



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

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

**CARRERA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL  
CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS. CONSULTORIO  
TRES DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018”.**

**AUTORA:**

**MD. Vera Troya Bella July**

**Trabajo de Investigación previo a la Obtención del Título de:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TUTOR:**

**Dr. Ladrón De Guevara Gainza Carlos Alberto**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

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

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por *el/la Dr.(a) Bella July Vera Troya*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dr. Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, *Bella July Vera Troya***

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “*Diseño de estrategia educativa sobre prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018*” 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, 17 de diciembre del 2018

**EL AUTOR:**

---

Md. Bella July Vera Troya



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

**YO, *Bella July Vera Troya***

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 educativa sobre prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

**EL AUTOR:**

---

Md. Bella July Vera Troya

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS BELLA JULY VERA TROYA.doc (D45643966)  
Submitted: 12/12/2018 9:03:00 PM  
Submitted By: vtjuly\_302@hotmail.com  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51561-31942015000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51561-31942015000400006)  
<http://repository.udca.edu.co:8080/bitstream/11158/465/1/TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>  
<http://www.clusterdesalud.com/blog/factores-de-riesgo-y-prevencion-del-cancer-de-mama-en-mexico>

### Instances where selected sources appear:

4

## **1 Agradecimiento**

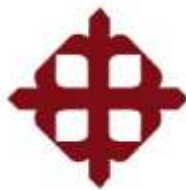
En primer lugar agradecida con Dios todopoderoso, que me ha permitido realizar este arduo trabajo.

A mi esposo Kenny Chong Vaca por su apoyo incondicional en cada paso de mi carrera profesional.

A mis profesores que siempre han estado allí prestos a compartir sus enseñanzas y experiencias para poder lograr buenos resultados, y como no agradecer a todas esas mujeres que colaboraron en todo momento para lograr los objetivos planteados.

## **2 Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a mi familia en general por ser siempre ese pilar fundamental en mi vida, especialmente a mis princesas mágicas AIME Y MIA CHONG VERA, quienes son los motores que me impulsan a crecer y ser mejor cada día, a mi esposo por dedicar todo el tiempo a su familia motivos que hacen que el esfuerzo y dedicación sean satisfactorios.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. \_\_\_\_\_

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO  
DIRECTOR DEL POSGRADO



f. \_\_\_\_\_

ARANDA CANOSA, SANNY  
COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

BATISTA PEREDA, YUBEL  
OPONENTE



				<b>SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD</b> <b>ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b> <b>II COHORTE</b> <b>TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN</b>		
<b>TEMA:</b> "DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS. CONSULTORIO TRES DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018"		<b>ALUMNO:</b> BELLA JULY VERA TROYA		<b>FECHA:</b>		
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						
<b>Observaciones:</b>						
<b>Lo certifico,</b>						
DR. XAVIER LANDIVAR VARAS DIRECTOR DEL POSGRADO MFC TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN			DR. YUBEL BATISTA PEREDA OPONENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN			DRA. SANNY ARANDA CANOSA COORDINADORA DOCENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## 5 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO .....	VI
2 DEDICATORIA .....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN .....	IX
5 ÍNDICE GENERAL.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS .....	XI
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
8 RESUMEN.....	XIV
9 ABSTRACT.....	XV
10 INTRODUCCIÓN .....	2
11 EL PROBLEMA .....	6
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
11.2 FORMULACIÓN .....	6
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	7
12.1 GENERAL.....	7
12.2 ESPECÍFICOS .....	7
13 MARCO TEÓRICO.....	8
13.1 ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGÍA ..	8
13.2 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MAMA..	9
13.3 CÁNCER DE MAMA DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES ..	9
13.4 FACTORES DE RIESGO.....	10
13.5 CLASIFICACIÓN ..	14
13.6 CUADRO CLÍNICO.....	15
13.7 DIAGNÓSTICO.....	16
13.8 TRATAMIENTO.....	20
13.9 REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN LAS Mujeres con Cáncer de MAMA.....	21
13.10 IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN SALUD.....	22
13.11 MARCO LEGAL ..	24
14 MÉTODOS .....	26
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO .....	26
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	26
14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	27
14.2.3 Técnicas de recolección de información.....	29
14.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	29
14.3 VARIABLES.....	30
14.3.1 Operacionalización de variables.....	30
15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	33
16 CONCLUSIONES .....	45
17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN GRUPO DE EDADES CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	33
TABLA 2: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	33
TABLA 3: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN OCUPACIÓN, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	34
TABLA 4: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN ESTADO CIVIL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	35
TABLA 5: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA COMO ENFERMEDAD MALIGNA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	35
TABLA 6: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	36
TABLA 7: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	36
TABLA 8: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	37
TABLA 9: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE MENARCA TEMPRANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	37
TABLA 10: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE MENOPAUSIA TARDÍA COMO FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	38
TABLA 11: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE EDAD DEL PRIMER PARTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	39
TABLA 12: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE NULIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	39
TABLA 13: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE NO PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	40
TABLA 14: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE ANTECEDENTE PATOLÓGICO FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA COMO FACTOR DE RIESGO DE LA MISMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	40
TABLA 15: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE HÁBITO DE FUMAR Y CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO PARA	

CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	41
TABLA 16: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO GENERAL DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	42
TABLA 17: POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN ELEMENTOS DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE CÁNCER DE MAMA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	43

## 7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52
ANEXO 2: ENCUESTA.....	53
ANEXO 3: PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.....	57

## 8 Resumen

**Antecedentes:** El cáncer de mama es un problema de salud mundial; 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, prospectivo y de corte transversal, cuyo fin fue recolectar mediante encuesta elaborada por la autora, las características sociodemográficas; nivel de conocimiento sobre el tema y determinar los componentes para diseñar la estrategia, en una población de 104 mujeres entre 30 - 60 años de edad pertenecientes al consultorio médico tres del centro de salud Enrique Ponce Luque. La encuesta fue evaluada según los criterios de Moriyama, por tres especialistas. Los datos obtenidos fueron procesados en hojas de cálculo de Excel 2010. **Resultados:** El grupo etario que predominó fue 30 a 39 años de edad (54,8%), nivel de escolaridad primaria (47,1%), ocupación ama de casa (57,7%), unión libre (55,8%). Con respecto al conocimiento de los factores de riesgo para cáncer de mama se observó que el 82,7% tenían desconocimiento. La mayoría de las mujeres desearían recibir la información mediante charlas (48,1%), cada 15 días (53,9%), 30 minutos (46,1%), número de personas 5 a 10 (63,4%), por las tardes (53%). **Conclusiones:** El conocimiento de los factores de riesgo del cáncer es un tema que hay que fortalecer, ya que la mayoría de las mujeres en el estudio mostraron mucho desconocimiento.

**Palabras Clave:** CÁNCER DE MAMA, FACTORES DE RIESGO, CONOCIMIENTO, ESTRATEGIA.

## 9 Abstract

**Background:** Breast cancer is a global health problem; in Ecuador, it is the second cause of death in the female population (10.39%) according to the Institute of Statistics and Censuses in 2013. **Materials and Methods:** Descriptive, observational, prospective and cross-sectional research was carried out. Whose purpose was to collect, through a survey prepared by the author, the sociodemographic characteristics; level of knowledge on the subject and determine the components to design the strategy, in a population of 104 women between 30 - 60 years of age belonging to the doctor's office three of Enrique Ponce Luque health center. The survey was evaluated according to Moriyama criteria, by three specialists. The data obtained were processed in Excel 2010 spreadsheets. **Results:** The age group that predominated was 30 to 39 years old (54,8%), primary school level (47,1%), housewife occupation (57,7%), free union (55,8%). With respect to the knowledge of risk factors for breast cancer, it was observed that 82,7% had ignorance. The majority of women would like to receive information through talks (48,1%), every 15 days (53,9%), 30 minutes (46,1%), number of people 5-10 (63,4%), in the afternoon (53%). **Conclusions:** Knowledge of cancer risk factors is a topic that should be strengthened, since most of the women in the study showed much ignorance.

**Keywords:** BREAST CANCER, RISK FACTORS, KNOWLEDGE, STRATEGY.

## 10 INTRODUCCIÓN

El cáncer mamario, considerado un tumor prevenible, es además uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que es el cáncer más habitual en las féminas de los países desarrollados y en vías de desarrollo, pues en los últimos 25 años se duplicaron los casos nuevos (1-2).

La incidencia de esta patología está aumentando, sobre todo en los países desarrollados por la mayor expectativa de vida, urbanizaciones y acogimiento de modos de vida occidentales, mientras que las muertes por esta causa han disminuido por la detección precoz y la terapéutica efectiva. En países de menor ingreso, el principal origen de los fallecimientos es debido al diagnóstico en etapas avanzadas, por el escaso acceso a servicios de salud y poca concientización (3,4,5).

Según evaluaciones de Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 (GLOBOCAN), se diagnosticaron durante el año 2012, más de un millón y medio de casos nuevos de cáncer mamario en el mundo, con una tasa estandarizada de 43.3 por 100 mil mujeres y fenecieron 521.817 mujeres, obteniendo una tasa estandarizada por edad de 12.9 por 100.000 mujeres. (2,6)

En Norteamérica, la incidencia de de este tumor en el sexo femenino fue del 29,6% continuado del cáncer de pulmón (13,2%), la mortalidad se ubicó en primer y segundo lugar al cáncer pulmonar y cáncer de mama con el 26% y 14,9% respectivamente (7).

En América Latina y el Caribe, durante el año 2012, se diagnosticó este tumor en más de 408 mil mujeres considerándose que para 2030, aumentará en un 46 por ciento (1,7).

En Ecuador entre 2011 y 2016, se reportaron 3.159 mujeres fallecidas por esta causa y en los anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el año 2011 constan 419 muertes por tumor maligno de mama, en tanto que en el



2016 este número creció a 638, asimismo en ese año ocupó el primer lugar como causa de egresos hospitalarios respecto a otros tumores malignos reportándose 3.673 egresos (5).

En la provincia de Los Ríos en el 2016 ocupó el primer lugar como principal causa de morbilidad hospitalaria con 0.23% (81 egresos) de los casos con respecto a otras neoplasias malignas, se reportó además 28 defunciones en mujeres a causa de esta patología ocupando el primer lugar respecto a otras neoplasias (5).

Sn embargo en el departamento de estadística del Centro de Salud Enrique Ponce Luque, no se registran casos reportados de esta patología, debido al subregistro que existe. (8).

El gobierno de Ecuador en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 expone dentro de su objetivo 3, “mejorar la calidad de vida de la población, ampliando los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas, además de que garantiza la asistencia universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud” (9).

Como existe un creciente número de casos de personas con cáncer en el país, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, ha desarrollado la "Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador" con el objetivo de reducir la morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los individuos que le aqueja esta enfermedad. (10,11).

El Ministerio de Salud Pública en respuesta a lo señalado en la Constitución de la República del Ecuador, en el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud y el Plan Nacional del Buen Vivir, firmó 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, favoreciendo así la mejora de la Red Pública y Complementaria de Salud (9).

