marcada (0)
- i. No lactar, marcada (1)
- j. Menarquia temprana marcada (1)
- k. No realizar ejercicio físico marcada (1)
- l. Primer embarazo después de los 35 años marcada (1)
- m. Tomar un vaso diario de alcohol marcada (1)
- n. Golpes, marcada (0)
- o. Multiparidad, marcada( 0)
- p. Realizar ejercicio físico marcada (0)

Se consideran respuestas correctas aquellas pacientes quienes hayan respondido 11 preguntas (70 – 100%)

Se considera respuesta incorrectas aquellas pacientes quienes hayan respondido 10 preguntas o menos (60% o menos).

Por último en el cuarto bloque estarán las preguntas correspondientes al diseño de la estrategia de intervención educativa.

### **13.2.3 Técnicas de recolección de información**

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Conocimiento de factores de riesgo	Encuesta
Uso de método anticonceptivos	Encuesta
Familiares con cáncer de mama	Encuesta
Nulípara	Encuesta
Menarquia temprana	Encuesta
Menopausia tardía	Encuesta
Lactancia materna	Encuesta
Ejercicio físico	Encuesta
Primigesta añosa	Encuesta
Tabaquismo	Encuesta
Ingesta de alcohol	Encuesta
Traumatas de mama	Encuesta
Quistes de mama	Encuesta
Edad de inicio del autoexamen de mamas	Encuesta
Lugar de casa donde se realiza autoexamen de mama	Encuesta
Parte de la mano que se realiza autoexamen de mamas	Encuesta
Forma de revisión de la mama	Encuesta
Movimientos al realizar autoexamen de mamas	Encuesta
Parte de la mama que debe ser examinada	Encuesta
Frecuencia que se realiza el autoexamen de mamas	Encuesta
Momento del ciclo menstrual que se examina las mamas	Encuesta
Alteraciones detectadas durante el autoexamen de mama	Encuesta
Receptar información sobre cáncer de mama	Encuesta
Tiempo libre para recibir la información	Encuesta
Momento del día que desea recibir información	Encuesta
Medios didácticos para recibir información	Encuesta
Duración de la intervención	Encuesta

#### ***13.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

En primera instancia se confeccionó una base de datos en excell, de las respuestas obtenidas en la encuesta, que fue exportable a SPSS versión 21.0 para su procesamiento. La información se resumió en números absolutos y porcentaje.

### 13.3 Variables

#### 13.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor Final	Indicador	Tipo de variable
Variable de Interés			
Conocimiento sobre autoexamen de mama y factores de riesgo para cáncer de mama	<p>Correcto: mujeres que respondieron correctamente 15 - 21 preguntas relacionadas con diagnóstico precoz para cáncer de mama. Eso corresponde a 70 % o más de las respuestas correctas.</p> <p>Incorrecto: mujeres que respondieron menos de 15 preguntas relacionadas con el diagnóstico precoz. Eso corresponde a menos del 70% de respuestas correctas.</p>	Porcentaje	Cualitativa nominal
Variables de caracterización			
Edad	Años	Porcentaje	Cuantitativa continua
Nivel de instrucción	Primario, secundario, superior	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Estado civil	Soltera, unión libre, casada, divorciada, separada	Porcentaje	Cualitativa nominal
Ocupación	<p>Trabajadora: mujer que labora en el sector público, privado o por cuenta propia para obtener remuneración económica.</p> <p>Ama de casa: mujer que se dedica a quehaceres domésticos sin remuneración.</p> <p>Estudiante: mujeres que se dedican solo a su formación académica.</p>	Porcentaje	Cualitativa nominal

Variable	Valor Final	Indicador	Tipo de variable
Conocimiento sobre autoexamen mamario	<p>Correcto: mujeres que respondieron correctamente de 6 a 9 preguntas relacionadas con autoexamen de mama. Ese valor se corresponde a 70% o más de respuestas correctas.</p> <p>Incorrecto: mujeres respondieron menos de 6 preguntas relacionadas con el autoexamen de mama. Ese valor corresponde a menos del 70% de las respuestas correctas</p>	Porcentaje	Cualitativa Nominal
Conocimientos sobre factores de riesgo	<p>Correcto: mujeres que respondieron correctamente de 11 a 16 preguntas relacionadas con factores de riesgo. Ese valor se corresponde a 70% o más de respuestas correctas.</p> <p>Incorrecto: mujeres respondieron menos de 11 preguntas relacionadas con factores de riesgo para cáncer de mama. Ese valor corresponde a menos del 70% de las respuestas correctas</p>	Porcentaje	Cualitativa nominal

## 14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De las 200 mujeres participantes en el estudio realizado el grupo etáreo que predominó fue el de adultas jóvenes entre los 30 a 39 años con el 34% (68) de las encuestadas (Tabla 1). Como se observa en la tabla 2, el nivel de instrucción que se destacó fue haber terminado la primaria con el 47,5% (95) de los casos. En la tabla 3 se muestra que la ocupación que sobresalió entre las mujeres encuestadas fue el de ama de casa con el 75% (150) de los casos. En la tabla 4, se observa que la mayoría de las pacientes al momento de la encuesta se encuentran con pareja estable con el 80 % (160) de los casos.

Tabla 1 Distribución de las mujeres según grupos de edad. Consultorio N°12. Pascuales. Enero –octubre 2016

Grupos de edad (años)	N°	%
20 - 29	51	25,5
30 - 39	68	34,0
40 - 49	32	16,0
50 - 60	49	24,5
Total	200	100,0

Tabla 2 Distribución de las mujeres según nivel de instrucción. Consultorio N°12. Pascuales. Enero - octubre 2016

Nivel de Instrucción	N°	%
Primaria	95	47,5
Secundaria	92	46,0
Superior	13	6,5
Total	200	100,0

Tabla 3 Distribución de mujeres según ocupación. Consultorio N°12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Ocupación	N°	%
Ama de casa	150	75,0
Trabajadora	43	21,5
Estudiante	7	3,5
Total	200	100,0

Tabla 4 Distribución de las mujeres según estado civil. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Estado civil	N°	%
Soltera	24	12,0
Casada/Unión Libre	160	80,0
Divorciada/Separada	16	8,0
Total	200	100,0

Según los conocimientos sobre autoexamen mamario, la evaluación muestra que el 86% (172) de las pacientes poseen conocimientos incorrectos. (Tabla 5). El grupo de edad que respondió de manera incorrecta fueron aquellas mujeres entre 30 a 39 años de edad con el 33,7% (58) (Tabla 6).

Al relacionar los conocimientos de autoexamen de mama con el nivel de instrucción, ocupación y estado civil se observa que el nivel primario obtuvo el 53,0% (91), amas de casa 80,3% (138) y casadas/unión libre 79,1% (136) de respuestas incorrectas respectivamente. (Tabla 7, 8, 9)

Tabla 5 Distribución de las mujeres según conocimiento sobre autoexamen mamario. Consultorio N° 12. 2016 Pascuales. Enero – octubre 2016

Conocimiento sobre autoexamen de mama	N°	%
Incorrecto	172	86,0
Correcto	28	14,0
Total	200	100,0

Tabla 6 Distribución de las mujeres según grupos de edad y conocimientos sobre autoexamen mamario. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Grupos de edad (años)	Conocimiento sobre autoexamen mamario				Total	
	Incorrecto		Correcto			
	N°	%	N°	%	N°	%
20 - 29	39	22,7	12	42,9	51	25,5
30 - 39	58	33,7	10	35,7	68	34,0
40 - 49	29	16,9	3	10,7	32	16,0
50 - 60	46	10,7	3	24,5	49	24,5
Total	172	100,0	28	100,0	200	100,0

