



UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL
CARRERA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

LA DIFUSIÓN DE LAS CAUSAS DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS MEDIOS DE
COMUNICACIÓN LOCALES Y SU IMPACTO EN LOS HABITANTES DE LA
PROVINCIA DE SANTA ELENA PERIODO 2010-2011

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
LICENCIADAS EN CIENCIAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

AUTORAS

LUNA CARMONA GABRIELA AMANDA

YAGUAL CEDEÑO GABRIELA IVETTE

ASESOR:

DOC. OSWALDO CASTILLO BELTRÁN

LA LIBERTAD- ECUADOR

2011

TRIBUNAL DE GRADO

Abg. Carlos San Andrés Restrepo

**Decano de la facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud**

Lcdo. Milton González Santos

Director de Escuela

Msc. Oswaldo Castillo Beltran

Profesora Tutor

Msc. Wilson Benjamin León

Profesor de Área

Abg. Milton Zambrano Coronado Msc.

Secretario General Procurador

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis hijas Romina Salcedo Yagual y Camila Desiree Salcedo Yagual que son mi fuerza y empuje para salir adelante y superar cada prueba que Dios pone en mi camino, a mis padres Estanislao Yagual Rodríguez, Miriam Cedeño Guale quienes han sido mi apoyo desde el primer día de mi vida, a mis hermanos Joseph y Kevin Yagual Cedeño, al amor de mi vida José Hilario Salcedo Terán quien partió de este mundo a un lugar más tranquilo y sin malicia.

Gabriela Ivette Yagual Cedeño

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo se lo quiero dedicar a mi hermana Fernanda Luna, aunque ya no este, siempre fue mi luz para seguir adelante, a mis padres Angelica Carmona Díaz y Juan Carli Luna que siempre estuvieron hay para apoyarme y darme fuerzas cuando más lo necesitaba. Ellos siempre me han dado lo mejor de su vida.

A mi abuela Petra Díaz que es como mi segunda madre la que me ha apoyado en todo, la que siempre esta cuando he necesitado un abrazo, un te quiero para seguir, la que siempre se ha preocupado para que yo me sienta feliz. A mi hermana María José que es mi vida, lo único que hoy me da aliento para continuar.

Gabriela Luna Carmona

AGRADECIMIENTO

Gratitud es la forma más sublime de reconocer que hemos logrado una de nuestras metas sueños o aspiraciones gracias a alguien o algo.

Por eso quiero agradecer en primer lugar a Dios por brindarme la oportunidad de vivir día a día, darme las fuerzas y los medios para subsistir y mejorar mis fallas.

Gracias desde el fondo de mi alma a mis padres que son el pilar fundamental de mi vida quienes con su guía han logrado darle las directrices correctas a mi vida.

A mis hermanos y su constante apoyo en todas las situaciones que he vivido.

A la Universidad Estatal Península De Santa Elena, Carrera de Comunicación Social donde pase 4 años de mi vida aprendiendo y forjando un futuro mejor para mí y los míos.

Agradezco de todo corazón al Tutor de esta tesis, sin él no sería posible la consecución de este proyecto, el Master Oswaldo Castillo Beltran, quien con su experiencia su acompañamiento y estímulos, hizo posible este objetivo.

A Gabriela Amanda Luna Carmona amiga y compañera de tesis.

Gracias, a todos ellos por brindarme la oportunidad y el desafío de terminar el tercer nivel de estudios. Gracias y que Dios los bendiga siempre.

Gabriela Yagual Cedeño

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer infinitamente a nuestro padre Dios quien me dio la familia que tengo, y la vida suficiente para alcanzar una meta más. A Gabriela Yagual por estar apoyándome y motivándome para culminar esta investigación; David Severino el apoyo incondicional en mi vida, a mis amigas y amigos que siempre me están apoyando en mis triunfos y fracasos.

Gabriela Luna Carmona

CERTIFICACIÓN

MASTER OSWALDO CASTILLO BELTRAN, Tutor de Tesis de las Egresadas de Licenciatura en Comunicación Social, Gabriela Amanda Luna Carmona y Gabriela Ivette Yagual Cedeño.

CERTIFICA:

Que una vez revisados los contenidos de la investigación y desarrollo del trabajo de titulación o graduación con el tema “**LA DIFUSIÓN DE LAS CAUSAS DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES Y SU IMPACTO EN LOS HABITANTES DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA PERIODO 2010-2011**”, estos guardan relación con lo estipulado en la reglamentación prevista por los organismos de estudios de tercer nivel, los mismos que cumplen con los requisitos básicos y científicos, y con los parámetros del método de investigación y su proceso; por lo tanto solicito se dé el trámite legal correspondiente.

Atentamente,

Máster Oswaldo Castillo Beltrán

TUTOR DE TESIS

RUTH ESPINOZA ALMEIDA
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
091582744

CERTIFICADO:

A petición de la parte interesada, tengo a bien certificar la revisión del texto de tesis con el tema “**LA DIFUSIÓN DE LAS CAUSAS DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES Y SU IMPACTO EN LOS HABITANTES DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA PERIODO 2010-2011**” de las autoras **Gabriela Amanda Luna Carmona** , portadora de la cédula de identidad No.1723221320, y **Gabriela Ivette Yagual Cedeño** portadora de la cédula de identidad No.0927832246 estudiantes de la Carrera de Comunicación Social de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a las interesadas que hagan uso del presente como crean conveniente.

Santa Elena, noviembre del 2011

Atentamente,

Lcda Ruth Espinoza Almeida

INDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	ii
DEDICATORIA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
AGRADECIMIENTO	vi
CERTIFICACIÓN	vii
CERTIFICADO:.....	viii
INDICE GENERAL.....	ix
LISTA DE ANEXOS	xiv
INDICE DE TABLAS	xv
INDICE DE GRÁFICOS	xvi
TITULO DEL TEMA:	1
INTRODUCCIÓN	1
CONTEXTUALIZACIÓN	4
EL PROBLEMA.....	4
ENUNCIADO DEL PROBLEMA:.....	4
Posibles Causas	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	5
FORMULACIÓN:	6
DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL	6
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	7
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	9
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9
Variable Independiente (causa):	9
Variable Dependiente (efecto):	9

CÁPITULO I	12
MARCO TEORICO	12
1.1. El cáncer de Mama	12
ESTADIO I:	30
ESTADIO II: abarca las siguientes situaciones:.....	31
ESTADIO III: se divide en estadio IIIA IIIB y IIIC:.....	32
ESTADIO IV:.....	33
CAPITULO II	34
2.1. DIAGNOSTICO	34
2.1.1. Autoexploración:	34
2.1.2. Mamografía:.....	36
2.1.3. Ecografía:.....	37
2.1.4. Resonancia magnética nuclear (RMN)	37
2.1.5. Tomografía axial computadorizada (TAC)	38
2.1.6. Tomografía por emisión de positrones (PET)	38
2.2. BIOPSIA.....	39
2.2.1. BIOPSIA ASPIRATIVA.....	39
2.2.2. BIOPSIA ABIERTA	39
2.3. FACTORES DE RIESGO.....	40
2.4. TRATAMIENTO	44
2.8. Protocolo de la EuropeanSchool of Oncology.....	54
2.9. Protocolo de seguimiento del instituto Dexeus	55
2.10. Reconstrucción mamaria postcirugía.....	58
2.11. El consejo genético tras cáncer de mama operado	59
2.11.1. Gestación tras cáncer de mama operado	59
2.12. LA IMPORTANCIA DE APOYO PSICOLÓGICO Y SOCIAL PARA LA PACIENTE	61
3. LENGUAJES–CULTURA AUDIOVISUAL.....	74
3.1. EL LENGUAJE RADIOFÓNICO	76
3.2. CUÑA RADIOFÓNICA.....	79
3.3. RADIO.....	82