Aún habiendo formalizado varias estrategias, para minimizar esta problemática de

salud, el Ecuador mantiene escasez de recursos que restringen la realización de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta enfermedad (4). Para obtener mejores resultados en la disminución de la incidencia de cáncer mamario, es necesario tener en cuenta las acciones de prevención y los factores de riesgos, los cuales pueden ser modificables o no.

Entre los factores de riesgo modificables se encuentra la dieta, el estado nutricional, paridad, los tratamientos farmacológicos, los hábitos tóxicos, períodos de lactancia materna, entre otros (7,10, 12). Mientras que en los no modificables están la edad, raza, la menarquia precoz, la menopausia tardía, algunas enfermedades crónicas, antecedentes patológicos familiares de cáncer y antecedentes genéticos (3,10). El auto examen de mama y el examen clínico junto a otros métodos diagnósticos, permiten la descubrir de forma precoz esta patología (1,4).

Con la presente investigación se logró identificar el conocimiento de los factores de riesgo de esta patología en las mujeres de 30 a 60 años que pertenecen al consultorio familiar tres del Centro de Salud Enrique Ponce Luque.

Actualmente no existen estudios similares en esta comunidad, de tal manera los resultados permitirán implementar estrategias de intervención, que generen impacto sobre la prevención y detección eficaz del cáncer de mama, así como también el empoderamiento sobre salud de la población en general.

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo población de estudio estuvo conformada por las mujeres entre 30 a 60 años de edad pertenecientes al consultorio familiar tres del centro de salud “Enrique Ponce Luque” año 2018, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

A todas las mujeres del estudio previa firma del consentimiento informado se les aplicaron una encuesta elaborada por la autora para determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, además de identificar los componentes de la estrategia de intervención. Durante la investigación se cumplió con todos los requisitos éticos establecidos.

La investigación transcurrirá por la revisión de la bibliografía argumentada en el

marco teórico, el planteamiento del problema de investigación y de los objetivos, continuará con la presentación detallada de la metodología hasta llegar a la presentación de los resultados en tablas y la discusión de los mismos, para llegar a plantear conclusiones y recomendaciones.

## **11 EL PROBLEMA**

### **11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

El cáncer de mama, comparado con otros cánceres es una de las principales causas de morbimortalidad en la mujer a nivel mundial, que afecta a cientos de mujeres ecuatorianas y cuyas víctimas mortales se ha incrementado a través de los años.

Mediante la vivencia cotidiana se ha evidenciado el desconocimiento de esta patología y sobre todo de los factores de riesgos presentes en las mujeres de 30 a 60 años de edad, del consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque, lo que podría beneficiar la aparición o el diagnóstico en etapas avanzadas del cáncer de mama.

Al no existir estudios similares con fundamentos científicos en esta comunidad, es importante realizar este trabajo, para en base a los resultados obtenidos elaborar acciones de prevención y detección oportuna en la Atención Primaria de Salud mediante las actividades a desarrollar intramurales, extramurales y con la realización del análisis de la situación integral de salud; además ofrecerá pautas a los médicos familiares para desenvolverse en los aspectos que se relacionan con esta problemática, permitiendo realizar futuras investigaciones en relación a esta enfermedad, favoreciendo así a la intervención terapéutica oportuna, mejora en la calidad de vida, prolongar la expectativa de vida y disminución de los costos en la familia y en el Ministerio de Salud Pública.

### **11.2 Formulación**

¿Qué elementos se considerarían en el diseño de una estrategia educativa para el conocimiento de la prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años del consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018?

## **12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **12.1 General**

Diseñar una estrategia educativa sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres de 30 a 60 años del consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018.

### **12.2 Específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar el conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama en la población de estudio.
- Identificar los componentes de la estrategia educativa sobre la prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años.
- Elaborar una estrategia educativa sobre la prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años.

## 13 MARCO TEÓRICO

### 13.1 Antecedentes y Epidemiología

El cáncer es una patología conocida desde la antigüedad. Su nombre deriva de la palabra kankros, que significa cangrejo, haciendo referencia a la semejanza en la que el animal y la enfermedad “atrapan” y “destrozan” a sus víctima (13).

El tipo de cáncer más frecuentes en las féminas es el cáncer mamario, es aquella proliferación precipitada, alterada y no controlada de células que presentan mutaciones genéticas, los cuales actúan regularmente suprimiendo o incitando la persistencia del ciclo celular concerniente a múltiples tejidos de la glándula mamaria (14).

El cáncer mamario despliega una complicada evolución natural, y aunque existen muchos avances en cuanto a la oncología moderna, continúa siendo la principal causa de defunción por tumor en la mujer, a nivel mundial (15). Según la Organización Panamericana de la Salud, "en América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad". Es decir, este cáncer origina el fallecimiento de 83 mujeres diariamente, por tanto, cada 60 minutos mueren tres mujeres afectadas por esta neoplasia (16).

De los casos registrados a nivel mundial, 43% conciernen a países en vías de desarrollo. El cáncer de mama constituye el 31% de todos los cánceres de la mujer a nivel mundial, seguido por el cáncer cervicouterino que se encuentra ocupando el segundo puesto, representado por el 15% respecto a los cánceres en la mujer (16).

En América Latina y en otras zonas geográficas donde se evidencia riesgo intermedio y bajo, la incidencia de esta patología va ascendiendo. Según Murray y López (1996), “en los países que se encuentran en transición epidemiológica las tasas de mortalidad por cáncer mamario aumentan y las de cáncer cervicouterino disminuyen” (16).

Por arriba de los 50 años es la edad de mayor incidencia, sin embargo alrededor de

un 10% se diagnostica en fémininas con menos de 40 años. De carácter general, se considera que la supervivencia media relativa del cáncer mamario, después de cinco años es del 89.2%. Infiuye directamente sobre la supervivencia, el estadio en el que se encuentra el cáncer al momento del diagnóstico. En el estadio I, la supervivencia es mayor al 98% y por el contrario en los estadios III la supervivencia disminuye al 24%. La causa o causas que originan un cáncer de mama aún no están dilucidadas, no obstante se han reconocido varios factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama (15,17).

### **13.2 Anatomía y fisiología de la mama**

Según su estructura anatómica y fisiológica, la mama está constituida por 10 a 20 lóbulos, cada uno fragmentado en secciones más pequeñas denominadas lobulillos, donde se encuentran las glándulas que secretan leche en el momento de la lactancia. Los llamados ductos, son tubos por donde circula la leche desde el lobulillo al pezón, el espacio que se encuentra entre estos dos, está ocupado por tejido adiposo y conectivo, además contiene vasos sanguíneos y linfáticos lo que constituye el estroma (15, 18). A los ganglios linfáticos axilares es predominantemente donde drenan las mamas, los mismos que se encargan de proteger, ya sea atrapando microorganismos, células tumorales y diferentes sustancias dañinas (15).

### **13.3 Cáncer de Mama: Definición y características generales**

El cáncer de mama es un problema de salud cada vez más importante por la elevada incidencia y prevalencia que representa. Determinada por el envejecimiento de la población, el acrecentamiento en la prevalencia de los factores de riesgo, la falta de programas de detección temprana y el tratamiento pertinente y eficaz, que se convierte en diagnóstico de etapas tardías de la enfermedad (19).

Según la Sociedad Americana del Cáncer, el cáncer de mama es cualquier tumor maligno en las células que hacen parte de la mama, este grupo de células pueden

crecer en número y tamaño de forma invasiva, o simplemente diseminarse mediante el torrente sanguíneo o del sistema linfático y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis, se presentan tanto en mujeres como en hombres, pero su mayor prevalencia es en la mujer (15, 20).

Es un tipo de cáncer que se puede detectar tempranamente a través de la observación o el tacto, sin embargo para que un tumor pueda ser palpable, demanda un período preclínico de multiplicación citológica de aproximadamente 8 a 10 años (21,22, 23).

### **13.4 Factores de riesgo**

“Se considera factor de riesgo cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (24).

En este caso es todo aquello que incrementa el riesgo de cáncer de mama y cuando se habla de factores de riesgo de cáncer de mama, se debe separar lo que es riesgo absoluto, de lo que es riesgo relativo (25).

“Los esfuerzos para combatir el cáncer de mama se han centrado esencialmente en diagnóstico precoz y tratamientos oportunos”(26). Actualmente, se han identificado algunos factores de riesgo presentes en mujeres sanas, pero que hacen acrecentar la posibilidad de adquirir la enfermedad. La finalidad de estar al tanto de estos factores que predisponen a esta enfermedad, es reconocer grupos de mujeres de alto riesgo, medir su riesgo, encasillarlas en dependencia a su nivel de riesgo y poder construir estrategias de prevención, para amenorar el riesgo de desarrollar cáncer de mama en años posteriores (26).

Riesgo de cáncer de mama de la población general

Población general, que no se conocen factores de riesgo, el riesgo varía según edad de la mujer.

- A los 30 años de edad, es menor de 0.5%.



- A los 50 años de edad alcanza a 2%.
- A los 70 años de edad obtiene el 7% (2, 3). (25)

#### Riesgo moderado de cáncer de mama

Mujeres que poseen hasta 2 veces el riesgo de presentar cáncer de mama (Riesgo relativo 1.2 - 2.0). Estas mujeres poseen uno o varios factores de riesgo nombrados “menores”, entre los cuales encontramos:

- 1.- Edad.** Es el factor más significativo en el riesgo de cáncer de mama. Raramente este se presenta antes de los 30 años, es decir, gran parte se diagnostican a edades de entre 40 y 49 años, con un nuevo pico a partir de los 70 (4). A partir de los 80-85 años de edad, la incidencia de cáncer mamario es 15 veces mayor que a los 30-35 años de edad. De acuerdo con investigaciones de prevención el alto riesgo de esta neoplasia es a partir de los 60 años de edad (26,27).
- 2.- Factores Reproductivos.** Existe rrelación de la permanencia de la menstruación y la etapa reproductiva de la mujer con el riesgo de presentar cáncer de mama, debido posiblemente a la exposición mayor de hormonas esteroideas. Aumentan levemente el riesgo de padecer esta neoplasia: “la menarca precoz, menopausia tardía, la nuliparidad y el primer parto tardío después de los 30 años. Disminuyen el riesgo la menarca tardía, menopausia precoz, primer parto antes de los 25 años y lactancia prolongada. Por la misma razón, la ooforectomía bilateral antes de los 40 años disminuye el riesgo en aproximadamente 50%” (28).
- 3.- Enfermedades mamarias benignas proliferativas sin atipias.** Biopsias de mamas anteriores en las que se halla identificado lesiones proliferativas y contengan tumores papilares, cicatriz radiada e hiperplasias ductales sin atipias componen también los denominados factores de riesgo menores (12,18). La hiperplasia ductal aumenta el riesgo en 1,5-2 veces; la atipia ductal o la hiperplasia lobular, 4-5 veces (29).

**4.-** Terapia de Reemplazo Hormonal en la menopausia. Según estudios sobre el uso de la terapia hormonal en la menopausia, manifiestan que mientras la indicación sea correcta, en dosis adecuadas y en el tiempo necesario para cada mujer, puede ser usado sin riesgo, ya que el riesgo relativo fluctúa entre 0.7 y 2.0 en dependencia del estudio y de los preparados utilizados (26,27).