Tabla 7 Distribución de mujeres según nivel de instrucción y conocimiento sobre autoexamen de mama. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Nivel de instrucción	Conocimiento sobre autoexamen mamario				Total	
	Incorrecto		Correcto		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primaria	91	53,0	4	14,3	95	100,0
Secundaria	79	45,9	13	46,4	92	100,0
Superior	2	1,1	11	39,3	13	100,0
Total	172	100,0	28	100,0	200	100,0

Tabla 8 Distribución de mujeres según estado civil y conocimiento sobre autoexamen de mama. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Estado civil	Evaluación Total tema Autoexamen				Total	
	Incorrecto		Correcto		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltera	21	12,2	3	10,7	24	100,0
Casada/Unión Libre	136	79,1	24	85,7	160	100,0
Divorciada /Separada	15	8,7	1	3,6	16	100,0
Total	172	100,0	28	100	200	100,0

Tabla 9 Distribución de mujeres según ocupación y conocimiento sobre autoexamen de mama. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Ocupación	Conocimiento sobre autoexamen mamario				Total	
	Incorrecto		Correcto			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	138	80,3	12	42,9	150	100,0
Trabajadora	29	16,8	14	50,0	43	100,0
Estudiante	5	2,9	2	7,1	7	100,0
Total	172	100,0	28	100,0	200	100,0

El inicio de la palpación por el hueco axilar, durante el examen de mama, la edad y la parte de la mano con la que se realiza la autoexploración mamaria fueron aspectos del examen físico más frecuentemente dominado con el 70 %, 68% y 54,5% por las mujeres estudiadas. Llama la atención que el 97% (194) de las pacientes desconocen las alteraciones que pueden encontrar en dicha exploración (Tabla 10). Además mostraron también desconocimiento por el momento del ciclo menstrual y los movimientos de la mano que se realizan durante el autoexamen (87% y 86% respectivamente).

Tabla 10 Nivel de conocimiento según temas específicos sobre autoexamen de mama. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Temas específicos del autoexamen mamario	Conocimiento sobre autoexamen mamario				Total	
	Correcto		Incorrecto			
	N°	%	N°	%	N°	%
Parte de la mama que se inicia el autoexamen (hueco axilar)	140	70,0	60	30,0	200	100,0
Edad en la que se realiza el autoexamen	136	68,0	64	32,0	200	100,0
Parte de la mano con la que se realiza el autoexamen	109	54,5	91	45,5	200	100,0
Forma de revisión de la mama	72	36,0	128	64,0	200	100,0
Lugar de la casa en la que se realiza el autoexamen mamario	53	26,5	147	73,5	200	100,0
Frecuencia que se realiza el autoexamen mamario	49	24,5	151	75,5	200	100,0
Movimiento realizados durante el autoexamen mamario	28	14,0	172	86,0	200	100,0
Momento del ciclo menstrual que se realiza el autoexamen	26	13,0	174	87,0	200	100,0
Alteraciones encontradas durante el autoexamen	6	3,0	194	97,0	200	100,0

Según los conocimientos sobre los factores de riesgo para cáncer de mama, el estudio mostró que el 92,5% (185) poseen conocimiento incorrecto. (Tabla 11)

Al estudiar el conocimiento sobre este tema con la edad se comprobó que mujeres entre los 30 y 39 años respondieron de manera incorrecta en el 31,3% (58) de los casos. (Tabla 12). En lo que se refiere a nivel de instrucción, ocupación y estado civil, el nivel primario, las amas de casa y las casadas/unión libre respondieron de manera incorrecta el 51,4% (95), 79,5% (147) y 80,5 % (149) de los casos respectivamente. (Tabla 13, 14 ,15).

Tabla 11 Distribución de las mujeres según conocimiento de los factores de riesgo para cáncer de mama. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Conocimiento factores de riesgo para cáncer de mama	N°	%
Incorrecto	185	92,5
Correcto	15	7,5
Total	200	100,0

Tabla 12 Distribución de mujeres según edad y nivel de conocimiento de factores de riesgo para cáncer de mama. Consultorio N°12.Pascuales. Enero – octubre 2016

Grupos de edad (años)	Conocimiento sobre factores de riesgo				Total	
	Incorrecto		Correcto			
	N°	%	N°	%	N°	%
20 - 29	48	26.0	3	20.1	51	25,5
30 - 39	58	31.3	10	66.7	68	34,0
40 - 49	31	16.7	1	6.6	32	16,0
50 - 60	48	26.0	1	6.6	49	24,5
Total	185	100,0	15	100,0	200	100,0

Tabla 13 Distribución de mujeres según nivel de instrucción y conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer de mama. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Nivel de instrucción	Conocimiento de factores de riesgo				Total	
	Incorrecto		Correcto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	95	51,4	0	0	95	47,5
Secundaria	87	47,0	5	33,3	92	46,0
Superior	3	1,6	10	66,7	13	6,5
Total	185	100,0	15	100,0	200	100,0

Tabla 14 Distribución de mujeres según ocupación y conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer de mama. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Ocupación	Conocimiento sobre factores de riesgo				Total	
	Incorrecto		Correcto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	147	79,5	3	20,0	150	75,0
Trabajadora	33	17,8	10	66,7	43	21,5
Estudiante	5	2,7	2	13,3	7	3,5
Total	185	100,0	15	100,0	200	100,0

Tabla 15 Distribución de mujeres según estado civil y conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer de mama. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Estado civil	Conocimiento sobre factores de riesgo				Total	
	Incorrecto		Correcto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	21	11,4	3	20,0	24	12,0
Casada/unión libre	149	80,5	11	73,3	160	80,0
Divorciada/ Separada	15	8,1	1	6,7	16	8,0
Total	185	100,0	15	100,0	200	100,0

Al realizar las preguntas sobre el conocimiento que tienen las mujeres encuestadas sobre factores de riesgo para cáncer de mama se observó que el 80,0% (160) de las pacientes relacionaron que el tener un familiar con esta patología aumenta las probabilidades de neoplasia mamaria. Además que no vincula la presencia de golpes (83%) con la aparición de la enfermedad. (Tabla 16). También se señaló que la menarquia temprana no fue considerada como factor de riesgo en el 98,5 %(197) de los casos.

Tabla 16 Conocimiento según temas específicos sobre factores de riesgo para cáncer de mama. Consultorio N° 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Temas específicos sobre factores de riesgo	Conocimiento sobre factores de riesgo				Total	
	Correcto		Incorrecto			
	N°	%	N°	%	N°	%
Golpes	166	83,0	34	17,0	200	100,0
Familiares con cáncer de mama	160	80,0	40	20,0	200	100,0
Quistes	112	56,0	88	44,0	200	100,0
Tabaquismo	69	34,5	131	65,5	200	100,0
Obesidad	66	33,0	134	67,0	200	100,0
No lactancia materna	52	26,0	148	74,0	200	100,0
Nulípara	45	22,5	155	77,5	200	100,0
No realizar ejercicio físico	40	20,0	160	80,0	200	100,0
Alcoholismo	37	18,5	163	81,5	200	100,0
Anticonceptivos	31	15,5	169	84,5	200	100,0
Primigesta añosa	17	8,5	183	91,5	200	100,0
Menopausia tardía	13	6,5	187	93,5	200	100,0
Multiparidad	10	5,0	190	95,0	200	100,0
Realizar ejercicio físico	4	2,0	196	98,0	200	100,0
Lactancia materna	4	2,0	196	98,0	200	100,0
Menarquia temprana	3	1,5	197	98,5	200	100,0

Respondiendo al cuarto objetivo de la investigación se indaga sobre las preferencias que las mujeres escogieron para la capacitación sobre cáncer de mama.