4. MARCO CONCEPTUAL	85
5. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	91
CAPÍTULO III	96
5. METODOLOGÍA	96
5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	96
5.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	97
5.2.1. Proyecto de tipo factible.....	97
5.5. TIPOS DE INVESTIGACIÓN	99
5.5.1. Investigación Explicativa.....	99
5.5.2. De Carácter Descriptiva.....	101
5.5.3. Investigación Documental Bibliográfica.....	102
6. POBLACIÓN Y MUESTRA.	103
6.1. Población	103
6.2. Muestra no probabilístico (con criterio y con propósito).....	104
7.DATOS:.....	105
7.1. Determinación del tamaño de la muestra.....	105
8. TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	107
9. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	109
10. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	110
11. CRITERIOS PARA ELABORAR LA PROPUESTA.....	111
CAPÍTULO IV.....	112
12. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	112
13. CONCLUSIONES	134
14. RECOMENDACIONES.....	135
CAPÍTULO V.....	136
15. LA PROPUESTA	136
15.1. JUSTIFICACIÓN.....	136
15.2. DIAGNÓSTICO.....	137
15.2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	138
15.2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	140
15.2.3. FUNDAMENTACIÓN PEDAGÓGICA	141

15.2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	142
15.2.5. FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA	142
15.2.6. FUNDAMENTACIÓN EDUCATIVA.....	143
15.2.7. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	144
15.3. OBJETIVOS.....	145
15.3.1. OBJETIVO GENERAL	145
15.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	145
15.4. FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA	145
15.4.1. FACTOR FINANCIERO	145
15.4.2. FACTIBILIDAD LEGAL	147
15.4.3. FACTIBILIDAD TÉCNICA	148
15.4.3.1. DE RECURSOS HUMANOS	148
15.4.3.2. PÚBLICO OBJETIVO PRIMARIO.....	149
15.4.3.3. PÚBLICO SECUNDARIO	149
15.4.3.4. ALIADOS	149
15.4.3.5. ACTORES DE LA INTERVENCIÓN	150
15.4.4. POLÍTICA.....	150
15.4.5. OBJETIVO COMUNICACIONAL.....	151
15.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	152
LEMA:	152
15.5.1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN.....	152
15.5.3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA	154
15.5.4. POR ESPECIALIDADES DE COMUNICACIÓN	155
14.5.5. MENSAJES CLAVES.....	156
COMA MUCHAS VERDURAS Y FRUTAS FRESCAS.	157
EVITE EL EXCESO DE PESO.	157
MODERE SU CONSUMO DE ALCOHOL.....	157
EVITE LAS EXPOSICIONES PROLONGADAS AL SOL.....	157
CONSULTE AL MÉDICO SI NOTA ALGÚN CAMBIO INEXPLICADO EN SU CUERPO:.....	158
MENSAJES POR TIPOS DE CANCER	158

CUELLO UTERINO	158
CÁNCER DE MAMA	159
CÁNCER DE ESTÓMAGO	159
CÁNCER DE PULMÓN.....	159
15.5.6. ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN.....	160
15.5.7. ASISTENCIA TÉCNICA, MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	160
Asistencia Técnica	160
Monitoreo.....	161
15.6. CRONOGRAMA.....	162
15.7. USO DE MEDIOS	165
ACTIVIDADES	165
15.8. CÁPSULAS INFORMATIVAS	166
LOCA: SÍNTOMAS	167
CONTROL: CORTINILLA	168
16. BIBLIOGRAFÍA	169
ANEXOS	171

LISTA DE ANEXOS

Anexo: 1 Incidencia de cáncer de mamas según edad 2010.....	172
Anexo: 2 Incidencia de cáncer de mamas según edad Enero_Mayo 2011 SOLCA.....	173
Anexo: 3 Cuestionario	173
Anexo: 4 foto 1	179
Anexo: 5 foto 2	180
Anexo: 6 entrevista	181

INDICE DE TABLAS

Tabla # 1 Operacionalización de variables	10
Tabla #2 Operacionalización de variables	11
Tabla 3 Protocolo del seguimiento del instituto Dexeus	55
Tabla # 4 Edad	112
Tabla # 5 Sexo.....	113
Tabla # 6 Tiene seguro médico?	114
Tabla# 7 Si su respuesta es positiva indique el nombre	115
Tabla # 8 Nombre de Hospital, clínica u otro más cercano.....	116
Tabla # 9 Acude con frecuencia a su medico.....	117
Tabla # 10 Conoce exactamente su estado de salud.....	118
Tabla # 11 Conoce usted los síntomas que presenta un paciente con cáncer de mamas.....	119
Tabla # 12 Cree que la alimentación podía evitar el cáncer de mama	120
Tabla # 13 Piensa Ud. que la temprana edad afecta de alguna manera la posibilidad de contraer cáncer?	121
Tabla # 14 Considera que el estilo de vida de una persona puede afectar para contraer cáncer de mamas?.....	122
Tabla # 15 Sabe Ud. cuál es el beneficio del diagnóstico temprano?.....	123
Tabla # 16 Conoce Ud. la cura contra el cáncer?.....	124
Tabla # 17 Sabe cuál es la etapa inicial del tumor?.....	125
Tabla # 18 Tiene conocimiento sobre las principales deficiencias físicas y orgánicas que puede desarrollar el cáncer	126
Tabla # 19 Conoce Ud. sobre las etapas y estadios del cáncer de mamas.....	127
Tabla # 20 Sabe en qué consiste, donde se realiza y quienes deben hacerse una mamografía?.....	128
Tabla # 21 Conoce Ud. como se realiza el autoexamen de mamas.	129
Tabla # 22 . Le gustaría que hubiera un espacio radial en la península mediante capsulas informativas de capacitación masiva sobre tipos y síntomas del cáncer?130	
Tabla # 23 En que emisora radial le gustaría escuchar este tipo de capsulas informativas.....	131
Tabla # 24 Considera Ud. importante que se incluya con más intensidad información sobre la salud en los medios antes mencionados.....	132
Tabla # 25 Horario preferible para transmitir cápsulas informativas	133

Tabla # 26 Factibilidad Financiera.....	146
Tabla# 27 Factibilidad Técnica	148
Tabla # 28 Por especialidades de Comunicación	155
Tabla# 29 Cronograma.....	162
Tabla # 30 Actores sensibilizados e informados	163
Tabla # 31 Periodistas, locutores y comunicadores.....	164

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1 Edad.....	112
Gráfico # 2 Sexo.....	113
Gráfico # 3 Tiene seguro médico?.....	114
Gráfico # 4 Si su respuesta es positiva indique el nombre.....	115
Gráfico # 5 Nombre de Hospital, clínica u otro más cercano.....	116
Gráfico # 6 Acude con frecuencia a su medico	117
Gráfico # 7 Conoce exactamente su estado de salud.	118
Gráfico # 8 Conoce usted los síntomas que presenta un paciente con cáncer de mamas	119
Gráfico # 9 Cree que la alimentación podía evitar el cáncer de mama.....	120
Gráfico # 10 Piensa Ud. que la temprana edad afecta de alguna manera la posibilidad de contraer cáncer?	121
Gráfico # 11 Considera que el estilo de vida de una persona puede afectar para contraer cáncer de mamas?.....	122
Gráfico # 12 Sabe Ud. cuál es el beneficio del diagnostico temprano?	123
Gráfico # 13 Conoce Ud. la cura contra el cáncer?	124
Gráfico # 14 Sabe cuál es la etapa inicial del tumor?	125
Gráfico # 15 Tiene conocimiento sobre las principales deficiencias físicas y orgánicas que puede desarrollar el cáncer?.....	126
Gráfico # 16 Conoce Ud. sobre las etapas y estadios del cáncer de mamas	127
Gráfico # 17 Sabe en qué consiste, donde se realiza y quienes deben hacerse una mamografía?.....	128
Gráfico # 18 Conoce Ud. como se realiza el autoexamen de mamas.	129
Gráfico # 19 Le gustaría que hubiera un espacio radial en la península mediante capsulas informativas de capacitación masiva sobre tipos y síntomas del cáncer?.....	130
Gráfico # 20 En que emisora radial le gustaría escuchar este tipo de capsulas informativas.....	131
Gráfico # 21 Considera Ud. importante que se incluya con más intensidad información sobre la salud en los medios antes mencionados.....	132
Gráfico # 22 Horario preferible para transmitir cápsulas informativas.....	133

TITULO DEL TEMA:

LA DIFUSIÓN DE LAS CAUSAS DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES Y SU IMPACTO EN LOS HABITANTES DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA PERIODO 2010-2011

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama, aunque no se conoce exactamente su origen, es conocido como uno de los cánceres tumorales desde antiguas épocas. Diagnosticarlo es fácil y por consiguiente un tratamiento precoz y adecuado, puede lograr excelentes resultados incluso cosméticos, con una supervivencia larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en Ecuador y en este medio más específicamente, la Provincia de Santa Elena la realidad es otra.