**5.-** “Involución mamaria incompleta. Involución mamaria es la disminución en número y tamaño de las unidades ducto-lobulillares terminales. Es un fenómeno fisiológico a través de los años de la mujer. Se ha señalado que, si no existe involución o la involución es incompleta, habría aumento del riesgo de cáncer de mama” (26).

**6.-** “Sobrepeso después de la menopausia. Existe relación entre Índice Masa Corporal (IMC) elevado y riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas. El riesgo relativo es 1.26 con IMC sobre 21” (26,27).

**7.-** Alcohol. El riesgo de cáncer de mama es del 7% más, por cada 10 grs de consumo adicional de alcohol cada día; es decir el riesgo obedece a la frecuencia y dosis de la ingesta. El riesgo empieza a incrementarse, a los 8 gramos cada día de alcohol (2 copas de vino) y se duplica sobre 12 gramos (26, 27).

#### Alto Riesgo de cáncer de mama

Incluye mujeres que poseen 3 a 10 veces más riesgo que la población general de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida. Considerados factores de riesgo mayores.

**1.-** “Historia familiar de cáncer de mama que incluya dos o más parientes de primer grado con cáncer sin mutaciones demostradas. Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama tienen más riesgo, este es mayor si se trata de un familiar de primer grado (madre, hermana o hija)” (15).

Desde el punto de vista de factores de herencia:

- “66% de los cánceres de mama diagnosticados son sin antecedentes familiares, al menos durante las dos últimas generaciones” (26).

- “29% son de tipo familiar, asociado con historia familiar de cáncer mamario que incluye uno o más parientes de primero o segundo grado” (26).

- “5% a 10% de los cánceres de mama corresponden al llamado cáncer de tipo hereditario debido a mutaciones de determinados genes” (26).

Aun no se identifican los factores genéticos y medioambientales, que posiblemente interactúen en el cáncer de mama familiar. Se dice que existe más riesgo cuando el antecedente de cáncer de mama es en abuelas, madre, hermanas, tías y primas, sobre todo si se desarrolló previo a la menopausia y en ambas mamas. Además incrementa el riesgo, entre más familiares padezcan la enfermedad, así como, cuanto menor edad tenga el familiar en el instante del diagnóstico (26, 27).

**2.-** “Antecedentes de biopsia mamaria que informa lesiones histológicas de alto riesgo o “lesiones precursoras”. Lesiones precursoras son lesiones histológicas proliferativas benignas con atipias, tales como, la Neoplasia lobulillar, la Hiperplasia ductal atípica y la Atipia plana” (26).

**3.-** “Antecedente personal de cáncer de mama. En mujeres mayores de 40 años con antecedente personal de cáncer de mama, el riesgo relativo de un nuevo cáncer oscila entre 1.7 y 4.5. Si la mujer es menor de 40 años el riesgo relativo aumenta a 8.0 (27). El riesgo de desarrollar un segundo cáncer de mama en la mujer ya tratada por la patología es de 4 a 8 por 1.000 años-mujer, es decir, un riesgo menor de 1% por año” (26).

**4.-**“Densidad mamográfica aumentada (controversial) (27). Existen estimaciones controversiales que otorgan alto riesgo a mujeres cuyas mamografías presentan densidad aumentada en más del 50% del tejido mamario” (26).

Altísimo Riesgo de cáncer de mama

Se trata de féminas que poseen de 10 veces más el riesgo de padecer cáncer de mama en su vida (RR >10.0). Incluye dos grupos de mujeres:

- 1.- “Portadoras de mutaciones de alta penetrancia en genes BRCA 1 y BRCA 2. (Cáncer de mama hereditario)” (26).
- 2.- “Antecedentes de radioterapia al tórax, generalmente por cáncer linfático, antes de los 30 años” (26).

Cáncer de mama hereditario. Representa el 5-10% de los casos de cáncer mamario. Se han descritos dos tipos de oncogenes supresores nombrados BRCA1 y BRCA2 los mismos que tienen que ver con el control de proliferación, expresión génica y reparación del deterioro provocado en el DNA. Al ser herencia autosómica dominante, cada hijo adquiere 50% de posibilidades de heredar la mutación, se transmite a la par en los dos sexos y usualmente no existe generación que se salte. La existencia de una mutación del BRCA1 o BRCA2 establece un riesgo al cual debe agregarse la posibilidad de tener distintas mutaciones de los mismos genes o de nuevos por confirmar (26,27, 29).

### **13.5 Clasificación**

“La clasificación histopatológica de los carcinomas mamarios de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se divide en no invasores (in situ), invasores y otros (enfermedad de Paget del pezón)” (18,30).

Aproximadamente 75-80% de estos cánceres son invasivos o infiltrantes, característica que le proporciona a las células ser capaz de adherirse a los conductos linfáticos y vasculares facilitando las metástasis (30).

El tipo histológico que habitualmente se detecta es el carcinoma ductal invasor que constituye el 70 al 80%, seguido del lobulillar invasor (5-10%), compleja su identificación debido a su diseminación difusa, su tasa de multifocalidad y bilateralidad es alta. Se identifican diversos tipos de cáncer poco usuales como el

tubular, medular, mucinoso y papilar, entre otros (29,30).

“El carcinoma ductal in situ (CDIS) permanece confinado al sistema ductal de la mama sin penetrar la membrana basal, aproximadamente el 30 al 50% de las pacientes con CDIS desarrollará carcinoma ductal en un periodo de 10 años” (29).

“El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) se origina del lobulillo terminal ductal, pudiéndose distribuir de forma difusa por la mama, las mujeres con este tipo de cáncer tienen un riesgo de hasta el 30% de desarrollar cáncer de mama invasor, sobre todo ductal, presentándose con la misma frecuencia en ambas mamas, por lo que se considera un factor de riesgo más que un precursor de cáncer de mama” (30).

El cáncer inflamatorio es diagnosticado por la clínica del paciente ya que se manifiesta con afección cutánea (edema, eritema y piel de naranja). La enfermedad de Paget es rara, constituye alrededor del 1% de los cánceres de mama, y afecta el complejo areola pezón (29,30).

### **13.6 Cuadro clínico**

En las primeras etapas comienza como un nódulo no doloroso, generalmente localizado hacia los cuadrantes superiores externos, lo que hace muy difícil establecer un diagnóstico de certeza por medio del examen físico, por lo tanto se necesitan estudios complementarios para corroborarlo (31).

A medida que el cuadro avanza, se puede observar en la mama señales de fijación superficial como piel de naranja o elevación de la piel; la ulceración del tumor, emisión líquida sanguinolenta por el pezón y retracción de pezón aparecen tardíamente, frecuentemente asociados con metástasis a distancia (28, 31).

En etapas iniciales, a la palpación se puede encontrar, un tumor de consistencia dura, poco movable, después, es pétreo, adherido a planos profundos, de contornos no bien definidos y superficie irregular, no dolorosa y que se acompaña de adenopatías axilares palpables con características de malignidad (31).

### **13.7 Diagnóstico.**

Actualmente hay tres métodos que se utilizan con mayor frecuencia, para la detección del cáncer de mama, el auto examen de mama, el examen clínico de las mamas y la mamografía (31).

#### **1.- Autoexamen mamario.**

Aunque investigaciones de la autoexploración y la valoración clínica de la mama y su efecto en la mortalidad no han mostrado evidencia invariable de su beneficio, la “Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama, dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y solicitar atención médica si descubren alguna anormalidad” (19).

Técnica:

Es necesario explicar a las mujeres la importancia del autoexamen mamario, se debe señalar que las primeras exploraciones, tendrán como objetivo familiarizarse con las características físicas propias de las mamas y las exploraciones subsecuentes a la búsqueda de anomalías que requieran consulta profesional (23).

Se deberá iniciar la autoexploración, a partir de la menarquia y se realiza entre el séptimo y décimo día de la menstruación, debido a que en este periodo del ciclo existe una mínima cantidad de nódulos, por tanto menos edema de las mamas, ya que estos hallazgos normales, eventualmente pueden provocar falsa alarma. A las féminas que cursen la menopausia, las mujeres jóvenes que se les efectuaron histerectomía o gestantes se les recomienda que opten por un día fijo cada mes para realizarse su autoexamen, todos los meses (23).

Una de las funciones del personal de salud es enseñar la técnica de autoexploración a las mujeres que acudan a las unidades médicas (19).

Inspección de las mamas frente al espejo. Es el primer paso del autoexamen que permite la visualización completa de ambas mamas; se debe observar ambas mamas

ubicando las manos sobre las caderas, haciendo cierta presión en ellas. Luego se realiza la inspección levantando los brazos y con movimientos rotatorios del tronco, así observar las zonas de ambas mamas, esto permitirá identificar la existencia de alguno o varios de los siguientes signos:(23)

- Asimetría del volumen
- Desviación de la dirección del pezón
- Retracción del pezón o de diferentes zonas cutáneas
- Edema de la piel
- Ulceraciones o escoriaciones
- Aumento de la vascularidad
- Enrojecimiento cutáneo
- Secreciones espontáneas o provocadas. (23)

Palpación. Sirve para detectar la presencia de patología mamaria, requiere de entrenamiento y disciplina. “Es la mejor forma de obtener información sobre las características normales y anómalas de las glándulas; se utilizan las yemas de los dedos comprimiendo suavemente los tejidos, efectuando movimientos similares al tecleo de un piano” (23).

Se debe palpar ambas mamas en su totalidad, incluyendo las zonas axilares, buscando la presencia de cambios que nos lleven al diagnóstico de esta patología, como son:

- Extensas o limitadas áreas que presenten cambios de temperatura
- Aumento en la consistencia de la piel
- Presencia de tumores

- Aumento de volumen de los ganglios axilares (23).

Con el brazo del lado por examinar, situado en la nuca, se inicia la palpación con la mano contraria iniciando en la parte superior de la mama por debajo de la clavícula, realizando una espiral, que abarque toda la glándula finalizando en el pezón, al que se exprime para verificar la existencia o no de secreciones (23).

“Palpación de la axila. Ciertas técnicas de autoexploración como la palpación de la axila, se realizan durante el baño, colocando el brazo del lado a examinar en un ángulo aproximado de 90 grados con la mano por detrás de la cabeza y con los dedos de la mano opuesta, comprimiendo la axila contra la parrilla costal, en búsqueda de crecimiento ganglionar”(23).

**2.-** Exploración clínica de la mama a partir de los 30 años de edad, con frecuencia de cada año, ejecutado por profesional preparado. (26, 31).

Los signos cutáneos de más importancia son:

- Simetría de los senos
- Características de la piel: cambio de color, textura, vascularización
- Cambios de forma
- Retracción de la areola y del pezón
- Umbilicación unilateral del pezón
- Ulceraciones de piel
- Secreción espontánea o provocada por el pezón. (31)

**3.-** Mamografía cada año a partir de los 40 - 50 años de edad.

“Constituye la base del tamizaje de cáncer de mama. La mamografía anual de tamizaje tiene sensibilidad de 77 a 95%, especificidad de 94 a 97% y aceptabilidad en la mayoría de las mujeres. Considerando que los estudios de tamizaje tienen



sesgos de selección y duración, el tamizaje muestra beneficios a partir de los 40 años”, en relación a esto se sugiere lo siguiente: (26)

- Se realiza a toda mujer con antecedente personal de cáncer de mama y de lesiones histológicas precursoras, sin importar la edad que tenga (26).