Las mujeres que intervinieron en el estudio escogieron el horario de la mañana (66 %), una vez a la semana (66%), a través de charlas (68,5) y videos (63 %) con duración de 30 minutos cada encuentro (56%). (Tabla 18, 19, 20, 21)

Tabla 17 Componentes de la estrategia: mujeres que desean recibir información sobre factores de riesgo para cáncer de mama y autoexamen mamario. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Recibir información	Nº	%
Si	199	99,5
No	1	0,5
Total	200	100,0

Tabla 18 Componentes de la estrategia según frecuencia en la semana que desea recibir información. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Frecuencia en la semana	Nº	%
Semanal	132	66,0
Dos veces a la semana	59	29,5
Tres veces a la semana	9	4,5
Total	200	100,0

Tabla 19 Componentes de la estrategia según horario del día en la semana. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Horario	Nº	%
Mañana	132	66,0
Tarde	68	34,0
Total	200	100,0

Tabla 20 Componentes de la estrategia según frecuencia en la semana que desea recibir información. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Frecuencia en la semana	Nº	%
Semanal	132	66,0
Dos veces a la semana	59	29,5
Tres veces a la semana	9	4,5
Total	200	100,0

Tabla 21 Componentes de la estrategia según horario del día en la semana. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Horario	Nº	%
Mañana	132	66,0
Tarde	68	34,0
Total	200	100,0

Tabla 22 Componentes de la estrategia según medio de información. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Medio de información	Medio de información escogido		Total	
	Nº	%	Nº	%
Charla	137	68,5	200	100,0
Video	126	63,0	200	100,0
Folletos	67	33,5	200	100,0

Tabla 23 Componentes de la estrategia según duración. Consultorio 12. Pascuales. Enero – octubre 2016

Tiempo	Nº	%
15 minutos	26	13,0
30 minutos	112	56,0
60 minutos	62	31,0
Total	200	100,0

## DISCUSIÓN

En el estudio realizado predominaron las mujeres entre los 30 y 39 años de edad, con nivel de instrucción primaria, amas de casa en su mayoría casada o en unión libre. En opinión de la autora los resultados son similares a los que se encuentran en el Análisis de Situación de Salud del 2014, (41) realizado en la Coop. Assad Bucaram con 1009 habitantes; y en el INEC 2013 con respecto al estado civil y nivel de instrucción. (6)

Además según investigaciones realizadas en otros países presentan en sus estudios similares resultados con respecto al grupo de edad pero diferentes en lo que se refiere al nivel de instrucción y ocupación, ya que sobresalen aquellas mujeres en preuniversitario (que equivaldría a educación de bachillerato en Ecuador) y trabajadoras (20) (42) (43).

Además también se relaciona con lo que investiga Yépez (44) y colaboradores donde también predominan el mismo grupo de edad y nivel de instrucción. A diferencia del estudio de Mondeja Águila (42) y colaboradores, se observa que las mujeres en este grupo de edad predominan las estudiantes y las amas de casa. (42).

Cabe recalcar que en Cuba y Ecuador el acceso a la educación es universal, desde la niñez hasta la adultez., por lo que demuestra que el seguir estudios de bachillerato y superiores es de acuerdo a las aptitudes, intereses personales y familiares, nivel socioeconómico y cultura de cada persona.

Cuando se analiza el conocimiento sobre el autoexamen de mama que tiene la población encuestada obtenemos que 172 mujeres tengan un conocimiento incorrecto del proceder que no discierne de forma significativa en función de la edad.

Con respecto a la distribución de las mujeres según conocimiento del autoexamen mamario y nivel de instrucción se encontró elementos que potencian la afirmación de que a mayor nivel de instrucción mayor conocimiento; ya que mientras el 53 % con conocimiento incorrecto solo hubo de alcanzar el nivel primario, el 39,3 % de las que presentaron conocimiento correcto sobre el método tenían niveles de instrucción superior corroborando el hecho de que a mayor nivel de instrucción más posibilidades de que se domine de forma correcta el autoexamen mamario.

En varios estudios se proyecta una asociación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y nivel de instrucción, donde mejor conocimiento sobre autoexamen de mama, muestran las mujeres con enseñanza media a superior. (45) (46)

En el estudio de Silva, donde las mujeres casadas muestran mayor conocimiento que las solteras (45) no se asemejan con la actual investigación,

ya que las mujeres que mantienen relaciones conyugales estables presentaron menor conocimiento sobre la autoexploración mamaria. Consideramos que los hallazgos responden al hecho de que por lo general, las mujeres al casarse pierden interés por el cuidado de su cuerpo para dedicarse a los quehaceres del hogar y cuidado de los hijos. Prueba está en la ocupación que predominó en el estudio. Las mujeres se dedican a ser amas de casa que precisamente fue el grupo que menor conocimiento tuvo sobre el autoexamen mamario.

Sin embargo Pineda en su estudio en Loja recalca que la edad, la instrucción y ocupación, no influyen en el grado de conocimiento (47).

Referente a la técnica del autoexamen de mama, las mujeres no conocen la forma correcta de realizárselo, además de no discernir las alteraciones que pueden encontrar en sus mamas durante el examen. Resultados que se semejan, con lo que muestra Castillo y colaboradores en un estudio realizado en Cartagena. (48)

En otros estudios realizados indicaron que la mayor parte de las mujeres encuestadas si conocía la manera correcta de la técnica de la autoexploración mamaria: la frecuencia, práctica del autoexamen mamario al menos siete días después de la menstruación, inspección y palpación incluyendo pezón y la axila en el examen. (49) (50)

También se evidenció los conocimientos específicos del proceder (autoexamen) que permite dirigir el diseño de la estrategia de intervención para hacer hincapié no solo en los detalles de la técnica sino también en los posibles hallazgos.

Por lo tanto, es necesaria la promoción de salud en este estrato social ya que el hecho de que mantengan un nivel de instrucción primaria, no quiere decir que no logren aprender sobre la técnica adecuada del autoexamen mamario. He aquí la importancia de realizar y fortalecer intervenciones educativas. (42)

El nivel de desconocimiento sobre los factores de riesgo involucra al 92.5 de la muestra ante apenas un 7.5 % restante considerado como correcto. El nivel de conocimientos incorrectos sobre los factores de riesgo no discrimina de forma específica sobre un grupo etario pero de conocimientos correctos se han apropiado las mujeres entre 20 y 39 años. Este hecho no es raro ya que coincide con otros estudios, en donde las mujeres poseen conocimientos inadecuados. (51) (52) (53)

Jannette Rodríguez González y colaboradores muestra resultados similares donde las participantes no identificaron los factores de riesgo predisponentes a cáncer de mama, lo que nos orienta que existe un pobre nivel cognoscitivo sobre esta enfermedad (54).

En opinión de la autora, el conocer los factores de riesgo para esta enfermedad, es un factor protector, en lo que se refiere a factores de riesgo modificables. Más aun en la actualidad, donde se observan diagnósticos para

cáncer de mama en edades más tempranas. (55) La población femenina estudiada esta entonces, desprovista y vulnerable a padecer neoplasia de mama por desconocimiento.

Con respecto a los temas específicos de los factores de riesgo se observó que las mujeres tienen noción de que los golpes no son causa de cáncer mamario y que el tener familiares con cáncer de mama o quistes es un riesgo para padecerlo.

En tanto que la lactancia materna, el ejercicio físico, multiparidad fue considerada riesgo para padecer de cáncer mamario. En cambio no consideraron riesgo la menarquia temprana, menopausia tardía, primigesta añosa, el uso de anticonceptivos y el alcoholismo.