Esta patología es muy temida debido a su elevada frecuencia, la incidencia está creciendo ya que uno de cada nueve mujeres desarrolla un cáncer de mama, y porque todavía la comunidad científica no sabe cómo prevenirlo y el tratamiento, a menudo incluye la pérdida de un pecho.

El riesgo de que una mujer desarrolle cáncer de mama aumenta si su madre, hermana, hija o dos o más parientes cercanos, como primas, tienen antecedentes de cáncer de mama, especialmente en la juventud. Sin embargo, el 85% de las mujeres que desarrollan cáncer de mama no tiene antecedentes familiares de la enfermedad.

La carcinoma lo constituye todo tumor maligno que se caracteriza por una multiplicación anormal y desordenada de células, las cuales tienen la característica de invadir los tejidos adyacentes conocida frecuentemente como metástasis.

Existen tumores malignos de mama que no son de estirpe glandular ni epitelial. Estos tumores, poco frecuentes, reciben otros nombres genéricos diferentes. Los sarcomas son producto de la transformación maligna de células del tejido conectivo de la mama. Los linfomas derivan de los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que procede de los ganglios linfáticos. En general, los linfomas no son tumores raros, pero es anormal que un linfoma tenga su lugar de origen en una mama y no en otras regiones del organismo.

El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de propagación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis (el cáncer que se ha difundido desde la mama afectada a otras zonas del cuerpo: tejido blando). La localización y vía de propagación de las metástasis varía en función de los cánceres primarios.

Los factores que pueden aumentar el riesgo de una mujer incluyen herencia, pubertad temprana, embarazo tardío, obesidad y factores relacionados con el estilo de vida como consumo excesivo de alcohol y tabaquismo. El factor de riesgo más grande del cáncer de mama es la edad, simplemente el envejecimiento.

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos.

En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño.

Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Las mujeres con esta enfermedad de cáncer en la mayoría de los casos tienden a perder un pecho, esto se da ya sea por poca información, por descuido o por falta de recursos económicos. Y con lleva a que la persona enfrente un cuadro de problemas psicológicos ya que comenzara una lucha para contrarrestar este mal, y necesitara buscar ayuda, ahí es donde el medio de comunicación puede intervenir con una difusión primordial para el paciente enseñarle, capacitarle y así transformar este sombrío panorama, que es una realidad palpable en la actualidad.

CONTEXTUALIZACIÓN

En el Ecuador, y hablando específicamente de la Provincia de Santa Elena, se han desarrollado varias campañas y marchas de lucha contra el cáncer, pero pocas veces se ve la intervención de un medio de comunicación difundir de manera evidente y efectiva a las personas lo importante que es detectar el cáncer a tiempo.

El medio de comunicación juega un papel importante en nuestra sociedad ya que en la actualidad la gente lo usa no solo para entretenerse sino para informarse de lo que ocurre a nuestro alrededor. Y poder contar con una difusión de primera que hable sobre dicha enfermedad con especialistas, que ayuden a las personas a prevenir, enseñarles hacerse el autoexamen diario para detectar a tiempo esta enfermedad, y donde acudir para ser tratada; para las que ya son víctimas de este mal enseñarles a llevar una vida normal a pesar de los problemas que aqueja el cáncer.

EL PROBLEMA

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

La difusión de las causas del cáncer de mama y su impacto en los habitantes de la Provincia de Santa Elena Periodo 2010-2011

Posibles Causas

- Poca información o interés en los comunicadores sociales
- Falta de interés por parte de los pobladores
- Poca preocupación por parte de las autoridades
- Escaso interés por parte de los medios de comunicación sobre enfermedades

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El bajo interés de los medios de comunicación sobre temas de enfermedades trae consigo que la comunidad no se informe correctamente de los riesgos y prevenciones del cáncer de mama que cada vez avanza más rápido y está afectando a un grupo vulnerable que son las mujeres. Ya que con información se puede vencer el temor al cáncer.

Los datos estadísticos revelan que cada 30 segundos en el mundo una mujer es diagnosticada con cáncer de mama, al punto de ser actualmente la principal causa de muerte de mujeres entre 45 y 55 años de edad. Entonces, es necesaria una difusión para orientar a las personas y así poder lograr un diagnóstico precoz, es hoy el mejor camino para conseguir una disminución significativa de las peores consecuencias de una enfermedad tan agresiva.

En la Provincia de Santa Elena, la población cuenta con un centro de atención de la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA), donde el público puede ir y hacerse el chequeo correspondiente, pero este centro no cuenta con los equipos necesarios para tratar esta patología ya que los pacientes que acuden solo son diagnosticados y tienen que viajar a la ciudad de Guayaquil a seguir el tratamiento para contrarrestar esta enfermedad.

FORMULACIÓN:

¿COMO LA DIFUSIÓN DE LAS CAUSAS DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES IMPACTA EN LOS HABITANTES DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA PERIODO 2010-2011?

DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

ESPACIAL:

Habitantes de la Provincia de Santa Elena

Hospitales de la Provincia de Santa Elena

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA)

TEMPORAL:

AÑO 2011

GENERO:

Mujeres de 12 a 65 años de edad.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El tema planteado tiene como finalidad detectar el grado de conocimiento que los pobladores de la Provincia de Santa Elena tienen respecto a Cáncer de Mamas su detección, tratamiento, sintomatología y la importancia de detectar esta enfermedad a tiempo.

Se pretende llegar a la concienciación de toda la comunidad, en especial de las mujeres que en todas las edades deben preocuparse por buscar información que pueda despejar sus dudas en cuanto a este tema.

Esta investigación es de suma importancia ya que en la provincia no existen medios de comunicación que transmitan información veraz, oportuna y de manera permanente sobre este y otros temas relacionados a la salud, creando consigo una sociedad llena de dudas e incertidumbre que desconoce los beneficios de la atención temprana en cuanto a cáncer de mamas.

Por eso es primordial crear y poner en marcha una campaña masiva en los medios de comunicación que tenga como finalidad dar a la ciudadanía peninsular las directrices correctas sobre como reconocer, enfrentar y ayudar a las pacientes que poseen esta enfermedad ya que la familia y la sociedad en general juegan un papel crucial al momento de apoyar a la paciente esta puede ser una detonante para que dicha mujer con cáncer de mamas o decida seguir luchando por su vida o se vea sumida en la depresión y el abandono.

Reducir así el desconocimiento en toda la sociedad sobre este tema y evitar la estigmatización, menosprecio e irrespeto a los que son sometidas las mujeres que poseen este mal.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Motivar a la comunidad en general el interés por buscar información sobre el cáncer de mama; para prevenir y tener un diagnóstico precoz; con el apoyo de los comunicadores sociales y especialistas en el temas.