- En mujeres con alto riesgo, al tener historia familiar de primer grado, se recomienda empezar el tamizaje 10 años previos a la edad de presentación del cáncer del familiar con un máximo de 30 años. No es recomendable empezar antes de los 30 años de edad, siempre y cuando no se sospeche una mutación BRCA (26).

-Al padecer cáncer linfático, desde los 25 años de edad u 8 años posterior a la la radioterapia al tórax y/o mediastino.

- “Ultrasonido complementario de tamizaje en casos de mamas densas o en aquellas mujeres que no toleren o se encuentre contraindicada la Resonancia Magnética mamaria (claustrofobia, marcapasos, implantes metálicos, entre otros)” (26).

Otros exámenes incluyen:

4. – “Resonancia magnética mamaria anual: Mujeres de menor edad y con mamas densas por lo que la resonancia magnética ha demostrado mayor sensibilidad que la mamografía en la detección de cánceres precoces. La edad de comienzo es similar a la edad de inicio del tamizaje por mamografía. Tiene una sensibilidad cercana al 100% y especificidad de 73% a 96% ”(26).

5. – “Estudio genético: Controversial, requieren de tiempo para investigar detalladamente los antecedentes oncológicos familiares de al menos tres generaciones. La edad recomendada es sobre 25 años” (26).

6.- Tomografía por emisión de positrones (PET CT): Estudio que combina tomografía computada (CT) con medicina nuclear (PET) en una misma imagen y permite en forma simultánea un estudio no sólo morfológico sino también funcional (metabólico) para la localización exacta de metástasis, previa inyección endovenosa de un radio trazador (19).

7.- Biopsia por aspiración en la lesión sospechosa no palpable: La citología por aspiración con aguja fina posee grandes limitantes; se requiere una gran experiencia. Su utilidad sigue vigente en la evaluación de ganglios sospechosos y evacuación de lesiones quísticas (19).

2. Biopsia mamaria de mínima invasión guiada por imagen de lesión no palpable: Es el método ideal de diagnóstico de lesiones no palpables. Se realiza en el gabinete de imagen bajo anestesia local (19).

### **13.8 Tratamiento.**

Preventivo:

Intervenir sobre los factores de riesgo del cáncer de mama que permitan ser modificables y realizar vigilancia epidemiológica (31). Se ha evidenciado que disminuir el sobre peso, especialmente mujeres postmenopáusicas; reducir o evitar la ingesta de alcohol y el aumento de la actividad física con rutina ejercicios programados regularmente y continuos, disminuyen el riesgo de padecer cáncer de mama (26).

Curativo:

Depende del estadio generalmente se utiliza: (31)

-Tratamiento quirúrgico: parcial o total con vaciamiento axilar (31).

“Tres tipos de cirugías de Reducción de Riesgo o profilácticas: la mastectomía bilateral, la mastectomía contralateral en mujeres con cáncer de mama unilateral y la ooforectomía bilateral” (26).

-Quimioterapia: “Administración de preparados químicos para impedir o revertir la carcinogénesis evitando el desarrollo del cáncer. Los más estudiados son los que

actúan por competencia como los Moduladores Selectivos de Receptores de Estrógenos que incluye: Tamoxifeno y Raloxifeno” (26, 31).

-Radioterapia con cobalto (31).

### **13.9 Repercusión psicológica y afectación en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama**

Las consecuencias psicosociales del cáncer de mama tienen un especial significado implícito por su localización: órgano íntimo, relacionado con la maternidad, la feminidad, la sexualidad, y por ello de notable importancia tanto para las mujeres que lo sufren como para la población femenina en general (32).

El cáncer de mama afecta negativamente no sólo en los aspectos físicos, sino psicológicos, alterando la imagen corporal y la autoestima de la mujer, además de provocar problemas en el ámbito familiar, llevando incluso a la desarticulación de los papeles que cada uno cumple en su contexto. También afecta a nivel individual a los distintos miembros, especialmente a los niños y esposos, en las relaciones de la pareja, el trabajo y social (32).

Los trastornos psicológicos que agobian a la mujer con esta neoplasia poseen en su gran mayoría, ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal. La depresión que es una reacción emocional observada frecuentemente en pacientes con enfermedades crónicas, se la ha visto relacionada en dependencia del estadio de la patología y el apoyo social (33).

Muchas mujeres con esta patología, luego de pasar por la fase inicial de adaptación, logran controlar sus emociones, de tal manera que a partir de esta fase no se descubren diferencias específicas con mujeres completamente sanas, en cuanto a signos de depresión. Además los síntomas psicológicos son mas significativos cuando el diagnóstico no es confirmado y ha pasado un año del mismo (32).

“De igual manera la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a

la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar” (33).

El tratamiento del cáncer de mama urge en su mayoría de una intervención quirúrgica, que repercutirá en su auto conceptualización y en la imagen corporal. “La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales” (33).

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

La educación es un proceso continuo que se desenvuelve a lo largo de la vida de la persona y se da de muchas formas dentro de la vida en sociedad. Enseñar no es una diligencia exclusiva de los educadores profesionales. Por el contrario, diferentes profesiones incluyen un considerable componente educativo en su labor con la comunidad (34).

Los profesionales de la salud son un claro ejemplo del importante rol educativo que deben cumplir como parte de sus funciones. Debido a que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del sujeto mismo. Pero el individuo necesita de los medios y de una preparación apropiada para asumir esa responsabilidad. Es en éste contexto que la educación para la salud adquiere una gran importancia, y que es un proceso que promueve cambios de concepciones, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, reforzando conductas positivas (34).

La Educación para salud según la OMS refiere: “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” (35).

En la actualidad los problemas de salud son multifactoriales y complicados, demandan labores bien articuladas que adopten varias estrategias, métodos y técnicas. Además requieren un abordaje con variadas dimensiones: investigación, medio ambiente, clínico, educativo, entre otras (36).

La educación para la salud afronta la parte educativa y constituye una de las principales herramientas manejadas en distintos niveles (poblacional, grupal, individual), y en diferentes esferas (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitarios...), sola o combinada con otras estrategias (36).

Tipos de intervención:

Consejo/información: Intervención transitoria, contiene información y consejería motivadora de cambio, la misma se realiza en una cita o encuentro profesional, a libre demanda o planeada (36).

Educación individual: Ciclo organizado de consultas educativas proyectadas y negociadas entre el profesional y pacientes desde una perspectiva más profunda (36).

Educación grupal o colectiva: Sucesión de reuniones planificadas, destinadas a un grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar sus conocimientos para enfrentar un determinado problema de salud (36).

Promoción de salud: Promueve los conocimientos de los individuos, del entorno social en el que se desenvuelve e interviene en el tema a tratar.

La prevención de la enfermedad comprende las acciones consignadas no exclusivamente a prevenir la aparición de la patología, tales como la disminución de los factores de riesgo, sino también a entorpecer su avance y mitigar sus consecuencias una vez instauradas (36).

Por tanto, la prevención de la enfermedad es la labor que habitualmente proviene del sector sanitario, que identifica al individuo, familia y comunidades dentro de un entorno donde se ve expuesto a diferentes factores de riesgo. (36)

La educación para concientizar es un componente de todos los programas de detección temprana, por lo que a concientización sobre la salud mamaria incluye educación de salud pública y profesional médica sobre los factores de riesgo, síntomas del cáncer de mama, y de la importancia de solicitar una evaluación médica para resolver inquietudes correspondientes con las mamas. (37)

De esta manera la investigación y atención anticipada cuando se descubre la presencia de una masa, crecimiento u otra manifestación nueva en los senos, que persiste juegan un papel de gran valor, para la detectar precozmente el cáncer de mama. (37)

### **13.11 Marco Legal.**

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, manda que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, 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 de salud” (38). Además de acuerdo al artículo 50 establece que “el estado garantizará que toda persona que sufra o padezca de enfermedades catastrófica o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”; siendo el cáncer de mama una de ella (38).

En mencionado documento, en su artículo no. 362, se plantea "La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes", premisas que deben ir implementándose mediante políticas concretas, según el contexto que se pretende atender, en este caso el cáncer de mama (39).

El gobierno de Ecuador en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 expone dentro de su objetivo 3, mejorar la calidad de vida de la población, ampliando los

servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas, además de que garantiza la asistencia universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. Como existe un creciente número de casos de personas con cáncer en el país, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, ha desarrollado la "Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador" (9). Su misión es “realizar la prevención y control del cáncer en todos los niveles de atención y complejidad mediante atención integral oncológica con énfasis en la promoción de la salud y detección temprana de las neoplasias malignas que presentan mayor incidencia en el Ecuador a través de la implementación y extensión de métodos de tamizaje en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar el diagnóstico y tratamiento oportunos y el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles”, además que en el Ecuador para el año 2.025 se disminuirá la exposición a factores riesgo y la morbimortalidad debida a cáncer especialmente aquellos evitables (9).

También la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, capítulo III artículo 69 se refiere a enfermedades crónicas no transmisibles enuncia: “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” (40).

## 14 MÉTODOS

### 14.1 Justificación de la elección del método

En correspondencia con los objetivos planteados se realizó en el consultorio tres de Medicina Familiar y Comunitaria un estudio de nivel investigativo descriptivo, dado que se describen parámetros del tema objeto de estudio, de tipo observacional en el cual no existió intervención del investigador y los datos muestran la secuencia natural de los eventos investigados. Prospectivo dado que la fuente de información fue primaria, se tomaron los datos de las usuarias mediante cuestionarios. Es de corte transversal de acuerdo al número que se mide la variable, las cuales se miden en una sola ocasión. De carácter descriptivo, (univariado) con una variable de interés y las demás de caracterización. Según el enfoque de la investigación cualitativa ya que interviene en la escena educativa.

### 14.2 Diseño de la investigación

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

En el estudio se incluyeron las mujeres entre 30 y 60 años de edad pertenecientes al consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque durante el año 2018, que cumplieron los criterios de participación en el estudio

Criterios de inclusión:

- Mujeres que hayan aceptado participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que presenten algún tipo de discapacidad intelectual que no les permite contestar el cuestionario.



### ***14.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

Cumpliendo con las normas éticas, la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, además la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

La recolección de los datos se inició previa firma del consentimiento informado de las participantes de la investigación. Esta recogida de datos se realizó mediante una encuesta, tipo test, en los meses de abril a agosto del 2018, diseñada por la autora de la investigación a partir de la revisión documental de instrumentos para valorar el tema de estudio. En el proceso de construcción se confeccionó una primera versión del instrumento que fue evaluado por expertos en Medicina Familiar, Ginecobstetricia y Bioestadística. Todos los expertos tienen amplia experiencia en el tema y poseen cuarto nivel de educación. Se utilizaron los criterios de Moriyama para la evaluación por parte de los expertos y se fijó como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 70%; el cual fue sometido a una prueba piloto en la que participaron mujeres pertenecientes a la población que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Enrique Ponce Luque.