Estos resultados son diferentes a los encontrados por Sánchez Urdaneta y colaboradores en el que la mayoría de las entrevistadas opinaron estar totalmente de acuerdo entre la asociación del cáncer mamario con: menopausia tardía, nuliparidad, uso de anticonceptivos y tabaquismo. Asimismo, fueron considerados factores de riesgo primigesta añosa, dieta rica en grasas o el consumo de alcohol. (56)

Coincide con Rodríguez y colaboradores, al identificarse en este estudio que el antecedente familiar de cáncer de mama y la presencia de quistes en la glándula, fueron temas en su mayoría conocidos como riesgo para neoplasia de mama. (53)

Por las respuestas obtenidas en la encuesta aplicada a las mujeres objeto de estudio, se consideró oportuno además, explorar la necesidad en ellas de recibir capacitación sobre el tema.

En estratos sociales como el de la población a diario atendida, gana vital importancia la promoción de la salud a través de constantes intervenciones para educar a la población. La comunidad en general son capaces de desaprender mitos y reaprender temas relacionados a la salud.

Prueba está en los estudios realizados en nuestro país y otras partes del mundo donde la intervención educativa ha modificado favorablemente el conocimiento. (57)

Por otro lado Sáenz y Sánchez (58) plantean que un 95.57% de sus pacientes afirman que el personal de salud debería difundir la práctica del autoexamen más exhaustivamente. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama.

Las implicaciones del estudio se resumen en la realización de una intervención educativa que modifique el conocimiento de la población femenina que participo en la encuesta, para nombrarlas portavoz de la salud en sus comunidades, y el conocimiento sobre el cáncer de mama se vaya transmitiendo de generación en generación.

## 15 CONCLUSIONES

El grupo etáreo predominante es aquel comprendido entre 30 a 39 años de edad, lo cual es un punto a favor para futuras intervenciones educativas sobre modificación del conocimiento del cáncer de mama y es una fortaleza para el diagnóstico temprano de ésta patología.

Además de la edad, el nivel de escolaridad es un factor importante para la adquisición del nuevo conocimiento, para adherirse más fácilmente a los métodos de prevención de la enfermedad.

La ocupación de las mujeres de ser amas de casa, desde el punto de vista económico indica la poca accesibilidad a realizarse controles fuera del Ministerio de Salud Pública.

El conocimiento del autoexamen de mama y de los factores de riesgo para cáncer de mama son temas que hay que fortalecer, ya que la mayoría de las mujeres en el estudio mostraron desconocimiento sobre dicho tema.

Es conveniente recalcar que el desconocimiento que la mayoría de las mujeres mostraron en el estudio, hicieron que las respuestas al final de la encuesta sobre brindar información del autoexamen mamario y factores de riesgo para cáncer de mama, fuera positiva. Por lo que hay predisposición para modificar conocimientos y fortalecer la prevención desde la atención primaria de Salud.

Por lo tanto, el médico especialista en Medicina Familiar tiene el deber de realizar la promoción de salud y brindar información sobre prevención de enfermedades como el cáncer mamario, ya sea desde la consulta, visitas domiciliarias y/o charlas comunitarias de una manera holística para incidir en la modificación del conocimiento y al mismo tiempo cambiar las estadísticas actuales.

## 16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación actual estudió el nivel de conocimiento que la población tiene sobre el autoexamen mamario y los factores de riesgo para cáncer de mama, que si bien es cierto, la parroquia Pascuales según las estadísticas del MSP, muestra pocos casos, pero estos son diagnosticados en etapas avanzadas. Por lo que el conocimiento de estos temas es necesario para el diseño de una intervención educativa y de esa manera disminuir las estadísticas actuales.

Durante la recolección de datos a través de la encuesta hubo buena aceptación e interés por responderla.

Los resultados obtenidos son claros, son el punto de partida para enfatizar ciertos temas en el diseño de la estrategia. Los resultados se relacionan con otros estudios en los cuales se han implementado la estrategia de intervención educativa, lo cual fue un limitante en el estudio, por lo que se deja a disposición el modelo de intervención educativa a usar para su futura aplicación.

Las participantes serán beneficiadas al obtener nuevos conocimientos sobre el cáncer mamario así mejorar su salud a través de la educación en prevención del cáncer mamario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso S, Jimenez S, Delgado A, Quintana V, Grifol E. Abordaje en el cribado de cáncer mamario en grupos poblacionales de riesgo elevado. Radiología de Elsevier. 2012; 54(6).
2. Geografía INdEy. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer. Informe. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía; 2015. Report No.: Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
3. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. Informe mundial. France: Organización Mundial de la Salud; 2014. Report No.: ISBN.
4. Globocan. Globocan. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 7. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>.
5. Ecuador MSPd. Ministerio Salud Pública del Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2016 Mayo 29. Available from: <http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
6. Censos INdEy. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Online].; 2013 [cited 2016 Mayo 28. Available from: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec).
7. Ecuador MdSPd. MSP y SOLCA suscriben convenio de atención Oncológica. informe. Quito: SOLCA; 2016. Report No.: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/msp-y-solca-suscriben-convenio-de-atencion-oncologica/>.
8. Ecuador ACd. Constitución de la República del Ecuador Montecristi: Sección Séptima Salud; 2008.
9. Salud OMDlSPdl. Prevención: Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama. [Online].; 2015 [cited 2016 Mayo 28. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es).
10. Social IMdS. Gobierno de la República de México. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 10. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>.
11. (ASCO) ASoCO. Cancer net. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/risk-factors>.
12. Ros BZ. Prevención en Instituciones de Salud: Una tarea necesaria y poco recordada. [Online].; 2002 [cited 2016 Mayo 27. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/20Z079.pdf>.
13. Belén Sanz Barbero MPFLOGAASMBByNC. Percepción de los factores de riesgo de cáncer por la población española. Scielo. 2014 Abril; 28(2).
14. Ministerio de Salud Pública. Información estadística y geográfica de salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 15. Available from: <http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
15. INEC. Sistema integrado de consultas. [Online].; 2013 [cited 2016

- Octubre 01. Available from: <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2013&MAIN=WebServerMain.inl>.
16. Tejerina Gómez A. Exploración de la glándula mamaria Madrid: Nueva Lente; 1987.
  17. Uribe J. TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.
  18. Torres-Sánchez LE, Rojas-Martínez R, Escamilla-Núñez C. Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011. Salud Pública de México. 2014 Sept-Octubre; 56([http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO036-36342014000500015](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO036-36342014000500015)).
  19. Córdova Medina AG, Coello Silva PE. Determinación de la frecuencia y los tipos de cáncer de mama, SOLCA, Cuenca 2008-2010. 2011. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3500>.
  20. Cuenca Rodríguez C, Despaigne Biset AE, Beltrán Mayeta Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". MEDISAN. 2013; 17([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000900005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900005)).
  21. Instituto Nacional del Cancer. Asesoramiento Genético en Oncología: Manual para la práctica clínica Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la nación; 2013.
  22. Bernal Pérez M, Villavieja Atance L, Moros García M. Descenso de la edad al diagnóstico en el cáncer de mama. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011 Agosto; 54(<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-descenso-edad-al-diagnostico-el-So304501311001762?redirectNew=true>).
  23. González-Teshima LY, Vargas-Cely FS, Muñoz-Sandoval JS. Síndrome de Cancer Hereditario de mama y ovario: aplicación clínica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Enero - Marzo; 67(<http://www.redalyc.org/pdf/1952/195245729005.pdf>).
  24. Gabe M, Wattendorf D, Henry LR. Translational advances regarding hereditary breast cancer syndromes. Journal Surg Oncology. 2012 Abril; 105(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441895>).
  25. Instituto Nacional del Cancer. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/deteccion-seno-pdq>. [Online]. [cited 2016 Septiembre 15. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/deteccion-seno-pdq>].
  26. Morris Brown L, Gridley G, Wu AH. Low level alcohol intake, cigarette smoking and risk of breast cancer in Asian-American women. Breast Cancer Res Treat. 2009 Julio; 120(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808456/>).
  27. Álvarez-Hernández C, Brusint B, Vichb P, Díaz-García N, Cuadrado-Rouco C, Hernández-García M. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (IV/V). SEMERGEN. 2014 Mayo; 41.