Objetivos Específicos

- Instruir a la comunidad sobre el riesgo del cáncer y por ende hacerse un autoexamen diario.
- Realizar entrevistas para medir porcentualmente la cantidad de pacientes que han sido afectadas por esta patología.
- Analizar si esta patología afecta en la vida profesional y personal de las pacientes.
- Indagar los conocimientos que tiene cada persona sobre esta patología.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Si se informará y educara a los peninsulares sobre el tema de las causas de cáncer de mama entonces se podría ser un diagnóstico oportuno.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente (causa):

Si se informara y educara a los peninsulares sobre el tema de las causas de cáncer de mama.

Variable Dependiente (efecto):

Entonces se podría ser un diagnóstico oportuno.

Tabla # 1 Operacionalización de variables

Hipótesis.	Variable.	Definición Conceptual.	Indicadores	Items.	Instrumentos
<p>Si se hablara del tema de las causas de cáncer de mama entonces se podría realizar un diagnóstico precoz</p>	<p>Variable Independiente: Difusión de las Causas del cáncer de mama</p>	<p>Todo el cuerpo está formado por componentes básicos denominados “células”. Tu cuerpo las crea y las reemplaza por otras nuevas cuando éstas mueren. Por lo general, el cuerpo genera células sanas y normales que cumplen la función para la cual se crearon. Esto incluye a las células de las mamas (esas áreas abultadas ubicadas en la parte delantera de tu tórax).El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. Los factores que pueden aumentar el riesgo de una mujer incluyen herencia, pubertad temprana, embarazo tardío, obesidad y factores relacionados con el estilo de vida como consumo excesivo de alcohol y tabaquismo</p> <p>El diagnóstico precoz tiene como objetivo poder tratar el cáncer en el estadio inicial, con lo cual aumenta el porcentaje de curación. Se basa en diagnosticar la enfermedad en una fase inicial, cuando sus síntomas son apenas percibidos por el paciente.</p>	<p>Cáncer de mama Células de las mamas Alimentación Pubertad temprana Estilo de vida Diagnóstico precoz</p>	<p>¿Qué síntomas tiene el cáncer de mama? ¿Qué son las células madres’ ¿La alimentación podía evitar el cáncer? ¿En qué afecta la pubertad temprana? ¿En qué afecta el estilo de vida para poder contraer cáncer? ¿Qué beneficios tiene el diagnóstico precoz? ¿Cuál es la cura contra el cáncer? ¿Qué es la fase inicial?</p>	<p>Encuestas. Entrevistas. Observación. Análisis</p>

Tabla #2 Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definiciones conceptuales	Indicadores	Ítems	Instrumentos
<p>Si se hablara del tema de las causas de cáncer de mama entonces se podría realizar un diagnóstico precoz</p>	<p>Vd. Diagnóstico precoz sus beneficios y el impacto en los habitantes de la Provincia de Santa Elena.</p>	<p>El diagnóstico precoz tiene como objetivo poder tratar el cáncer en el estadio inicial, con lo cual aumenta el porcentaje de curación. Se basa en diagnosticar la enfermedad en una fase inicial, cuando sus síntomas son apenas percibidos por el paciente. Utilización de todos los recursos clínicos y de exploraciones complementarias con el fin de objetivar tempranamente cualquier deficiencia. La detección precoz individual la realiza el médico general o el especialista, sobre todo si la persona sufre una enfermedad que puede degenerar en cáncer o forma parte de una familia en la que varios miembros han sufrido cáncer. En este sentido, es muy importante conocer los factores de riesgo de cada persona respecto al cáncer que se pretende prevenir. Por ejemplo, el consumo de tabaco es un factor de riesgo de cáncer de pulmón. La detección precoz masiva (como la mamografía para el cáncer de mama) se emplea en la población expuesta a determinados factores de riesgo.</p>	<p>Fase inicia Deficiencia Síntomas del cáncer de mamas Factores de riesgo Mamografía</p>	<p>En qué consiste la fase inicial del cáncer de mama? Cuáles son las principales deficiencias física y orgánicas que pueden desarrollar el cáncer Los síntomas del cáncer en la primera fase Cuáles son los factores de riesgo más importantes y sobresalientes en la población de Santa Elena Que es, en qué consiste, donde realizarla y quienes deben hacerse una mamografía?</p>	<p>Entrevista Encuesta Análisis documental</p>

CÁPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. El cáncer de Mama

El cáncer de mama es muy común en las mujeres. No es común en los hombres y nunca afecta a los niños. “Pero es posible que los niños quieran saber de qué se trata esta enfermedad porque conocen a alguien que la padece o porque quieren aprender a detectarla para cuando sean grandes”.

La Mastología es una especialidad que se ha desarrollado mucho en los últimos años y esto es debido a la conjunción de dos aspectos muy importantes; el primero es un mejor entendimiento de la patología mamaria y el segundo, es de un marcado interés por esta área. Sobre todo por los médicos oncólogos, debido al gran incremento en la incidencia del Cáncer de Mama. Esta patología es una enfermedad tumoral maligna de muy fácil diagnóstico y por consiguiente de un tratamiento precoz y adecuado, obteniéndose de esta manera excelentes resultados incluso cosméticos, con una sobrevida larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en nuestro país y en nuestro medio más específicamente, la realidad es otra.

Más del 50% acuden a la primera consulta con enfermedad avanzada, es decir, inoperable inicialmente, lo cual hace que su tratamiento sea más complicado y caro, obteniéndose sobrevidas cortas y con enfermedad evolutiva, siendo ésta una situación muy dolorosa para la paciente, su familia, y las instituciones de salud. Todo esto es consecuencia fundamentalmente de una deficiente educación médica de nuestra población en general, lo cual es responsabilidad del gremio médico y de

las instituciones de salud del país y medios de comunicación nacionales y locales. Es por esta razón, que es de gran valor el inculcar en nuestros estudiantes, y la población en general con el único fin de prevenir dicha enfermedad. Y así transformar este sombrío panorama, que es una realidad palpable en la actualidad.

Esta patología es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término «cáncer») proviene de Egipto, del 1600 a. C. aproximadamente.

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales, abriendo el camino a la mastectomía moderna. Bell es el autor de la obra más importante en esta materia de su época: Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria.

Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década de los setenta.

Se entiende por historia natural del cáncer de mama al comportamiento clínico evolutivo en el tiempo desde que apareció la primera célula tumoral hasta la muerte del portador de la neoplasia.

Todavía existe una considerable controversia sobre la historia natural del cáncer de mama a pesar de los innumerables estudios dedicados a ello. Como ocurre con otros tumores, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es variable y probablemente esté influenciado por características específicas del tumor, del huésped y de los factores ambientales. Se admite que transcurren de 10 a 15 años como tiempo medio desde que aparecen las primeras lesiones precancerosas hasta que la enfermedad se hace sistémica.

Hay dos teorías sobre el crecimiento del cáncer de mama: La teoría del contínuum postula que después de un período variable de lesión in situ confinada al ducto, invade la membrana basal convirtiéndose en enfermedad invasiva.

Basándose en un extenso análisis de la mama, una progresión lógica de la lesión epitelial a cáncer in situ. El modelo más frecuentemente aceptado del desarrollo del cáncer de mama describe las fases reversibles de hiperplasia e hiperplasia atípica; cuando la hiperplasia atípica se convierte en carcinoma in situ es probablemente irreversible y, pasado un tiempo la lesión progresa a cáncer infiltrante.

La teoría dual, por su parte, defiende la existencia de dos tipos de cánceres:

- 1) El cáncer rápidamente invasivo desde el origen que se hace sistémico e incurable antes de que pueda ser detectado y;
- 2) El cáncer encontrado en biopsias hechas al azar en mamas asintomáticas y que no parece afectar a la vida de la mujer. Un soporte para la teoría dual viene de la observación de que el cáncer in situ puede ser encontrado en una localización del ducto mientras que en otra parte del ducto encontramos un cáncer invasivo aparentemente no relacionado

con el anterior. Estudios más recientes de toda la mama, sin embargo, sugieren que todas las fases de cáncer están directamente conectadas y representan una diseminación contigua.