La versión final del cuestionario quedó conformada por tres componentes:

- Componente I aspectos sociodemográficos: incluye desde la pregunta 1 hasta la 4.
- Componente II conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama: incluye desde la pregunta 5 hasta la número 11.
- Componente III aspectos dirigidos a los elementos de la estrategia para su elaboración, de la pregunta 12 a la 16.

El instrumento confeccionado fue aplicado por la autora de la investigación durante las consultas externas del consultorio tres del Centro de Salud Enrique Ponce Luque, y en los domicilios de algunas de las participantes garantizándose en todos los casos la privacidad entre la encuestada y la investigadora.

Se utilizó el puntaje cuantitativo para valorar el conocimiento de las participantes sobre factores de riesgo del cáncer de mama. El total de preguntas tiene un valor general de 100 puntos y un valor variable por cada pregunta de 10 a 15 puntos según corresponda; la respuesta se consideró correcta si la participante marcó un solo ítem por cada pregunta. Se calificó con un puntaje de 70% y más de respuestas correctas considerados, como que conoce y con un puntaje de menos de 70% de respuestas correctas, como que desconoce.

### ***14.2.3 Técnicas de recolección de información***

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Nivel de escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Conocimiento sobre el cáncer de mama como enfermedad maligna	Encuesta
Conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de mama	Encuesta
Conocimiento sobre el autoexamen de mamas	Encuesta
Conocimiento sobre obesidad como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre la menarquia precoz como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre menopausia tardía como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre edad del 1er parto como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre nuliparidad como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre la no práctica de lactancia materna como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre antecedentes familiares de cáncer de mama como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre hábitos tóxicos como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento general sobre factores de riesgo	Encuesta
Forma de recibir información sobre prevención del cáncer de mama	Encuesta
Frecuencia con la que le gustaría recibir información	Encuesta
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Encuesta
Número de personas con las que le gustaría recibir información	Encuesta
Momento del día para recibir información	Encuesta

### ***14.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

Los resultados obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel y a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 20.0 fueron procesados. Se utilizaron para el resumen de los datos las medidas: números absolutos y porcentaje. La información se presentó en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

### 14.3 Variables

#### 14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	30-39 años 40-49 años 50-60 años	Numérica discreta politémica
Nivel de escolaridad	Último nivel aprobado	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Superior	Catagórica ordinal politémica
Ocupación	Actividad laboral que realiza la mujer remunerada o no	Ama de casa Empleada pública Empleada privada Otras	Catagórica nominal politémica
Estado civil	Situación actual relacionada con la pareja	Solteras Casadas Divorciadas Viudas Unión libre	Catagórica nominal politémica
Conocimiento sobre el cáncer de mama como enfermedad maligna.	Conocer que el cáncer de mama es una enfermedad maligna.	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de mama.	Conocer que el diagnóstico se realiza con examen clínico y mamografía.	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el autoexamen de mamas.	Conocer que el autoexamen de mama es una	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica

	técnica que la realiza la propia mujer.		
Conocimiento sobre obesidad como factor de riesgo	Conocer que tener obesidad es factor de riesgo para el cáncer de mama	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre la menarquia precoz como factor de riesgo	Conocer que menstruar antes de los 10 años es un factor de riesgo para el cáncer de mama	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre menopausia tardía como factor de riesgo	Conocer que la menopausia tardía (después de los 55 años) es un factor de riesgo para el cáncer de mama	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre edad del 1er parto como factor de riesgo	Conocer que tener el primer parto después de los 30 años es un factor de riesgo para cáncer de mama	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre nuliparidad como factor de riesgo	Conocer que no tener hijos es un factor de riesgo para el cáncer de mama	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre la no práctica de lactancia materna como factor de riesgo	Conocer que la práctica de lactancia menos de 3 meses a sus hijos es un factor que predispone al cáncer de mama	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre antecedentes familiares de cáncer de mama como factor de riesgo	Conocer que tener familiares con antecedentes de cáncer mamario predisponen a esta enfermedad	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre hábitos tóxicos como factor de riesgo	Conocer que hábito tóxicos como: fumar Ingestión de bebidas alcohólicas, son	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica

	factores de riesgo para el cáncer de mama		
Conocimiento general sobre factores de riesgo del cáncer de mama	70% y más respuestas correctas <70% de respuestas correctas	Conoce  No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Forma de recibir información sobre prevención del cáncer de mama	Preferencia para recibir información	-Charlas  -Videos  -Reuniones grupales  -Material impreso  -otro	Catagórica nominal politómica
Frecuencia con la que le gustaría recibir información	Periodicidad	-Una vez a la semana  -Cada 15 días  -Una vez al mes	Catagórica nominal politómica
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Tiempo disponible	-15 minutos  -30 minutos  -60 minutos	Numérica discreta politómica
Número de personas con las que le gustaría recibir información	Cantidad de personas	-Solo  -Con 5 a 10 personas  -Grupo de 11-15 personas	Catagórica ordinal politómica
Momento del día para recibir información	Horario del día disponible	-Mañana  -Tarde	Catagórica nominal dicotómica

## 15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las tablas de la 1 a la 4, resumen las variables sociodemográficas, correspondientes al primer objetivo del estudio

**Tabla 1: Población femenina según edad, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
30-39 años	57	54,8
40-49 años	30	28,9
50-60 años	17	16,3
Total	104	100

En la tabla 1 se distribuyó a las participantes según grupo de edades, donde predominó, las edades comprendidas entre 30-39 años con un 46% del total de mujeres y la edad media fue de 38.6.

Estudios similares como el de Yépez Ramírez, realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, año 2012, sobre Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres, el promedio de edad de las mujeres en estudio es de 38.9 años (41), lo que se asemeja al presente estudio.

**Tabla 2: Población femenina según nivel de escolaridad, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	49	47,1
Secundaria	22	21,2
Bachiller	17	16,3
Superior	16	15,4
Total	104	100

La tabla 2 refleja la población femenina según el nivel de escolaridad, en la que predominó la primaria con un 48%, muy alejado del nivel de escolaridad superior con el 15%.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, año 2013, prevalece también en las mujeres ecuatorianas el nivel de escolaridad primaria con el 56,4% (42). Así mismo en el estudio realizado por Jannette Rodríguez, en Venezuela, año 2012 sobre Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama, predomina en las mujeres de estudio el nivel de escolaridad primaria (43).

Sin embargo se contraponen con este estudio, el realizado por Cuenca Rodríguez, en Cuba, año 2013 sobre Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano “José Martí”, ya que la mayoría de las féminas (30%) tienen un preuniversitario aprobado (44).

**Tabla 3: Población femenina según ocupación, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Ocupación	Nº	%
Ama de casa	60	57,7
Empleada pública	14	13,4
Empleada privada	9	8,7
Otras	21	20,2
Total	104	100

La tabla 3, representa la población femenina según su ocupación y en ella se observa que de las participantes la mayoría fueron amas de casa con un 58%, y un mínimo de mujeres 9% tenían como ocupación ser empleadas privadas.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, año 2013, el 16.1% de las mujeres Ecuatorianas están dedicadas al servicio doméstico (42), valor que aunque no es similar al de este estudio, debido a la cantidad de población con la que se trabaja, tiene una representación significativa en este país. De la misma manera en el estudio de Jannette Rodríguez las mujeres en su mayoría tienen como ocupación ser amas de casa (46%) (43).



**Tabla 4: Población femenina según estado civil, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Estado civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Casada	33	31,7
Divorciada	8	7,7
Viuda	5	4,8
Unión libre	58	55,8
Total	104	100

En la tabla 4 se representa a la población femenina según estado civil, en la misma predominó la unión libre con un 57%, seguido de las casadas con el 32%.

El Instituto Nacional de Estadística y Censo, año 2013, reporta que el 20.2% de las ecuatorianas mantienen un estado civil de unión libre (42), pese a que no es un porcentaje similar a este estudio por la cantidad y características de población con la que se trabaja, es un valor representativo en este país.

Se contrapone con este estudio el realizado por Yépez Ramírez, ya que el 82.5% de las mujeres están casadas (41).

Las tablas de la 5 a la 16, resumen las variables sobre conocimiento de factores de riesgo del cáncer de mama, correspondientes al objetivo número dos del estudio.

**Tabla 5: Población femenina según conocimiento sobre el cáncer de mama como enfermedad maligna, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento sobre el cáncer de mama como enfermedad maligna</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Conoce	29	27,9
No conoce	75	72,1
Total	104	100

La tabla 5 demuestra que más de la mitad de las participantes de este estudio (72%) desconocían que el cáncer de mama es una enfermedad maligna.

El estudio realizado por Yasmely Sánchez, en Venezuela, año 2016, en cuanto a:

conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana (45), la mayoría de las participantes si tienen conocimiento que el cáncer de mama es una enfermedad maligna, lo que se contrapone a los resultados obtenidos en este estudio.

**Tabla 6: Población femenina según conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Conoce	37	35,6
No conoce	67	64,4
Total	104	100

La tabla 6 indica la población femenina según conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de mama donde observamos que el 64% de las participantes desconocían sobre el mismo.

Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Ochoa Parra, en Cuenca, año 2014, en el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama donde también existe desconocimiento por parte de las mujeres de cómo se realiza el diagnóstico del cáncer de mama con un (51%) (46).

**Tabla 7: Población femenina según conocimiento sobre autoexamen de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento sobre autoexamen de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Conoce	28	26,9
No conoce	76	73,1
Total	104	100

En la tabla 7 tenemos que el 73% de la población femenina en estudio desconocía quien realiza el autoexamen de mama.

Estos resultados se asemejan al estudio de Jannette Rodríguez donde un importante porcentaje de mujeres (68%) desconocen sobre el autoexamen de mama (43). Sin

embargo se contrapone con los resultados del estudio de Yépez Ramírez, ya que la población femenina de su estudio mantiene un notable conocimiento sobre el autoexamen de mama (82.8%) (41).

**Tabla 8: Población femenina según conocimiento de obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento de obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	22	21,2
No conoce	82	78,8
Total	104	100

La tabla 8 que representa la población femenina según conocimiento de obesidad como factor de riesgo para el cáncer de mama se encontró que, del total de las mujeres en estudio, 22 de ellas (21%) conocían sobre este factor de riesgo, alejado del desconocimiento el cual predominó con el 79%.

Los resultados obtenidos por Jannette Rodríguez en su estudio, se asemejan a este ya que el 3.9% de las mujeres de su estudio conocen sobre obesidad como factor de riesgo (43).

**Tabla 9: Población femenina según conocimiento de menarquia temprana como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento de menarquia precoz como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	25	24,0
No conoce	79	76,0
Total	104	100

La tabla 9 la cual representa la población femenina según conocimiento de menarquia temprana como factor de riesgo para el cáncer de mama, observamos que predominó el desconocimiento con el 76%, muy alejado con el 24% de las mujeres que si lo conocía.