28. Cibula D GA,MA,LVC,HP,SS,ZM,DL. La anticoncepción hormonal y el riesgo de cáncer. Pubmed. 2010 Sept-Noviembre; 16(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20543200>).
29. Querci della Rovere G, Warren R, Benson JR. Cáncer de mama Madrid: Marban; 2014.
30. Lippman ME. Cancer de mama. In Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci A, Longo DL, Loscalzo J. Principios de Medicina Interna. Mexico D.F: McGrawHill; 2016. p. 523.
31. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>].
32. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2015 agosto 10. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004)].
33. OMS. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2016 Junio 13. Available from: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>].
34. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>. [Online]. 2016; 2015 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>].
35. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud Navarra: Gobierno de Navarra; 2006.
36. OMS OPS. Detección Temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas. Informe. Ginebra: Organizacion Mundiald de la Salud; 2015. Report No.: Disponible en:[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=270&gid=31833&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=31833&lang=es).
37. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. Report No.: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
38. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2015 Septiembre 2015. Available from: [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolillo.pdf)].
39. Gamboa Vignolle C, Robles Vidal CD, Villareal SP. Lesiones benignas, premalignas y preinvasivas de la mama. In Granados M, Arrieta O, Cantú de Leon D. Oncología y cirugía. Mexico D.F.: Manual Moderno; 2013. p. 451.
40. Consejo Nacional de Planificación. Plan para el Buen Vivir. Quito:

Consejo Nacional de Planificación; 2009-2013. Report No.: [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf).

41. O AC. Análisis de la Situación de Salud en Pascuales. 2014..
42. William Mondeja Águila JQGCRdBMBG. Intervencion educativa sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de 30 años. 2008 Febrero; 15(12).
43. Proenza F L, Gallardo Sanchez Y. Modificación de conocimientos sobre el autoexamen de mamas en mujeres de la Policlínica Universitaria “René Vallejo Ortiz”. MEDISAN. 2012; 16(11).
44. Yépez-Ramírez D, de la Rosa AG, Guerrero-Albarrán C, Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20(<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122d.pdf>).
45. Silva NRdA, Soares DA, Rego de Jesus S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. Enfermería Global. 2013 Enero; 12([http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013001100224](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013001100224)).
46. Yerpude p Jk. Knowledge and practice of breast selfexamination among females in rural area of south India. Natl J. Community Med. 2013; 4(2).
47. Cambizaca Mora GdP, Pineda Zaca DM. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen de mamas en usuarias que acuden al centro de Salud Tipo A de Obrapía. 2015. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11633>.
48. Ochoa Parra FE. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas en mujeres del área rural. 2014. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21207/1/Tesis.pdf>.
49. Lidiana Martínez Muñoz LCSMLMCCAyMCML. Valoración del conocimiento del autoexamen de mama en mujeres en edad reproductiva del Policlínico Bernardo Posse. Scielo. 2012; 11(3).
50. Manrique Abril Fred ODJVFN. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja. Invest Educ Enfer. 2012; 30(1).
51. Rodríguez Flores Ofelia PGLMCL. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. Acta Medica del Centro. 2013 Mayo; 7(3).
52. Gipsy de los Ángeles Pérez Hechavarría 1MJTÁc2MASCSPH. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. Biblioeca virtual de salud. 2011 abril; 15(6).
53. Rodríguez González J, Rodríguez González A, Triana Torres I A, Mendoza Taño R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2012 Nov; ([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-)

- 519X2012000500013).
54. Gonzalez JR. Conocimiento de los factores de riesgo sobre cancer de mama. scielo. 2012; 11(5).
  55. Society AC. American Cancer Society. [Online]. Atlanta; 2013 [cited 2016 Septiembre 26. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>.
  56. YASMELY SÁNCHEZ URDANETA JRUMNVI. Conocimiento sobre cancer de mama y practica del autoexamen de mama en mujeres de edad mediana. Revista Venezolana de Oncologia. 2016 marzo; 28(1).
  57. Oyasa Moncayo CdR. Barreras para la detección precoz del cancer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el hospital Julio Enrique Paredes en el período 2011-2013. 2014. <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8379/1/Oyasa%20Moncayo,%20Carmita%20del%20Rocio.pdf>.
  58. Sánchez Castro AC, Sáenz Orellana AdP. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto – diciembre del 2010. 2011. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3012>.
  59. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2016 Septiembre 11. Available from: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
  60. Diaz B, Perez. Generalidades de la educacion para la salud. [Online].; 2012 [cited 2016 septiembre 2016. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_3\\_12/mgio9312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgio9312.htm).
  61. Perez Jarauta M, Echaury Oscodi M. Manual de educación para la salud. informe. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2006. Report No.: Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>.
  62. Giraldo Osorio A, Toro Rosero Y, Macías Ladino M. La promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos saludables. Hacia la promoción de salud. 2010 junio; 15(1).
  63. Choque Larrauri R. Comunicacion y educación para la promoción de salud. Informe. Lima.; 2006. Report No.: Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.
  64. Prieto M. Epidemiología del cáncer de mama en Chile. Revista Médica Clínica Condes. 2011 Disponible en: [http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_22\\_4/2\\_Dra\\_Marta\\_Prieto.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_4/2_Dra_Marta_Prieto.pdf); 22(4).
  65. Salud Md. Sala de situación del cancer en la República de Argentina. Informe. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2016. Report No.: Disponible en: [www.msal.gov.ar/inc](http://www.msal.gov.ar/inc).
  66. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Estadísticas a propósito del dia mundial de la lucha contra el cancer de mama. Instituto Nacional

- de Estadísticas y Geografía; 2015. Report No.: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
67. Llorc Pursals G. Implicaciones clínicas de los estudios de los genes de predisposición hereditaria en el cáncer ginecológico y de mama. In Pahisa Fábregas J, Torné Bladé A, editors. Ginecología oncológica. Barcelona: Ergon; 2014. p. 309-322.
  68. Cáncer CpeCylPdEeINdC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 7. Available from: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/>.
  69. Ademuyiwa F, Suresh R, Ellis MJ, Ma CX. Cáncer de mama. In Govindan R, Morgensztern D, editors. Manual Washington de Oncología. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016. p. 144-162.
  70. Cantú de León DF, Jiménez López J, Vilelgas Cruz C, Arce Salinas C. Carcinomas invasivos de la mama. In Granados Garcia M, Arrieta Rodriguez O, Cantú de León D. Oncología y cirugía. Bogotá: Manual Moderno; 2013. p. 457.

1.

## Anexos

### Anexo 1 Encuesta

**Estimado Sra.: Nos dirigimos a usted de una forma respetuosa para obtener información sobre el conocimiento acerca de autoexamen mamario y factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres. Complete los datos que se solicitan a continuación:**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años.
2. Nivel de Instrucción:

Primaria completa \_\_\_\_\_ Primaria incompleta \_\_\_\_\_

Secundaria completa \_\_\_\_\_ Secundaria incompleta \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_

3. Ocupación : \_\_\_\_\_

4. Estado civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_  
Separada \_\_\_\_\_

5. ¿A qué edad considera que debe comenzar a realizarse el autoexamen de mama?