El cáncer de mama, en su conjunto cumple características que favorecen el abordaje de este tipo, al ser un proceso que puede ocurrir en el fallecimiento de la enferma, al ser una patología prevalente en la mujer y al haberse identificado factores de riesgo así como actuaciones preventivas (incluyendo prevención primaria, secundaria y terciaria) que modifican la incidencia, la prevalencia y/o la historia natural de la enfermedad.

El nombre de carcinoma hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que se convierten en malignas. En realidad, en sentido estricto, los llamados carcinomas de mama son adenocarcinomas, ya que derivan de células de estirpe glandular (de glándulas de secreción externa). Sin embargo, las glándulas de secreción externa derivan de células de estirpe epitelial, de manera que el nombre de carcinoma que se aplica a estos tumores suele aceptarse como correcto aunque no sea exacto.

En casos verdaderamente raros hay cánceres escamosos de mama que podrían ser llamados más precisamente carcinomas. Estos tumores escamosos, verdaderos carcinomas estrictos, son consecuencia de la metaplasia de células de origen glandular.

Todo el cuerpo está formado por componentes básicos denominados "células". El cuerpo las crea y las reemplaza por otras nuevas cuando éstas mueren. Por lo general, el cuerpo produce células sanas y normales que cumplen la función para la cual se crearon. Esto incluye a las células de las mamas (esas áreas abultadas ubicadas en la parte delantera del

tórax).El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

Los tumores se pueden formar en cualquier lugar del cuerpo. Una persona tiene cáncer cuando las células anormales del cuerpo no paran de crecer y reproducirse. Estas células hacen que el cuerpo se enferme. Es posible que una persona que padece cáncer de mama tenga células cancerosas sólo en una parte de la mama y que éstas puedan detectarse al tacto como un nódulo (bulto). O bien, el cáncer puede extenderse en la totalidad de una o ambas mamas. A veces, el cáncer de mama se extiende a otras partes del cuerpo, como por ejemplo los huesos.

La mama está formada por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos. Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, a modo de ramas de un árbol que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé. En estos conductos se desarrolla el cáncer de mama más frecuente que es el cáncer ductal, el otro tipo de cáncer de mama es el carcinoma lobular.

Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. La piel recubre y protege toda la estructura mamaria.

El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen

cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

En las últimas dos décadas la mortalidad por cáncer de mama ha aumentado en los países en desarrollo. Actualmente, 31% de los casos de cáncer de mama en el mundo se encuentran en estos países.

El cáncer de mama, junto con el cáncer uterino, es la principal causa de muerte en mujeres entre los 35 y 64 años en América Latina.

La mortalidad a causa del cáncer de mama está aumentando en la mayoría de los países de la región, llegando a sobrepasar el número de casos de cáncer cervical.

El cáncer de mama en América Latina ocupa los dos primeros lugares de incidencia y mortalidad por tipo de cáncer en la mujer.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina se registraron cerca de 90.000 casos de cáncer de mama en el año 2000.

En los últimos años, las tasas de incidencia ha aumentado anualmente en un 5% en los países de bajos recursos.

1.1.2. LOS SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer síntoma o signo subjetivo, de cáncer de mama suele ser un bulto que se siente diferente al resto del tejido mamario.

Lo primero que hay que tener en cuenta, es que no todos los bultos o nódulos que aparecen en el pecho son un cáncer de mama. La mujer lo nota al asearse, en la ducha, o al colocarse alguna prenda de vestir que roce con el bulto. De acuerdo con el "El Manual Merck, más del 80% de los casos de cáncer de mama se descubren cuando la mujer siente un bulto. Según la Sociedad Americana del Cáncer, el primer signo médico, o una indicación objetiva de cáncer de mama detectado por un médico, es descubierto por mamografía.

Cuando las células del cáncer de mama invaden el sistema linfático dérmico, los pequeños vasos linfáticos en la piel de la mama, su presentación puede parecerse a inflamación de la piel y por lo tanto se conoce como cáncer de mama inflamatorio (IBC). Los síntomas del cáncer inflamatorio de mama incluyen dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento a lo largo de la mama, así como una textura de piel de naranja en la piel.

En ocasiones, el cáncer de mama se presenta la enfermedad como metastásico, es decir, el cáncer se ha diseminado más allá del órgano original. Cáncer de mama metastásico presentarán síntomas que dependen de la localización de la metástasis. Los sitios comunes de metástasis son los huesos, hígado, pulmón y cerebro. Pérdida de peso inexplicable en ocasiones puede anunciar un cáncer de mama oculto, al igual que los síntomas de fiebre o escalofríos. Dolores en los huesos o las articulaciones a veces pueden ser manifestaciones de cáncer de mama metastásico, como puede ictericia o síntomas neurológicos. Estos

síntomas son "no específicas", lo que significa que también pueden ser manifestaciones de muchas otras enfermedades.

La mayoría de los síntomas del trastorno de mama no salen a representar el cáncer de mama subyacente. Las enfermedades benignas de mama como la mastitis y el fibroadenoma de mama son las causas más comunes de los síntomas del trastorno de mama. La aparición de un nuevo síntoma debe ser tomado en serio por los pacientes y sus médicos, debido a la posibilidad de un cáncer de mama subyacente a casi cualquier edad.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros signos que pueden aparecer son:

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras de la piel.
- Inflamación de una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna.
- Deformidad de la mama.
- Secreción mamaria, sobre todo si contiene sangre.
- Hundimiento del pezón.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- Dolor óseo.
- Dolor o molestia en las mamas.
- Úlceras cutáneas.
- Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer).
- Pérdida de peso.

Hay que enfatizar que el cáncer de mama puede manifestarse como una tumoración asintomática y que cuando ya hay retracción de la piel sea un cáncer avanzado, por lo que al detectar una masa, la paciente debe buscar ayuda profesional y pedir un diagnóstico exacto basado en estudios y no en presunción clínica.

1.1.3. LOS TIPOS DE CÁNCER DE MAMA SON:

El Carcinoma Ductal IN SITU:

Es un cáncer de seno no invasivo. El término in situ significa “en el sitio”. El cáncer no invasivo es un crecimiento anormal de las células que aún está dentro del área donde se origina. El DCIS se desarrolla cuando las células que recubren el conducto crecen sin control, pero permanecen dentro del conducto del seno.

Se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad “pre maligna” puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

Estas células cancerosas no han invadido el tejido circundante del seno. El DCIS – conocido también como carcinoma intraductal— afecta sólo los conductos del seno.

Estos conductos transportan la leche de los lobulillos (donde se produce) al pezón. El DCIS puede afectar sólo un área del conducto (unifocal) o más de un área del conducto (multifocal). El DCIS es un cáncer no invasivo que si se deja sin tratamiento, al paso del tiempo las células cancerosas pueden esparcirse más allá del conducto. El DCIS debe recibir tratamiento para reducir la probabilidad de que se convierta en un cáncer invasivo del seno.

Diferentes tipos de DCIS

Con seguridad se sabrá que tipo de DCIS se posee luego que el médico tratante revise en el informe patológico ya que existen 5 diferentes tipos de DCIS que se caracterizan por la forma en la que se presentan en la mama.

Cribiforme es una agrupación de células con huecos (como una esponja)

Sólido es una agrupación de células sin espacios.

El tipo papilar se ve como crecimientos grandes en forma de flor

Las células micropapilares son parecidas a las células papilares pero son más pequeñas.

En el tipo comedo, el centro de los conductos está lleno de células muertas (necrosis) lo cual lo hace ver blanco. Este es el tipo de DCIS más

agresivo y de rápido crecimiento. Es también el tipo con mayor probabilidad de convertirse en un cáncer invasivo del seno en el futuro.

El Carcinoma Ductal INFILTRANTE:

(O invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

Es un bulto muy duro que tiene bordes irregulares y parece estar anclado en los tejidos circundantes es la forma característica del carcinoma ductal infiltrante. Es posible que la piel que cubre la zona o que el pezón se retracten (que se hundan).