De la misma manera, el estudio realizado por Jannette Rodríguez, muestra

resultados que se asemejan a este ya que el 15.1% de las mujeres de su estudio conocen sobre la menarquia temprana como factor de riesgo (43).

**Tabla 10: Población femenina según conocimiento de menopausia tardía como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento de menopausia tardía como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	28	26,9
No conoce	76	73,1
Total	104	100

En la tabla 10 la cual representa la población femenina según conocimiento de menopausia tardía como factor de riesgo para el cáncer de mama se encontró que, del total de las mujeres estudiadas, 76 de ellas (73%) no conocían sobre este factor de riesgo.

Así mismo según los resultados del estudio de Jannette Rodríguez (43), tan solo el 7.1% de su población investigada tiene conocimiento de la menopausia tardía como factor de riesgo, lo que se asemeja con este estudio. Sin embargo se contrapone con el estudio de Yasmely Sánchez (45), en la que más del 50% de las mujeres en estudio están de acuerdo con la asociación de este factor de riesgo y el cáncer mamario.

**Tabla 11: Población femenina según conocimiento de edad del primer parto como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento de edad del primer parto como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	13	12,5
No conoce	91	87,5
Total	104	100

En la tabla 11 que representa la población femenina según conocimiento de edad del primer parto como factor de riesgo para el cáncer de mama, un 12% tenían conocimiento sobre este factor de riesgo, alejado del desconocimiento el cual predominó con un 88%.

Los resultados del estudio realizado por Jannette Rodríguez (43), indican que el 2.4% de las mujeres en su estudio conocen sobre el parto después de los 30 años como factor de riesgo para el cáncer de mama, por lo que se asemeja a este estudio. Se contrapone con el estudio de Yasmely Sánchez (45), en la que más del 50% de las mujeres en estudio están de acuerdo con la asociación de este factor de riesgo y el cáncer mamario.

**Tabla 12: Población femenina según conocimiento de nuliparidad como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento de nuliparidad como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	30	28,8
No conoce	74	71,2
Total	104	100

La tabla 12 la misma que representa la población femenina según conocimiento de nuliparidad como factor de riesgo para el cáncer de mama se encontró que, del total de las mujeres en estudio, 74 de ellas (72%) desconocían sobre este factor de riesgo.

En el estudio de Yasmely Sánchez (45), los resultados indican que de las mujeres en estudio el 76.5 % conocen que la nuliparidad es un factor de riesgo para cáncer de

mama, lo que se contrapone con este estudio.

**Tabla 13: Población femenina según conocimiento sobre la no práctica de lactancia materna como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento sobre la no práctica de lactancia materna como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	33	31,7
No conoce	71	68,3
Total	104	100

La tabla 13 la cual nos indica la población femenina según conocimiento de no práctica de lactancia materna como factor de riesgo para el cáncer de mama, predominó con el 71% las mujeres que desconocían del mismo.

En la investigación de Jannette Rodríguez (43), la no práctica de lactancia materna es uno de los factores de riesgo más reconocidos por la población en estudio con un 37.7% del 100% de la población estudiada lo que se asemeja a los resultados obtenidos en este estudio.

**Tabla 14: Población femenina según conocimiento sobre antecedentes familiares de cáncer de mama como factor de riesgo, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento sobre antecedentes familiares de cáncer de mama como factor de riesgo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	36	34,6
No conoce	68	65,4
Total	104	100

La tabla 14 la cual representa la población femenina según conocimiento de antecedente patológico familiar de cáncer de mama como factor de riesgo para el cáncer de mama se encontró que, del total de las mujeres en estudio, 68 de ellas (66%) desconocían sobre este factor de riesgo.

En los estudios similares como el de Jannette Rodríguez (43), el 30,3 % tiene

conocimiento de que el tener antecedente patológico familiar de cáncer de mama predispone al cáncer de mama, y aunque no supera el 50%, este junto al factor de riesgo de la no práctica de lactancia materna, son los más reconocidos por la población de estudio. Asemejándose a los resultados obtenidos en este estudio.

Sin embargo Yasmely Sánchez (45), en su estudio reporta que el 89,6%, de su población en estudio está de acuerdo con que tener antecedente patológico familiar de cáncer de mama es un factor de riesgo para el cáncer de mama lo que si supera el 50% de conocimiento por parte de estas mujeres estudiadas, contraponiéndose a los resultados obtenidos en este estudio.

**Tabla 15: Población femenina según conocimiento sobre hábitos tóxicos como factor de riesgo para cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento sobre hábitos tóxicos como factor de riesgo para cáncer de mama</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si conoce	20	19,2
No conoce	84	80,8
Total	104	100

La tabla 15 la cual representa la población femenina según conocimiento de hábito de fumar y consumo de alcohol como factor de riesgo para el cáncer de mama se encontró que, en su mayoría con un 81%, predominaron las mujeres que desconocían que estos dos hábitos son factores de riesgo para el cáncer de mama. Considerándose a estos factores de riesgo como el que menos conocen las participantes.

Según resultados del estudio de Jannette Rodríguez (43), el 15.5% conocen que el hábito de fumar y consumo de alcohol son factores de riesgo para el cáncer de mama, asemejándose a los resultados de este estudio.

**Tabla 16: Población femenina según conocimiento general de factores de riesgo del cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento general de factores de riesgo del cáncer de mama</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Si conoce	18	17,3
No conoce	86	82,7
Total	104	100

En la tabla 16 la misma que representa la población femenina según conocimiento general de factores de riesgo para el cáncer de mama, se identificó que el 86% de mujeres en estudio los desconocían.

Según resultados obtenidos en el estudio de Jannette Rodríguez (43), menos del 30% de las mujeres en estudios tienen conocimiento general sobre los factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo se contrapone con el estudio de Yasmely Sánchez (45), en el que se identifica que más del 80% de las féminas en estudio tienen conocimiento sobre los factores de riesgo para esta enfermedad.



La tabla 17, resume los elementos de la estrategia educativa, correspondientes al tercer objetivo del estudio.

**Tabla 17: Población femenina según elementos de la estrategia educativa sobre prevención del cáncer de mama, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Elementos de la estrategia educativa</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>FORMA DE RECIBIR LA INFORMACIÓN</b>	Charlas	50	48,1
	Videos	40	38,5
	Reuniones grupales	7	6,7
	Material impreso	7	6,7
	Total	104	100
<b>FRECUENCIA</b>	Una vez a la semana	25	24,0
	Cada 15 días	56	53,9
	Una vez al mes	23	22,1
	Total	104	100
<b>DISPONIBILIDAD DE TIEMPO</b>	15 minutos	22	21,2
	30 minutos	48	46,1
	60 minutos	34	32,7
	Total	104	100
<b>NÚMERO DE PERSONAS</b>	Solo	19	18,3
	Con 5 a 10 personas	66	63,4
	Grupo de 11 a 15 personas	19	18,3
	Total	104	100
<b>MOMENTO DEL DÍA</b>	Mañana	49	47,0
	Tarde	55	53,0
	Total	104	100

La tabla 17 la misma que representa la población femenina según elementos de la

estrategia educativa de cáncer de mama, predominó: recibir la información mediante charlas con el 48%, cada 15 días 54%, en un tiempo de 30 minutos 46%, número de personas de 5 a 10 con el 64% y preferentemente en la tarde 53%.

En el estudio realizado por Pamela Cobos, sobre “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario, en Ecuador año 2016 (47), se asemeja a los resultados obtenidos en este estudio en cuanto a: recibir información mediante charlas con un 68.5%, en un tiempo de 30 minutos (56%). Contraponiéndose la frecuencia ya que estas mujeres prefieren semanalmente (66%), así como el momento del día que desean recibir la información en la que predomina la mañana con un 66%.

Para dar salida al cuarto objetivo, se diseñó una estrategia educativa sobre prevención del cáncer de mama, la misma que se encuentra como anexo 3 de esta investigación.

## **16 CONCLUSIONES**

En el estudio predomina el grupo de edades de 30-39 años, nivel de escolaridad primaria, amas de casa, estado civil unión libre.

En la investigación existe desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama en la población de estudio.

En la estrategia educativa se identifican como componentes, las charlas, cada 15 días, un tiempo de 30 minutos, grupos de 5 a 10 personas, en la tarde.

Se diseña la estrategia de intervención educativa, donde se incluyen diferentes temas relacionados con el cáncer de mama y sus factores de riesgo.

## **17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación actual estudió el nivel de conocimiento que la población femenina de 30 a 60 años de edad tiene sobre los factores de riesgos del cáncer de mama, ya que en la provincia de Los Ríos en el 2016 esta patología ocupó el primer lugar de defunciones respecto a otras neoplasias.

Por este motivo 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 los datos mediante la encuesta, existió buena aceptación e interés de parte de las participantes.

Los resultados obtenidos, son el punto de partida para destacar ciertos temas en el diseño de la estrategia; éstos se relacionan con otros estudios en los cuales se ha 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 para su futura aplicación.

Las participantes serán favorecidas al obtener mayores conocimientos sobre el cáncer mamario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Lorente R, Rubio Hernández MC, Hernández Durán D, Tamayo Lien TG. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011. [Citado 10 octubre 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin07311.pdf>.
2. Ministerio de Salud Pública de Chile. Guías Clínicas AUGE. Cáncer de Mama. Noviembre 2015. [Citado 10 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/0712015-GPC-CaMama-Final-Ly-P Publicaci%C3%B3n.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer. Informe. Aguascalientes. 2016. [Citado 10 octubre 2017]. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Internet].; 2016 [citado 10 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.
5. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Información estadística y geográfica de salud. 2014. [Citado 10 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-desalud/>.
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C., Cáncer de incidencia y mortalidad en el mundo: GLOBOCAN 2012. IARC Cancer Base [Internet]. 2012 [citado 10 Octubre 2017]; 1 (11). Disponible en: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx).
7. Ana Jara R, Sandra Peña R. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero – febrero 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú. 2011. [Citado 10 de octubre 2017]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3021/1/Jara\\_ra.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3021/1/Jara_ra.pdf)
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Centro de Salud Materno Infantil Enrique Ponce Luque. Departamento de Estadística. Consolidado anual de morbilidades. 2016. [Citado 10 de octubre 2017].
9. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (Semplades). Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito, Ecuador. 2013. [Citado 18 de octubre 2017]. Disponible en: <http://ftp.eeq.com.ec/upload/informacionPublica/2013/PLAN-NACIONAL-PARA-EL-BUEN-VIVIR-2013-2017.pdf>
10. Herrera González NE, Gómez Pantoja G. Sedentarismo, obesidad y cáncer de mama: factores de riesgo para una vía en común. *Rev Esp M d Quir*. 2014. [Citado 10 de octubre 2017]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/html/473/47331518019/>.

11. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador. Quito, Ecuador. 2017. [Citado 18 de octubre 2017]. Disponible en:  
[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0059\\_2017.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf)
12. Castillo-L C, Tur JA, Uauy R. Folatos y riesgo de cáncer de mama: revisión 2. Sistemática. Rev. méd. Chile. 2012. [Citado 20 de octubre 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872012000200016](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872012000200016).
13. Carrión Peñalver R., Castellano Carmenate Teresa., Pérez Salinas L., Agüero Mrtin R. incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. Medisan 2017; 21(3):298. Cuba. 2017. [Citado 12 octubre 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n3/san08203.pdf>
14. Argote Ravelo L, Toledo Rodríguez GP, Delgado Almanza R, Domínguez Peña D, Cano Moreno P, Noa Borrón, et al. Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el hospital Julio Trigo. Rev Cub Salud y Trabajo [Internet]. 2010 [Citado 18 de octubre 2017]; 11(1): [aprox 3p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11\\_1\\_10/rst01110.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_1_10/rst01110.htm)
15. Ana Santaballa B. Cáncer de mama. Marzo 2017. [Citado 12 de octubre 2017]. Disponible en: <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?format=pdf>
16. Robles Sylvia, Galanis Eleni. El cáncer de mama en américa latina y el caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 98 pp. [Citado 12 de octubre 2017]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v12n2/141-143/>
17. Oliva Anaya C., Cantero Ronquillo H., García Sierra J. Dieta obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. Revista Cubana de Cirugía 2015;54(3)274-284. 2015. [Citado 12 octubre 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v54n3/cir10315.pdf>
18. Sobre el dolor asociado con el cáncer. Sociedad Americana de cancerología. 2016 [Citado 12 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
19. Cárdenas Sánchez J., Bargalló Rocha E., Erazo Valle A., Maafs Molina E., Poitevin Chacón A. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Quinta revisión. Colima-México. 2013. [Citado 24 octubre 2017]. Disponible en: <http://incan-mexico.org/incan/docs/docencia/cmama.pdf>

20. Prevención y detección temprana del cáncer de seno [Internet]. Sociedad americana del cáncer. 2016. [Citado 24 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>
21. Villarreal Ríos E., Escorcía Reyes V., Martínez González L., Vargas Daza E., Galicia Rodríguez L., Cervantes Becerra R., et al. Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. Rev Panam Salud Pública 2014;35(3)172-8. 2014. [Citado 24 octubre 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v54n3/cir10315.pdf>
22. Aguilar Ticona M., Aspicuela Gho D. Cáncer de mama. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 1(4). 2009. [Citado 12 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20IV%202009/9-%20Cancer%20Mama.pdf>
23. Secretaría de Salud-Dirección General de Salud Reproductiva, Hospital General de México. Compendio de Patología Mamaria. México. Edición 2002. [Citado 12 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15141/CompendioPatologiaMamariaCNEGSR.pdf>
24. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2018 [citado 10 de octubre 2017]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
25. Debonis Daniel. Cáncer de mama. Separata 2013 – Vol. 21 N°3. 2013. [Citado 15 octubre 2017]. Disponible en: [http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Separata%2039%20Cancer%20de%20mama\\_Layout%205.pdf](http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Separata%2039%20Cancer%20de%20mama_Layout%205.pdf)
26. Octavio Peralta M. Cáncer de Mama: Estrategias de Prevención y Vigilancia según nivel de riesgo. Rev. Med. Clin. CONDES - 2011; 22(4) 436-443. [Citado 15 octubre 2017]. Disponible en: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/4%20julio/3\\_Dr\\_Octavio\\_Peralta-5.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/4%20julio/3_Dr_Octavio_Peralta-5.pdf)
27. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Cáncer de Mama. Santiago: Minsal, 2011. [Citado 19 octubre 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>
28. Grau de Castro J., Estapé Rodríguez J., Mellado González B., Castel Rodó T., Viñolas Segarra N. Diagnóstico de extensión y estrategia terapéutica en algunos tumores sólidos. Farreras, Rozman. Medicina Interna. Vol. 1. 17ª ed. España: Elsevier; S.L. 2012. p. 1090-1092.
29. Ramírez J. Patología Maligna de la mama. [Internet]. 2012. [Citado 19 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.uv.es/~jvramire/apuntes/curs%202011-12/TEMA%20G-15.pdf>
30. Huicochea Castellanos S., González Balboa P., Tovar Calderón I., Olarte Casas

- M., Vázquez Madrid J. Cáncer de mama. *Anales de Radiografía México* 2009;1:117-126. 2009. [Citado 28 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091j.pdf>
31. González Limonte M., Álvarez Sintés R., Isla Valdés M., Peláez Mendoza J., Juncal V. Problemas más frecuente de las mamas. *Medicina General Integral*. Vol. IV. 3 ed. La Habana: Ecimed; 2014. p. 1436-1440.
  32. Ruiz Carreño P. Estudio sobre la calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. España. 2015. [Citado 4 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf?sequence=1>
  33. García Viniegras C., González Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología Latinoamericana /Bogotá(Colombia)/Vol.25(1)/pp.72-80/2007/ISSN1794-4724*. [Citado 22 noviembre 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2542695.pdf>
  34. Durán L., Hernández R., Díaz N., Becerra A. Educación para la salud. Una estrategia integradora. *Perfiles Educativos*, núm. 62, México octubre-diciembre, 1993. [Citado 4 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/132/13206207.pdf>
  35. Universidad de Cantabria. *Introducción a la Promoción de la Salud*. España. 2017. [Citado 4 de marzo 2018]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>.
  36. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. *Manual de Educación para la Salud Navarra: Gobierno de Navarra; 2006*. [Citado 4 de marzo 2018].
  37. OMS OPS. *Detección Temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas*. Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. [Citado 4 de marzo 2018]. 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).
  38. Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución del Ecuador*. [Internet]; 2008. [Citado 22 noviembre 2017]. Disponible en: [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf).
  39. Asamblea Nacional. *Proyecto de ley para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. Quito: Asamblea Nacional; 2012. [Citado 22 de noviembre 2017].
  40. Ministerio de Salud Pública. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud -*



- MAIS. Quito; 2012. [Citado 22 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_M AIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf).
41. 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. [Citado 22 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2012/eim122d.pdf>
  42. INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Online]; 2013 [Citado 22 de noviembre 2017]. Disponible en: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec).
  43. Rodríguez González J, Rodríguez González A, Triana Torres 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; 11(5)673-683. [Citado 22 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2012000500013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2012000500013)
  44. 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. [Citado 22 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000900005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900005).
  45. Yasmely Sánchez Urdaneta Jrumnvi. Conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen de mama en mujeres de edad mediana. Revista Venezolana de Oncología. 2016 marzo; 28(1). [Citado 22 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06.\\_sa\\_nchez\\_y\\_\(37-51\)\(1\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06._sa_nchez_y_(37-51)(1).pdf)
  46. Ochoa Parra F. Conocimientos. Actitudes y prácticas del autoexamen de mamas en mujeres del área rural. 2014. [Citado 20 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21207/1/Tesis.pdf>.
  47. Cobos Ordoñez A. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario, en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. Ecuador. 2016. [Citado 20 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7385/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-3.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: .....

Yo \_\_\_\_\_ con CI: \_\_\_\_\_, he recibido de la

Dra. \_\_\_\_\_ la información en detalle de los procedimientos aplicados en la presente investigación: **“ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA”**. Manifiesto mi consentimiento para participar por mi libre y espontánea voluntad. La doctora ha respondido a todas las preguntas e interrogantes que le he realizado en relación a los beneficios y posibles riesgos de la investigación, así como con la obtención, procesamiento y análisis de la información, dejando claro que no recibiré beneficios económicos o de otra especie, y que la información que proporcione será reservada y confidencial; 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. Vera en el consultorio N° 3 del Centro de Salud Enrique Ponce Luque o al celular 0985161056.

Nombre y Apellido de la autora

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de la participante:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: ENCUESTA

Fecha de llenado: \_\_\_\_\_

De la manera más respetuosa, me dirijo a usted solicitando su colaboración para contestar el cuestionario para **“ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA”**.

El cuestionario es totalmente anónimo y sus respuestas deben ser lo más sinceras posibles. De antemano, ¡¡¡ Muchas Gracias!!!

Cod. \_\_\_\_\_

Lea atentamente cada pregunta y marque con una (X) su respuesta:

Edad: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Bachiller
- Superior

Ocupación

- Ama de casa
- Empleada pública
- Empleada privada
- Otras

Estado civil

- Soltera
- Casada
- Divorciada
- Viuda

Unión libre

¿Cree usted que la obesidad es un factor de riesgo para el cáncer de mama?

Si

No

No sabe o no contesta

¿Conoce usted cuales de los siguientes factores de riesgo están relacionados con el cáncer de mama?

Menstruar antes de los 10 años

Dejar de menstruar después de los 55 años

Primer parto después de los 30 años

No tener hijos

No practica de lactancia materna

Todos

Ninguno

No sabe o no contesta

¿Cree usted que tener familiares con cáncer de mama predisponen a dicha enfermedad?

Si

No

No sabe o no contesta

¿Cree usted que fumar y beber alcohol son factores de riesgo para el cáncer de mama?

Si

No

No sabe o no contesta

¿Conoce usted qué es el cáncer de mama?

Enfermedad contagiosa

Enfermedad crónica

Enfermedad maligna

No sabe o no contesta

¿Conoce usted sobre el examen para diagnosticar el cáncer de mama?

Ecografía de mamas \_\_\_\_\_

Revisión por el médico y mamografía \_\_\_\_\_

Prueba de Papanicolaou \_\_\_\_\_

No sabe o no contesta \_\_\_\_\_

¿Conoce usted en qué consiste el autoexamen de las mamas?

Revisión de las mamas mediante radiografía

Revisión de las mamas por un médico

Revisión de las mamas por la propia mujer

No sabe o no contesta

¿Por qué medio le gustaría recibir información sobre factores de riesgo del cáncer de mama?

\_\_\_ Charlas

\_\_\_ Reuniones grupales

\_\_\_ Viendo videos

\_\_\_ Materiales impresos

\_\_\_ Otros

En caso de responder otros especifique cual: \_\_\_\_\_.

¿Con qué frecuencia usted podría recibir información?

\_\_\_ Una vez a la semana

\_\_\_ Cada 15 días

\_\_\_ Una vez al mes

¿Con qué tiempo usted considera que dispone para recibir la información?

\_\_\_ 15 minutos

\_\_\_ 30 minutos

\_\_\_ 1 hora

¿Con qué número de personas desearía usted recibir la información?

\_\_\_ Sólo(a)

\_\_\_ Grupo de 5 a 10 personas

\_\_\_ Grupo de 11 a 15 personas

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

\_\_\_ Mañana

\_\_\_ Tarde

## ANEXO 3: PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

### 1. Título de la estrategia

La prevención esta en tus manos. Juntas contra el cáncer de mama.

### 2. Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Población Beneficiada: centro de salud Enrique Ponce Luque.

Provincia: Los Ríos.

Cantón: Babahoyo.

Parroquia: Camilo Ponce.

Beneficiarios: Mujeres entre los 30 - 60 años de edad del consultorio N° 3.

Autora: Md. Bella July Vera Troya.

Equipo técnico responsable: Md. Bella July Vera Troya. (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria)

Dr. Carlos Ladrón de Guevara (Tutor de tesis)

Ayudantes: Equipo Atención Integral de Salud y líderes comunitarios.