Menor de 20 años \_\_\_\_\_ Entre 20 y 59 años \_\_\_\_\_ Mayor 60 años \_\_\_\_\_

6. ¿Con qué frecuencia cree ud. que las mujeres deben realizarse ellas mismas el examen de mamas?

Una vez a la semana \_\_\_\_\_ Una vez al mes \_\_\_\_\_

Una vez al año \_\_\_\_\_ Cuando se me ocurre \_\_\_\_\_

7. ¿En qué lugar de la casa cree que es más adecuado realizar el examen de la mama?

Acostada en la cama \_\_\_\_\_ Frente al espejo \_\_\_\_\_

En la ducha \_\_\_\_\_ En cualquier lugar \_\_\_\_\_

8. ¿Examinas tus mamas?

Antes de la regla \_\_\_\_ Durante la regla \_\_\_\_

Después de la regla \_\_\_\_ En cualquier momento \_\_\_\_

9. ¿La revisión de sus mamas lo haría?

Solo mirándolas \_\_\_\_ Solo tocándolas \_\_\_\_ Mirándolas y tocándolas \_\_\_\_

10. ¿Con qué parte de la mano debe tocar la mama para realizar el autoexamen de mama?

Toda la mano \_\_\_\_ Solo con los dedos \_\_\_\_ Solo con la palma \_\_\_\_

11. ¿Qué movimiento realiza con sus manos al examinar sus mamas?

Circular

radiada o cuña

lineal

todas las opciones



12. ¿Qué parte de la mama debe ser revisada durante el examen de mama?

	Palpando la mama desde la axila (sobaco)	
	Solo en el pezón	
	En una sola parte de la mama	
	Solo en el lugar de la molestia	

13. Marque con una X los cambios que la mujer puede encontrar en sus mamas cuando se realiza el autoexamen de mamas?

Piel roja \_\_\_\_

Pezón hundido \_\_\_\_

Piel gruesa en la mama \_\_\_\_

Masas (bolas) \_\_\_\_

Deformidad de las mamas \_\_\_\_

Sangre o secreción que sale por el pezón \_\_\_\_

14.- Marque con una equis (X) lo que usted cree que es un riesgo para desarrollar cáncer de mama

Familiares con cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	No dar el pecho	<input type="checkbox"/>
No tener hijos	<input type="checkbox"/>	Ver la regla antes de los 12 años de edad	<input type="checkbox"/>
Desaparece la regla totalmente después de los 55 años de edad	<input type="checkbox"/>	No realizar ejercicio físico	<input type="checkbox"/>
Fumar una cajetilla de cigarrillo diaria	<input type="checkbox"/>	Primer embarazo después de los 35 años	<input type="checkbox"/>
Uso de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	Tomar un vaso diario de alcohol	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	Golpes	<input type="checkbox"/>
Quistes	<input type="checkbox"/>	Tener muchos hijos	<input type="checkbox"/>
Dar el pecho	<input type="checkbox"/>	Realizar ejercicio físico	<input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

15. ¿Le gustaría recibir información sobre cómo prevenir el cáncer de mama?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

16. ¿Cuál es el tiempo que usted tiene libre para poder recibir información sobre el tema?

1 vez a la semana \_\_\_ 2 veces a la semana \_\_\_ 3 veces a la semana \_\_\_

17. ¿En qué momento del día usted cree que sería más cómodo para recibir información?

Mañana \_\_\_ Tarde \_\_\_

18. Le gustaría recibir información sobre cáncer de mama a través de:

Charlas \_\_\_ Videos \_\_\_ Folletos \_\_\_

19. ¿Qué tiempo le gustaría que dure la sesión para brindarle información sobre cáncer de mama?

15 minutos \_\_\_ 30 minutos \_\_\_ 1 hora \_\_\_

*Anexo 2: Consentimiento informado*

Yo \_\_\_\_\_ con CI: \_\_\_\_\_, he recibido de la Dra. \_\_\_\_\_ la información de la encuesta.

En esta investigación se me realizará preguntas sobre los factores de riesgo para cáncer de mama y autoexamen mamario. Mi participación en esta investigación es libre y voluntaria. No se compartirá mi identidad con personas ajenas a la misma, no se me someterá a experimentación y la información que daré se mantendrá en absoluta privacidad. Al mismo tiempo los resultados del estudio podrán ser expuestos y utilizada para fines científicos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico. Si deseo información al respecto poder contactarme con la Dra. Cobos en el consultorio N° 12 o al celular 0988121545.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_

### *Anexo 3 Criterios de Moriyama*

Estimado/a colega:

Conocedores de su experiencia profesional e investigativa sobre cáncer de mama solicitamos su colaboración en la validación de ésta encuesta conforme a los principios de Moriyama, cuyo objetivo es identificar el nivel de conocimiento de autoexamen mamario y factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres de 20 a 60 años de edad del consultorio # 12 del Centro de Salud de Pascuales y posteriormente diseñar una estrategia sobre el tema antes mencionado.

Como Ud. Conoce, las cinco propiedades básicas propuestas por Moriyama son:

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones en el fenómeno:** Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. **Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. **Si deriva de datos factibles de obtener:** Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Cada uno de los criterios debe calificarse como:

Nada: 0

Poco: 1

Mucho: 2

MD. Andrea Cobos Ordóñez

Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

correo electrónico: [apcobordonez@gmail.com](mailto:apcobordonez@gmail.com)

Telf: 0988121545

Anexo 4 Lista de expertos que evaluaron la encuesta

Walter Andrade Mendoza	Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil. Responsable de Patología Mamaria en
Yudy Cambero Martínez	Medicina General Integral, Ginecología y Obstetricia
Mabel Ramírez Mieles	Hospital Universitario de Guayaquil. Ginecología.
Ricardo Sotomayor Zamora	Hospital Universitario de Guayaquil. Jefe de área de Ginecología y Obstetricia
Luis Martínez Arrieta	Hospital Universitario de Guayaquil. Cirujano-Mastólogo
Herick Martínez García	Medicina General Integral
Suyen Martínez Meneses	Medicina General Integral
Madeleine García Casas	Medicina General Integral
Mario Luis Peña Martínez	Ginecología y Obstetricia

## *Anexo 5 Propuesta de estrategia de intervención*

1 Título de la estrategia: La mejor forma de cuidarse es prevenir, es hora de tocar tus mamas, sino el cáncer las tocara.

2 Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Población Beneficiada: Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarios: Mujeres entre los 20 a 60 años de edad del consultorio N° 12.

Autora: Md. Andrea Cobos Ordoñez

Equipo técnico responsable:

Md. Andrea Pamela Cobos Ordoñez (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria)

Dr. Argel Proenza (Tutor de tesis)

Ayudantes: Equipo Atencion Integral de Salud, Tecnico Atencion Primaria de Salud y líderes comunitarios.

Frecuencias: 1 hora semanal.

Tiempo estimado: 6 meses

### 3. Justificación de la propuesta

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que cada año se detectan 1.67 millones de casos nuevos y ocurren 522 mil muertes por esta enfermedad <sup>(2)</sup>. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el continente americano, la tendencia es similar, es decir, el cáncer de mamá es el más común entre las mujeres con el 29% respecto del total de casos de cáncer y es la segunda causa de muerte por tumores malignos para este grupo de población, superada únicamente por el cáncer de pulmón (15 contra 18 por ciento); para el año 2030, la OPS estima más de 596 000 casos nuevos y más de 142 100 muertes en la región, principalmente en la zona de América Latina y el Caribe.

Según información estadística del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cáncer de mama en el año 2014 ocupa el primer lugar como causa de egresos hospitalarios seguido del tumor maligno de la glándula tiroides, reportándose 4 990 y 2380 casos respectivamente.