Esta característica hace que sean más difíciles de detectar por examen físico o incluso con estudios mamográficos. El núcleo de las células tumorales es pequeño y las figuras mitóticas son poco frecuentes.

En las mamografías, con frecuencia se encuentran micro-calcificaciones en la zona del tumor, ya que este tumor tiene una historia de muerte de sus células internas (necrosis). El tumor varía en tamaño y rapidez en la división de las células, ya que algunas células crecen más rápidamente que otras.

Este tipo de carcinoma no es muy frecuente y posiblemente no sea primario sino que procede del carcinoma lobulillar in situ. Se considera poco común, pero es de gran interés ya que tiende a ser bilateral con más frecuencia que un carcinoma ductal. Suele ser multicéntrico en la misma mama.

A veces crece de forma lobulillar, encontrándose en una zona difusa e infiltrante y otras veces lo hace en focos aislados y dispersos, su localización más frecuente en el CSE, lo cual no quiere decir que se presente sólo en este sitio. Ocasionalmente se desarrollan a partir de un carcinoma in situ asintomático, pero cuando está en un período avanzado el carcinoma lobulillar produce nódulos bien definidos y firmes o producir masas más grandes de consistencia dura. Algunas veces se adhieren a la piel y ocasionar retracción del pezón.

Mamográficamente los carcinomas lobulillares son descubiertos en fases precoces de degeneración como carcinomas ocultos. En una mama cuyo contenido principal es grasa pueden verse nódulos irregulares y de contornos nítidos con ramificaciones en forma de estrellas. Por el contrario, en masas densas cuyo contenido principal es parénquima puede pasar inadvertido pues su estructura es lobulillar. Ocasionalmente se puede parecer a un carcinoma medular, cuando su morfología es de contornos lisos.

1.1.4. Enfermedad de Paget

La enfermedad de Paget se origina en los conductos excretores principales de la mama, se extiende hasta afectar la piel, el pezón y la areola, apareciendo en la zona alteraciones eczematosas como consecuencia de la infiltración cutánea maligna. Esta lesión afecta primordialmente a la piel.

A menudo el pezón y la areola presentan fisuras, formación de úlceras y exudación, generalmente se ulcera en su totalidad el pezón, ocasionalmente se presentan masas o bultos.

1.1.4.1. Comedocarcinoma Infiltrante.-

Macroscópicamente el comedocarcinoma es igual al carcinoma ductal, su característica más destacada es la formación de grandes áreas de necrosis; la extensión del tumor se propaga a través del árbol ductal, pudiendo aparecer focos de microinvasión. Existen diversos grupos de microcalcificaciones de etiología maligna que se encuentran a lo largo de los ductos dirigiéndose al pezón. El diagnóstico hecho por mamografía nos confirma los datos típicos si tener que contrastar con la ecografía.

1.1.4.2. Carcinoma Papilar Infiltrante

Este tumor se considera un tipo de variante más invasora o tardía del carcinoma papilar no infiltrante, es de curso lento, presenta masas blandas a la palpación contrario a otros cánceres cuya consistencia es más fibrosa. Mamográficamente se observan nódulos. El tumor alcanza gran tamaño antes de presentar una extensión a ganglios axilares. Las alteraciones de la piel como el edema cutáneo y la retracción del pezón hablan de la lentitud de la infiltración hacia los ganglios linfáticos.

Es común la existencia de una relación entre el carcinoma papilar no infiltrante con el infiltrante. Tiene un mejor pronóstico a cinco años que otros carcinomas.

1.1.4.3. Carcinoma Coloide

También se conoce como carcinoma mucoide o gelatinoso, tiene una forma de crecimiento invasora, apareciendo como un nódulo blando de consistencia gelatinosa. Macroscópicamente puede tener un parecido con un fibroadenoma.

A la palpación puede parecer un nódulo liso no muy resistente. Las células cancerosas se encuentran en masas mucosas sueltas, formando pequeños grupos o dispersas.

El tumor coloide generalmente es de mejor pronóstico cuanto más sea su contenido de moco.

El índice de supervivencia es mayor que el resto de carcinomas ductales infiltrantes teniendo en cuenta las pocas metástasis ganglionares que produce. Mamográficamente se distingue la imagen de una sombra redondeada de contornos lisos que con frecuencia se confunden como un nódulo benigno por no producirse infiltración ni microcalcificaciones.

Carcinoma Medular.

Tiende a formar masas tumorales de hasta 5 a 10 cm de diámetro. El tejido tumoral está formado por células grandes redondas u ovals. A la palpación el tumor puede parecer bien definido de consistencia blanda y carnosa, pudiéndose confundir con un nódulo mastopático benigno o bien un quiste pero microscópicamente se observa una zona de fibrosis peritumoral o infiltración celular. Es raro encontrar adherencias a la piel. Suele manifestarse de forma bilateral con metástasis axilares.

Existen numerosos focos de necrosis y hemorragia dentro del tumor. La aparición de este tipo de carcinoma se puede dar en edades más tempranas en comparación con otros tipos de tumores.

En la imagen mamográfica se aprecia un nódulo redondo, lobulado y de contornos lisos, el cual se puede confundir fácilmente con quistes o fibroadenomas.

Tomando de referencia la mamografía puede dar lugar a diagnósticos erróneos al mostrar bordes lisos, sin embargo, al observar con detenimiento la imagen es posible ver que todos los bordes no son lisos como resultado del edema peritumoral, requiriéndose una PAAF o biopsia incisional.

El pronóstico de este tipo de tumores es mejor que el del resto de carcinomas infiltrantes aún en la existencia de metástasis en los ganglios axilares. La supervivencia a los 10 años se encuentre entre el 70% y 90%
El Carcinoma Lobular IN SITU (CLIS):

Se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) la zona del seno donde se produce la leche el recubrimiento normal de las células del lobulillo crece más de lo normal y llena todo el lobulillo. Las células del CLIS permanecen dentro del lobulillo del seno y raramente se convierten en cáncer de seno. Por lo general no puede diagnosticarse con un examen físico o una mamografía. y, al tocar, podría sentirse como un engrosamiento del cuadrante superior exterior del seno (desde el pezón hasta la axila) a medida que va infiltrando las paredes de los lóbulos.

El CLIS se detecta con frecuencia por accidente cuando se efectúa una biopsia para diagnosticar otro problema del seno o una masa sospechosa y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

Si este tipo de cáncer no recibe tratamiento, aproximadamente el 30 por ciento de las pacientes desarrollarán cáncer de mama invasivo en un

promedio de 10 años a partir del diagnóstico inicial. Una variedad de factores finalmente influyen la decisión de la paciente de recibir tratamiento para el cáncer. El objetivo de recibir tratamiento para el cáncer podría ser para mejorar los síntomas al controlar localmente el cáncer o para prolongar la supervivencia de la paciente. Los beneficios potenciales de recibir tratamiento para el cáncer deben ser sopesados detenidamente con los riesgos potenciales de recibir dicho tratamiento.

El carcinoma ductal in situ puede ser considerado con un crecimiento precanceroso o de etapa temprana de las células anormales en los conductos del seno. Históricamente, era extremadamente poco común encontrar este tipo de cáncer en mujeres y se prestaba poca atención a la definición de un tratamiento óptimo para el mismo.

Esto se debe a que el carcinoma ductal in situ puede ser bien tratado casi el 100 por ciento de las veces con una mastectomía quirúrgica. Otras opciones de tratamiento ahora incluyen la tumorectomía y la radiación. Con el mayor uso de mamografías de detección, es más probable que a las mujeres se les diagnostique el cáncer en una etapa más temprana, y por lo tanto, el número de mujeres que son diagnosticadas con carcinoma ductal in situ está aumentando.

1.1.4.4. El Carcinoma Lobular INFILTRANTE:

(O invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.