Frecuencias: 30 minutos cada 15 días.

Tiempo estimado: 6 meses.

### 3.- Justificación de la propuesta

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se detectan 1.67 millones de casos nuevos y ocurren 522 mil muertes por esta enfermedad. “La Organización Panamericana de la Salud (OPS), indica que 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”.

En Ecuador entre 2011 y 2016, se reportaron 3.159 mujeres fallecidas por esta causa

y en los anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el año 2011 constan 419 muertes por tumor maligno de mama, en tanto que en el 2016 este número creció a 638, asimismo en ese año ocupó el primer lugar como causa de egresos hospitalarios respecto a otros tumores malignos reportándose 3.673 egresos.

En la provincia de Los Ríos en el 2016 ocupó el primer lugar como principal causa de morbilidad hospitalaria con 0.23% (81 egresos) de los casos con respecto a otras neoplasias malignas, se reportó además 28 defunciones en mujeres a causa de esta patología ocupando el primer lugar respecto a otras neoplasias.

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.

Razón por la cual es muy importante el cumplimiento de la estrategia para que las féminas incluidas puedan ser porta voces de salud en su comunidad, ayudando a elevar el conocimiento y por lo tanto detectar 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 centro de salud Enrique Ponce Luque sobre factores de riesgo del cáncer de mama por medio de una intervención educativa para ocasionar un cambio de conducta en la población femenina.

##### Objetivos Específicos

1. Definir el concepto de cáncer de mama.
2. Educar sobre las características clínicas del cáncer de mama.



3. Explicar los factores de riesgos entre la población femenina.
4. Describir la técnica del auto examen de mama.

#### Principales aportaciones de la estrategia

1. En la estrategia prevalece 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 y socioeducativa de la propuesta de intervención.**

“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)

Subsiguientemente en el año 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS realiza una de las primeras conferencias internacionales, en esta se especifica que la promoción de salud proporciona a la población, las medidas necesarias para mejorar su salud, además de y realizar un mejor intervención de la misma. Con esto lograr un verdadero estado de bienestar tanto físico, mental y social, además las personas o comunidades deben saber identificar y efectuar sus anhelos, adaptarse al entorno en el que viven y de satisfacer sus prioridades. (2)

En el año 1986 la Carta de Ottawa y arios diálogos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), almacena principios en los que dentro de la Promoción de la Salud se encuentra la Educación para la Salud, siendo esta una estrategia fundamental,

seguida de la comunicación social y demás medidas políticas, económicas, de acción social, técnicas, entre otras. (2)

“Según Pérez y colaboradores la Educación para la salud es 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)

Las distintas guías y estándares de educación para la salud se han venido programando en los últimos años e integra: (4)

- La Salud como derecho humano primordial y para la vida cotidiana, con un enfoque holístico.
- Son condicionantes de la salud, los entornos en la que los individuos y comunidades se desarrollan, trabajan, estudian, viven, modos y estilo de vida sociocultural, la biología, acceso a los recursos y servicios de salud, personales y de redes sociales.
- Los individuos como responsables de su salud y su propia vida. Deben tener empoderamiento individual y social para mejorar las medidas de control que ayuden a mantener un adecuado estado de bienestar.

Por lo tanto la promoción de salud provee a los pueblos los recursos necesarios para mejorar su salud y mantener un estilo de vida saludable. Con el objetivo de tener un apropiado bienestar físico, mental y social. (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 alcanzar los objetivos la promoción de salud usa herramientas tales como: (6)

1. La información. La misma que otorga motivación hacia las personas para llegar a obtener la capacidad de adoptar modos y estilos de vida saludables.

2. *Educación para la salud*. Proporciona enseñanza mediante experiencias. Ayudando así a la población a decidir acciones apropiadas para su salud y bienestar.

3. *Comunicación social en salud*. Proceso en el que se ejecutan y transmiten mensajes, fundamentado en estudios de usuarios. Genera además condiciones efectivas y prácticas saludables.

Las tres herramientas se relacionan y se complementan entre sí.

## **6. Metodología**

La estrategia de intervención sobre factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años de edad, fue elaborada a partir de una encuesta donde se incluyeron diferentes temas relacionados con aspectos sociodemográficos, así como la identificación de los factores de riesgo del cáncer de mama.

Se desarrolló una selección minuciosa de los aspectos del tema a impartir, los cuales se establecieron según las necesidades educativas específicas identificadas en la población sobre la que se realizó el estudio, así como la bibliografía consultada.

Para efectuar las actividades de la estrategia de intervención las 104 participantes serán distribuidas en 13 grupos de 8 personas. La estrategia será implementada en un tiempo de 6 meses.

Para poder cubrir el número total de las participantes, se habilitará dos horarios durante la tarde de 14h30 a 15h00 y 15h30 a 16h00 pm. Las sesiones tendrán tiempo de duración de 30 minutos cada 15 días, el tipo de actividad serán a través de charlas educativas.

Posterior a cada sesión se realizará retroalimentación de lo aprendido. Además se estimulará a las participantes con la entrega de un certificado de asistencia.

Los materiales que se utilizaran: pizarra, computadora, proyector y otros materiales, para favorecer un mejor conocimiento y asimilación de los contenidos del programa educativo.

## **7. Desarrollo de la estrategia**

### **Módulo 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 la circulación de los temas explicados a amigas, vecinas u otras personas.

#### Actividades:

Introducción: Presentación de las mujeres mediante la técnica: “Presentación Cruzada”, que consiste en intercambiar información de pareja durante 2 ó 3min. Después un miembro de la pareja presenta al otro y viceversa. Se explicaran las principales características del cáncer de mama, con énfasis en la definición.

Actividad Principal: se explican los temas relacionados con el estudio, dando salida a los objetivos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre: ligero resumen de la actividad del próximo encuentro y precisar el día.

Tiempo: 30 minutos

Método de enseñanza: Charla educativa

Medios: humanos, computadora, proyector.

## **Módulo 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, mediante preguntas a las participantes.

Actividad Principal: Se realiza exposición sobre las principales características del cáncer de mama, a continuación, se proyectará un vídeo.

Se divide el grupo en dos equipos que se identifican por nombres escogidos por las participantes. Consecutivamente se selecciona 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 concluye dicha sección. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 minutos

Método de enseñanza: Charla educativa

Medios: humanos, computadora, proyector.

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

Objetivos:

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

Actividades:

Introducción: este módulo empezará con la técnica “El Amigo Secreto”, cada integrante selecciona una pareja luego le realiza una pregunta sobre la actividad anterior y así recíprocamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: inicia el módulo, mediante una conferencia dada por la autora del estudio, sobre los factores de riesgo luego a través de la técnica participativa lluvia de ideas.

Las participantes deben nombrar los factores de riesgo, y estos serán escritos en el pizarrón, al terminar la actividad se realiza una breve exposición por parte de la autora sobre el más importante para las participantes.

Cierre: se aplica la técnica: temores y esperanza que radica en que cada una de las participantes explique sus temores y esperanzas sobre el tema tratado. Se indica la fecha del próximo encuentro.

Tiempo: 30 minutos

Método de enseñanza: Charla educativa

Medios: humanos, computadora, proyector.

#### **Módulo N° 4 Tema: Técnica del auto examen de mama**

Objetivos:

1. Enseñar la técnica adecuada del autoexamen de mama.

Actividades:

Introducción: para conseguir motivar este encuentro, se elegirán a varias participantes que de forma voluntaria expongan lo aprendido en el encuentro anterior.

Actividad principal: Se divide en dos grupos para que conversen 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. Además se observará un video sobre la técnica adecuada del autoexamen mamario

Cierre: se aplica la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consiste en ubicar a las participantes en un círculo. De mano en mano se pasan una pelota de izquierda a derecha y un bolígrafo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes “explotan” lo cual fijó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 minutos

Método de enseñanza: clase práctica.

Medios: humanos, computadora, proyector, pelota, bolígrafo.

### **Módulo 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 participantes que no pongan su nombre.

Cierre: Se realizara la técnica de animación, “El regalo y utilidad”, las mujeres ubicadas en forma de círculo se empieza 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 minutos

Método de enseñanza: clase taller.

Medios: humanos, material impreso.

## **8. CONCLUSIONES**

La utilización de medios didácticos que faciliten el conocimiento de los temas explicados servirá para mejorar la salud a nivel individual y comunitario. De esta manera existirá una respuesta favorable ante el cuidado de las mamas en la población femenina, además de la detección precoz de tal patología.

## **9. RECOMENDACIONES**

Emplear la estrategia educativa de manera reiterada a la población, para la adopción de nuevos conocimientos sobre el cáncer mamario, así disminuir la morbimortalidad por dicha enfermedad.

## **10. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

1. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1978 (Citado mayo 2018). Disponible en: [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 (Citado mayo 2018). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
3. Díaz B, Pérez. Generalidades de la educación para la salud. [Online].; 2012 (Citado mayo 2018). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_3\\_12/mgi09312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm).
4. Pérez Jarauta M, Echauri Oscodi M. Manual de educación para la salud. Informe. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2006. (Citado mayo 2018). 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. (Citado mayo 2018). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Vera Troya Bella July, con C.C: # 1204145476 autor/a del trabajo de titulación: “Diseño de estrategia educativa sobre prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”, previo a la obtención del título 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de diciembre del 2018**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Vera Troya Bella July

C.C: 1204145476



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de estrategia educativa sobre prevención del cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio tres del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.	
AUTOR(ES)	Bella July Vera Troya	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Carlos Alberto Ladrón De Guevara Gainza	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud	
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria	
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS: 69
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria, Ciencias de la Salud	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cáncer de mama, factores de riesgo, conocimiento, estrategia.	
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>		
<p>Antecedentes: El cáncer de mama es un problema de salud mundial; 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, prospectivo y de corte transversal, cuyo fin fue recolectar mediante encuesta elaborada por la autora, las características sociodemográficas; nivel de conocimiento sobre el tema y determinar los componentes para diseñar la estrategia, en una población de 104 mujeres entre 30 - 60 años de edad pertenecientes al consultorio médico tres del centro de salud Enrique Ponce Luque. La encuesta fue evaluada según los criterios de Moriyama, por tres especialistas. Los datos obtenidos fueron procesados en hojas de cálculo de Excel 2010. Resultados: El grupo etario que predominó fue 30 a 39 años de edad (54,8%), nivel de escolaridad primaria (47,1%), ocupación ama de casa (57,7%), unión libre (55,8%). Con respecto al conocimiento de los factores de riesgo para cáncer de mama se observó que el 82,7% tenían desconocimiento. La mayoría de las mujeres desearían recibir la información mediante charlas (48,1%), cada 15 días (53,9%), 30 minutos (46,1%), número de personas 5 a 10 (63,4%), por las tardes (53%). Conclusiones: El conocimiento de los factores de riesgo del cáncer es un tema que hay que fortalecer, ya que la mayoría de las mujeres en el estudio mostraron mucho desconocimiento.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-98-516-1056	E-mail: vtjuly_302@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Landívar Varas Xavier Francisco	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec.	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		