En el año 2013, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), en la provincia del Guayas, el tumor maligno de mama ocupa el primer lugar como principal causa de morbilidad hospitalaria con el 22,90% (1380 egresos) de los casos con respecto a otras neoplasias malignas <sup>(5)</sup>. De los cantones de ésta provincia, Guayaquil, encabeza la lista con el 23,03% que representa 1 373 casos de egresos por cáncer de mama. De la parroquia Pascuales según el MSP del Ecuador solo se han encontrado 23 casos diagnosticados como cáncer de mama como morbilidad hospitalaria.

Con respecto a la tasa de mortalidad, en el año 2013 según el INEC del Ecuador, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte con el 10,39% de los casos frente a otros tumores malignos. A nivel de la provincia de Guayas y cantón Guayaquil, el tumor maligno de mama ocupa los primeros puestos con el 14.29% y 15.04% de los casos mortales.

La edad en la que se presenta el cáncer de mama en Ecuador según el MSP, es muy variable que oscila entre los 20 y 80 años de edad, con mayor predominio entre los 40 y 60 años de edad. Cifras que se asemejan a otros países.

Por lo tanto es de suma importancia la ejecución de la estrategia para que las mujeres incluidas puedan ser promotoras de salud en su comunidad, ayudando a elevar el conocimiento y por lo tanto diagnosticar a tiempo la enfermedad. Además se favorecería a la intervención terapéutica oportuna, la prolongación de la expectativa de vida, mejoría en la calidad de vida y reducción de los costos del Ministerio de Salud Pública como de la familia.

## 4. Objetivos

### Objetivo General

Modificar el nivel de conocimiento de las mujeres pertenecientes al consultorio 12 del Centro de Salud de Pascuales sobre autoexamen de mama y factores de riesgo para cáncer de mamas por medio de una intervención educativa.

### Objetivos Específico

1. Educar sobre las características clínicas del cáncer de mama.
2. Explicar los factores de riesgos entre la población femenina.
3. Describir la técnica del auto examen de mama.

### Principales aportaciones de la estrategia

1. La estrategia prioriza las acciones preventivas y de detección precoz del cáncer de mama como vía para disminuir la morbimortalidad.
2. Realizar actividades dirigidas a la población general, para que adopte hábitos saludables y elimine comportamientos de riesgo, haciendo énfasis en el abandono del tabaquismo, incremento de la actividad física, seguir dieta equilibrada y evitar la obesidad.
3. Convertir en hábito el autoexamen de la mama mensualmente en la población femenina.

## 5. Fundamentación teórica:

El concepto de promoción de salud comienza a abordarse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de salud, como estructura para el mejoramiento de la salud, adoptando la meta de salud para todos. (1)

Posteriormente en 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se define que promoción de salud es proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (2)

La Carta de Ottawa 1986 y otras conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge los principios que incorporan la Educación para la Salud a la Promoción de la Salud como una de sus estrategias básicas junto a

la comunicación social y a otras medidas políticas, técnicas, económicas, de acción social, etc. (2)

Según Pérez y colaboradores se entiende la Educación para la salud como una herramienta básica tanto para la prevención de determinadas enfermedades como para su curación y/o rehabilitación, y como un instrumento indiscutible de promoción de salud. (3)

Los diferentes enfoques y modelos de educación, salud y educación para la salud que se han ido planteando en los últimos decenios y opta por integrar algunos de ellos: (4)

- La Salud como derecho humano fundamental y como recurso para la vida diaria, entendida y considerada en un sentido amplio, integral, biopsicosocial.

- Las condiciones de vida y los entornos en que la gente trabaja, estudia y vive, los modelos y valores socioculturales, los estilos de vida, la biología, los servicios relacionados con la salud, los recursos personales y redes sociales... como condicionantes de la situación de salud de las personas, grupos y comunidades.

- Las personas como protagonistas de su propia salud y de su propia vida. El empoderamiento personal y social como proceso mediante el cual las personas, grupos y comunidades adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Por lo tanto la promoción de salud provee a las personas de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. Con el fin de alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o las comunidades deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno. (4)

Además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. (5)

Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas: (6)

La *información*. Ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Incluye la motivación de estos hacia la adopción de decisiones favorables a la salud y refuerza el papel de los representantes del sector salud como asesores en este proceso.

2. *Educación para la salud.* Facilita el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a elegir y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar.

3. *Comunicación social en salud.* Es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí y se complementan unas con otras.

La clave para que una persona pueda decidir estar sana, es primero, tener conocimientos precisos, fiables sobre cómo alcanzar un buen estado de salud, y sobre los diferentes factores de riesgos para su salud que se presenten en su vida cotidiana. Segundo, que disponga de conocimientos que le permitan realizar las mejores elecciones posibles y ponerlas en práctica. Tercero, que sepa de qué manera puede disfrutar de una buena salud personal, y qué hace falta para que su familia y su comunidad se mantengan sanas. (3)

La educación para la salud, es una tarea de una dimensión que trasciende el hecho de transmitir información, y se relaciona con la acción comunitaria para lograr su participación activa. Esta manera de ver dicha educación, establece su propósito y el hacia dónde deben dirigirse las acciones. La participación implica responsabilidad, integración, sentido de pertenencia y capacidad de organización, con el fin de que se compartan experiencias y de que mejoren los conocimientos, mediante el esfuerzo individual y de grupo, para elevar el nivel de salud. (3)

## 6. Metodología

La estrategia de intervención sobre autoexamen mamario y factores de riesgo para cáncer de mama fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población femenina de 20 a 60 años de edad donde incluyeron diferentes temas relacionados con la técnica correcta del autoexamen mamario y la identificación de los factores de riesgo para esta neoplasia.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención las 200 participantes serán distribuidas en 10 grupos de 20 personas. La estrategia será implementada en un tiempo de 5 meses.

Para poder cubrir el número total de los pacientes, se habilitará dos horarios durante la mañana de 8 a 9 am y 10 a 11 am. Las sesiones tendrán tiempo de duración de 30 a 60 minutos, de forma semanal, el tipo de actividad serán a través de charlas y videos. Además se determinará el local y el horario a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Se dará un lapso de una semana para la inscripción de aquellas mujeres que no pudieron capacitarse durante el horario regular y se impartirá el módulo

en una sola ocasión.

## Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicas según los módulos. Las técnicas utilizadas serán charlas mezcladas con actividades lúdicas y videos. Posterior a cada sesión se realizará retroalimentación de lo aprendido.

Además se estimulará a las participantes con la entrega de un certificado de asistencia.

## 7 Desarrollo de la estrategia

### **Modulo N°1. Tema: Introducción al programa educativo y definición del cáncer de mama.**

#### Objetivos

- Presentación de los participantes.
- Explicación del curso y sus objetivos.
- Definición del cáncer de mama
- Motivar a la divulgación de los temas explicados a amigas, vecinas u otras personas.

#### Actividades:

Introducción: Presentación de cada participante a través de la técnica: “Presentación Cruzada”, que consiste en intercambiar información de pareja durante 3 ó 4min. Luego cada miembro de cada pareja presenta al otro. Se explicaran las principales características del cáncer de mama, haciéndose énfasis en su definición.

Actividad Principal: mediante lluvia de ideas de las participantes se llegará a la definición de cáncer de mama. Posteriormente se pidió que presentaran sus dudas con respecto al tema, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: se aplicó la técnica: “Tingo tingo tango”, que consiste en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha, mientras la expositora canta las palabras que cuando dice tango y coincide con una participante, aquella responderá preguntas del tema expuesto. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

1. Tiempo: 30 – 60 min,
2. Métodos de enseñanza: Conferencia
3. Medios: humanos, pancarta de cartulina, pelota y material de oficina.