En aproximadamente el 30 por ciento de los casos, este cáncer se encuentra con frecuencia en el seno opuesto. Con frecuencia se

encuentra en otras partes del mismo seno (multicéntrico). Las últimas señales de que hay un tumor grande podrían ser el hundimiento o fruncimiento de la piel que cubre la zona. La mayoría de los tumores son positivos para los receptores de estrógeno y progesterona y, por ello, responden bien a la terapia hormonal.

El carcinoma lobular infiltrante algunas veces tiene mayor incidencia de difusión al útero y los ovarios

1.1.4.5. El Carcinoma INFLAMATORIO:

Es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura.

La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

Se caracteriza por un enrojecimiento, un aumento de la temperatura o una apariencia de cáscara de naranja en la piel del pecho. Una mama con apariencia roja, de manera constante, debe ser sometida a una biopsia.

Puede causar un bulto o masa, o puede no causarlos.

El tratamiento incluye la quimioterapia agresiva, seguida de cirugía y terapia de radiación.

Cualquier mujer que presente señales persistentes de enrojecimiento o inflamación del pecho que no desaparezcan con antibióticos debería consultar en la clínica de cáncer inflamatorio de mama.

Es un tipo de cáncer de seno que es poco común, pero muy agresivo. Las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos de la piel del seno. Este tipo de cáncer de seno se llama "inflamatorio" porque muchas veces el seno se ve hinchado y enrojecido, o "inflamado".

El cáncer inflamatorio de seno representa del 1 al 5 por ciento de todos los casos de cáncer de seno. Suele ser diagnosticado en mujeres más jóvenes en comparación con los otros tipos de cáncer de seno. Las mujeres afro-americanas padecen cáncer inflamatorio de seno más frecuentemente y a una edad más joven que las blancas, es una forma particularmente agresiva de la enfermedad que puede matar en unos pocos meses si no hay tratamiento.

Así como otros tipos de cáncer de seno, los hombres pueden también ser diagnosticados con cáncer inflamatorio de seno, pero ordinariamente a una edad mayor que en las mujeres. Algunos estudios han mostrado una asociación entre un historial familiar de cáncer de seno y el cáncer inflamatorio de seno, pero se necesitan más estudios para obtener conclusiones sólidas.

1.1.5. DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD.

1.1.5.1. Estadios del Cáncer

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la

mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM:

- La letra T, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.
- La letra N, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.
- La letra M, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.
- La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV. :

ESTADIO I:

En el estadio I, el cáncer ya se formó. El estadio I se divide en los estadios IA y IB.

- En el estadio IA, el tumor mide dos centímetros o menos, y no se diseminó fuera de la mama.
- En el estadio IB se presenta una de las siguientes situaciones:

- No se encuentra un tumor en la mama, pero se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 milímetros, pero no mayores de 2 milímetros) en los ganglios linfáticos.
- El tumor mide dos centímetros o menos, y se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 milímetros pero no mayores de 2 milímetros) en los ganglios linfáticos, no hay metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

ESTADIO II: abarca las siguientes situaciones:

- No mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- -Mide entre 2 y 5 cm y puede o no haberse extendido.
- -Mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados. El índice de supervivencia a 5 años es del 88-76%.

El estadio II se divide en los estadios IIA y IIB.

- En el estadio IIA:
- No se encuentra un tumor en la mama, pero se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos axilares (ganglios linfáticos debajo del brazo), o
- El tumor mide dos centímetros o menos, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares, o
- El tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros, y no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.

- En el estadio IIB, el tumor tiene una de las siguientes características:
- Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares, o
- Mide más de cinco centímetros, pero no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares

ESTADIO III: se divide en estadio IIIA IIIB y IIIC:

- El estadio IIIA puede integrar a las siguientes formas:
 - El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras.
 - El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 56%.
- El estadio IIIB puede darse en los siguientes casos:
 - El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
 - El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 46%.

EL estadio IIIC puede no haber signos de cáncer en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño y se puede haber diseminado hasta la pared torácica o a la piel de la mama. Asimismo, el cáncer:

- Se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba o debajo de la clavícula.
- Se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares o hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer de mama en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable y estadio IIIC inoperable.

En el estadio IIIC operable, el cáncer:

- Se encuentra en 10 o más ganglios linfáticos axilares; o
- Se encuentra en los ganglios linfáticos debajo de la clavícula; o
- Se encuentra en ganglios linfáticos axilares y en los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

En el estadio IIIC no operable del cáncer de mama, el cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba de la clavícula.

ESTADIO IV:

Se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 16%.

CAPITULO II

2.1. DIAGNOSTICO

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento.

Hay muchas mujeres que dicen que no sentían nada ni vieron nada hasta que un profesional de la salud les trajo el problema a su atención. Las mujeres más jóvenes, en particular, no pueden identificar una masa debido a que su tejido de la mama tiende a ser más denso.

Por regla general, un cambio que se está produciendo en las mamas que no se puede conectar con tu ciclo menstrual debe ser revisado inmediatamente. Más concretamente, los síntomas exteriores que no se debe ignorar son: secreción del pezón, cambios en la apariencia del pezón, la areola o en la piel del seno, un cambio en la forma del pezón o como el pecho se siente, el dolor no vinculado con el ciclo menstrual, o cualquier bulto en o cerca del seno, la axila o la clavícula.

2.1.1. Autoexploración:

La autoexploración sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio.

En las revisiones ginecológicas, el médico comprueba que no exista ninguna irregularidad en las mamas, también que no haya ninguna inflamación de los ganglios linfáticos axilares.

La autoexploración debe realizarse después de la menstruación, las mujeres menopáusicas deberán asociarla a un día del mes, pues conviene que se realice siempre en estados similares.

La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea más adecuado. A algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, a otras, pueden preferir hacerla al acostarse.

La manera más adecuada, para observar los cambios en las mamas, es situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Tendrá que observar la simetría de las mamas, el aspecto de la piel, el perfil, etc.

Hay que buscar zonas enrojecidas, bultos u hoyuelos. El aspecto no debe recordar la piel de naranja. Los pezones y areolas no deben estar retraídos o hundidos.

Una vez hecho lo anterior, tiene que repetir la operación pero con los brazos elevados sobre el cuello. Los senos deberán elevarse de la misma manera y, en esa posición, comprobar que no hay ningún bulto u hoyuelo. La palpación puede realizarse una vez enjabonada, en la ducha, o acostada en la cama con una almohada debajo del hombro correspondiente al seno que se vaya a examinar. Conviene repetirla en distintas posturas: tumbada y de pie.

Se debe utilizar la mano contraria a la mama que va a palparse. La presión será la suficiente como para reconocer bien el seno.

Se pueden realizar varios movimientos para la exploración:

1) Con la yema de tres dedos hay que ir realizando movimientos circulares desde la parte más externa de la mama hacia el pezón, a modo de espiral.

2) Otro movimiento que se puede realizar con los dedos es en forma de eses, ir recorriendo el seno de un lado al otro.

3) El tercer movimiento es radial, comenzando desde el pezón hacia fuera.

Conviene ser muy cuidadosa en la zona del cuadrante superior externo, pues están cercanos los ganglios axilares, y es ahí donde se detectan el mayor número de tumores.

Hay que comprimir un poco el pezón y comprobar si se produce alguna secreción (avise al médico si esto es así, intente identificar el color de la secreción).

Una vez explorada la mama, hay que realizar la exploración de la axila para intentar descubrir la existencia de bultos en esta zona.

2.1.2. Mamografía:

Es una radiografía de las mamas que se utiliza para encontrar tumores y para ayudar a establecer la diferencia entre enfermedad no cancerosa (benigna) y cancerosa (maligna).

2.1.3. Ecografía:

Es una técnica secundaria en el diagnóstico de cáncer de mama. Se emplean ultrasonidos que son convertidos en imágenes.