## **Modulo N° 2 Tema: Características clínicas del cáncer de mama.**

Objetivos:

1. Explicar las principales características del cáncer de mama
2. Mostrar la forma de reconocerlas

Actividades:

Introducción: Breve resumen de la actividad anterior

Actividad Principal: Se realiza lectura donde se indican las principales características del cáncer de mama, posteriormente, se les mostrara un vídeo.

Se divide el grupo en dos equipos que se identifican por nombres escogidos por las participantes. Posteriormente se escoge al azar a un miembro de cada equipo, que a través de la mímica ilustra algún síntoma del cáncer de mama a sus equipos respectivos. Gana el grupo que mayores aciertos tenga.

Cierre: Al finalizar la autora enfatiza la forma de reconocer los signos y síntomas del cáncer de mama con lo que concluyo dicha sección. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 a 60 min.

Métodos de enseñanza: conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

### **Modulo N°3 Tema: Factores de riesgos para cáncer de mama**

Objetivos:

1. Explicar los factores de riesgos e identificar los más frecuentes.

Actividades:

Introducción: Se realizaran tres preguntas de control relacionada con el tema anterior.

Actividad Principal: se inicia el módulo con una conferencia sobre los factores de riesgo; luego a través de la técnica participativa Lluvia de ideas se le solicita a las pacientes que mencionaran los factores de riesgo, los cuales se escribieron en la pizarra. Al finalizar la autora expuso cual sería el más importante para las pacientes.

Cierre: se indicará a las pacientes que expongan lo que modificara en su estilo de vida y el por qué. Lo cual va seguido de un resumen de aquellos que se consideren los principales factores.

Tiempo: 30 a 60 min.

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios: Humanos, pizarra y marcadores.

### **Modulo n° 4 Tema: Técnica del auto examen de mama**

Objetivos:

1. Enseñar la técnica adecuada del autoexamen de mama

Actividades:

Introducción: para lograr la motivación en este encuentro, se escogerán a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisiera exponer lo aprendido en el encuentro anterior.

Actividad principal: Se divide en dos grupos para que dialoguen sobre el autoexamen de mama con respecto a la técnica, es decir cómo, cuándo y dónde se realizan la autoexploración mamaria.

Posteriormente se realiza una exposición de una representante de cada grupo para hacer un debate del tema en el que se involucra a todas las

participantes, dirigido por el moderador que enfatizará en la técnica adecuada del auto examen de mama y su importancia.

Cierre: Se aplicará una técnica de “La Papa Caliente”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se pedirá que lo circularan al ritmo de la música.

Al detenerse el sonido quien tenga el preservativo debe explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrige en el grupo y se entrega otro preservativo a las participantes, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas.

Además se observará un video sobre la técnica adecuada del autoexamen mamario. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 a 60 min.

Medios de enseñanza: Clase taller

Medios: Humanos, preservativos, grabadora, marcadores, materiales de oficina.

## **Modulo N° 5 Tema: Conclusiones**

Objetivos:

1. Confirmación del conocimiento adquirido a través de un test.

Actividades:

Introducción: Se realizarán preguntas del tema anterior.

Actividad Fundamental: se aplicará la encuesta donde se les pedirá a las pacientes que no pongan su nombre.

Cierre: Se realizara la técnica de animación, “El regalo y utilidad”, donde las participantes sentadas en forma de círculo se comienza de derecha a izquierda, dando un regalo a cada compañera sin que el que este al lado sepa cuál es.

Después se mencionará de izquierda a derecha una utilidad cualquiera y al final cada una dice que se le ha regalado y para que lo utilizará. Luego cada una opina sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta intervención educativa.

Tiempo: 30 a 60 min.

Métodos de enseñanza: Taller

Medios: humanos y material mimeografiado

## **8. PRESUPUESTO**

Los recursos que van a ser necesarios para llevar nuestras sesiones son:

Recursos Humanos:

Médica (o) que se encargará de las sesiones del programa y del seguimiento en consulta de los participantes.

Recursos Materiales:

Sala del centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra y aproximadamente unas 20 sillas.

Folios y bolígrafos.

Cartel del programa.

Cuestionarios.

Video

Recursos financieros:

Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

## 9. CONCLUSIONES

Para mejorar la salud a nivel individual y comunitario es necesaria la utilización de recursos didácticos que facilite la comprensión de los temas explicados. De esta forma habrá una respuesta favorable ante el cuidado de sus mamas en la población femenina.

## 10. RECOMENDACIONES

Aplicar la estrategia educativa de manera periódica a la población, para la adopción de nuevos conocimientos sobre el cáncer mamario.

## 11. Revisión bibliográfica

1. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2015 agosto 10. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004).
- 2 Organización Mundial de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2016 Septiembre 11. Available from: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
- 3 Diaz B, Perez. Generalidades de la educación para la salud. [Online].; 2012 . [cited 2016 septiembre 2016. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_3\\_12/mgi09312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm).
- 4 Perez Jarauta M, Echauri Oscodi M. Manual de educación para la salud. . informe. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2006. Report No.: Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>.
- 5 Giraldo Osorio A, Toro Rosero Y, Macías Ladino M. La promoción de salud . como estrategia para el fomento de estilos saludables. Hacia la promoción de salud. 2010 junio; 15(1).
- 6 Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de salud. . Informe. Lima;; 2006. Report No.: Disponible en:<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Cobos Ordóñez Andrea Pamela, con C.C: #0917229197 autor(a) del trabajo de titulación: “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer de mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016”, previo a la obtención del grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de Enero del 2017

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: Cobos Ordóñez Andrea Pamela  
CI # 0917229197

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	"Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer de mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016"		
<b>AUTOR(ES)</b>	Cobos Ordóñez Andrea Pamela		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Pérez Proenza Argel DR.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	4 de enero del 2017	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	81
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Neoplasia de mama, autoexamen de mamas, factores de riesgo, conocimiento.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p><b>Antecedentes:</b> El cáncer de mama es un problema de salud en el mundo; en Ecuador, ocupa la segunda causa de muerte en la población femenina (10,39 %) según el Instituto de estadísticas y censos en el año 2013. <b>Materiales y Métodos:</b> Se realizó investigación de tipo descriptiva, observacional, transversal, cuyo fin fue recolectar mediante encuesta elaborada por el autor, las características sociodemográficas; nivel de conocimiento sobre el tema y determinar los componentes para diseñar la estrategia, en una población de 200 mujeres entre los 20 a 60 años de edad pertenecientes al consultorio médico n° 12 del Centro de Salud Pascuales. La encuesta fue evaluada según los criterios de Moriyama, por nueve especialistas. Los datos obtenidos fueron procesados en hojas de cálculo de Excel 2010, versión Windows 7. <b>Resultados:</b> El grupo etéreo que predominó fue entre 30 a 39 años de edad (34%), casadas/unión libre (80%), el nivel de instrucción que imperó fue primaria (47.5%) y la ocupación que las mujeres mayormente realizaban fue amas de casa (75 %). Con respecto al conocimiento se observó desaciertos tanto en temas de autoexamen mamario (86%) como en factores de riesgo para cáncer de mama (92.5%). La mayoría de las mujeres aceptaron recibir información sobre los temas antes explicados (99,5%). <b>Conclusiones:</b> El conocimiento del autoexamen de mama y de los factores de riesgo para cáncer de mama son temas que hay que fortalecer, ya que la mayoría de las mujeres en el estudio mostraron mucho desconocimiento sobre estos temas.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 2424204	E-mail: apcobordonez@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2206953-2-1-0 ext: 1830.		
	<b>E-mail:</b> xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			