Su utilidad se encuentra en que con ella se pueden diferenciar los tumores formados por líquido (quistes) de las masas sólidas. La importancia de detectar esa diferencia es mucha pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas, mientras que las masas sólidas precisan de una biopsia.

Además, en mujeres jóvenes con mamas densas es posible que el radiólogo prefiera hacer una ecografía en lugar de una mamografía ya que esta prueba presenta más sensibilidad en estos casos.

2.1.4. Resonancia magnética nuclear (RMN)

La resonancia magnética es una forma no invasiva de tomar imágenes del cuerpo.

Esta técnica emplea los campos magnéticos y los espectros emitidos por el fósforo en los tejidos corporales y los convierte en imagen. Con ella se puede observar la vascularización del tumor.

A diferencia de las radiografías y la tomografía computarizada (TC), que utilizan radiación, la resonancia magnética utiliza imágenes y ondas de radio potentes. El escáner para la resonancia magnética contiene el imán. El campo magnético producido por una resonancia magnética es aproximadamente 10,000 veces mayor que el de la tierra.

El campo magnético fuerza a los átomos de hidrógeno en el cuerpo a alinearse de una cierta forma (similar a la forma como se mueve la aguja

de una brújula cuando uno la sostiene cerca de un imán). Cuando se envían las ondas de radio hacia los átomos de hidrógeno alineados, éstas rebotan y una computadora registra la señal. Los diferentes tipos de tejidos devuelven señales diferentes.

Las imágenes por resonancia magnética solas se denominan cortes y se pueden almacenar en una computadora o imprimir en una película. Un examen produce docenas o algunas veces cientos de imágenes.

2.1.5. Tomografía axial computadorizada (TAC)

Consiste en una técnica de rayos X, utiliza un haz giratorio, con la que se visualiza distintas áreas del cuerpo desde diferentes ángulos. Sirve para el diagnóstico de las metástasis, no del cáncer de mama propiamente dicho.

2.1.6. Tomografía por emisión de positrones (PET)

Es un examen imagenológico que utiliza una sustancia radiactiva (llamada marcador) para buscar una patología en el cuerpo.

Consiste en inyectar un radio fármaco combinado con glucosa que será captado por las células cancerosas, de existir un cáncer, pues éstas consumen más glucosa. El radio fármaco hará que se localicen las zonas donde se encuentre el tumor.

A diferencia de la resonancia magnética (IRM) y las tomografías computadorizadas (TC), que revelan la estructura de órganos y el flujo sanguíneo hacia y desde éstos, una TEP muestra cómo están funcionando los órganos y tejidos.

2.2. BIOPSIA

Es la extirpación o extracción de tejido mamario con el fin de examinarlo en búsqueda de cáncer de mama u otros trastornos.

2.2.1. BIOPSIA ASPIRATIVA

El sitio de inyección se limpia y luego se aplica un anestésico local. Se pueden extraer líquido o células con una aguja que está adherida a una jeringa (aspiración con aguja fina), pero la extirpación de un trozo de tejido requiere el uso de un aparato con aguja especial. Se pueden tomar varias muestras de la misma área. Cuando se usan las radiografías, se puede colocar un pequeño clip de metal en la mama en el área de la biopsia con el fin de marcarla para futuras mamografías.

Una vez que se ha tomado la muestra de tejido, se retira la aguja, se presiona el sitio de la punción para detener cualquier sangrado que se presente y se coloca un vendaje para absorber cualquier líquido.

2.2.2. BIOPSIA ABIERTA

Una biopsia abierta puede extirpar parte (biopsia por incisión) o toda (biopsia por escisión) el área de interés. Si se extirpa todo el tumor o área de interés, se trata de un procedimiento que también recibe el nombre de tumorectomía.

Generalmente, la persona se acuesta boca arriba para realizarle este procedimiento. Dependiendo del paciente y del tamaño del tumor, las opciones de anestesia incluyen: anestesia local, anestesia local con sedación o anestesia general. Se hace una incisión y se extirpa el tejido mamario.

2.3. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquel factor que predispone al desarrollo de una enfermedad, es decir que si este factor no se tiene en cuenta, la posibilidad de que se desarrolle una enfermedad se hace más probable.

Hoy en día, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Este daño proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos (tales como la exposición a radiación ionizante). Algunos factores como la exposición a estrógenos llevan a un incrementado rango de mutación, mientras que otros factores como los oncogenes BRCA1, BRCA2, y p53 causan reparo disminuido de células dañadas.

Los humanos no son los únicos mamíferos capaces de desarrollar cáncer de mama. Las perras, gatas y algunos tipos de ratones, principalmente el ratón doméstico, son susceptibles de desarrollar cáncer de mama que se sospecha es causado por mutagénesis insercional aleatoria por el virus del cáncer de mama en el ratón (MMTV). La sospecha de la existencia de origen viral del cáncer de mama es controversial, y la idea no es mayormente aceptada por la falta de evidencia definitiva o directa.

2.3.1. Edad

El riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres.

Para una mujer que vive más allá de los 90 años la probabilidad de tener cáncer de mama durante toda su vida es de 12,5% o 1 en 8.

Un tipo de cáncer de mama que ocurre y es especialmente agresivo y desproporcional en las mujeres jóvenes es el cáncer de mama inflamatorio. Suele ser descubierto en el estadio III o estadio IV. También es característico porque normalmente no se presenta con masa por lo tanto no es detectado con mamografía o ecografía. Se presenta con los signos y síntomas de una mastitis.

2.3.2. Genes

Dos genes, el BRCA1 y el BRCA2, han sido relacionados con una forma familiar rara de cáncer de mama. Las mujeres cuyas familias poseen mutaciones en estos genes tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama. No todas las personas que heredan mutaciones en estos genes desarrollarán cáncer de mama.

Conjuntamente con la mutación del oncogén p53 característica del síndrome de Li-Fraumeni, estas mutaciones determinarían aproximadamente el 5% de todos los casos de cáncer de mama, sugiriendo que el resto de los casos son esporádicos. Recientemente se ha encontrado que cuando el gen BRCA1 aparece combinado con el gen BRCA2 en una misma persona, incrementa su riesgo de cáncer de mama hasta en un 87%.

Otros cambios genéticos que aumentan el riesgo del cáncer de mama incluyen mutaciones del gen PTEN (síndrome de Cowden), STK11 (síndrome de Peutz-Jeghers) y CDH1 (Cadherina-E); su frecuencia y aumento del riesgo para el cáncer de mama aún no se conoce con

exactitud. En más del 50% de los casos se desconoce el gen asociado al cáncer de mama heredado. En comparación con países con población totalmente caucásica, la prevalencia de estas mutaciones en la población de América Latina es posiblemente menor.

Un paciente tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, cáncer de ovario o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

2.3.3. Hormonas

Los estrógenos exógenos, en especial los utilizados en la terapia de sustitución hormonal junto a la predisposición genética, constituyen los elementos de mayor peso en la aparición del cáncer de mama. Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia. También se ha descrito un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que toman anticonceptivos orales.

Entre los factores asociados a hormonas femeninas y una mayor frecuencia de cáncer de mama se incluyen la precocidad en la madurez sexual (antes de los 12 años), la menopausia después de los 50 años, la nuliparidad y el primer embarazo a término logrado después de los 30 o 35 años. Por otro lado, si la primera menstruación ocurre después de los 12 años, la menopausia es antes de los 50 años, o el primer embarazo ocurre antes de los 10-20 años que sigue a la primera menstruación, el riesgo de cáncer de mama es menor.

Estudios epidemiológicos han sugerido que una dieta con alto contenido de fitoestrógenos, que son compuestos polifenólicos similares al estradiol

y presentes en plantas tales como soya, cereales y otros 300 vegetales y legumbres, puede estar asociada con baja incidencia de cáncer de mama, sin embargo los estudios científicos siguen arrojando conclusiones contradictorias.

2.3.4. Otros

Sin embargo, aunque existe el riesgo de perder la capacidad de tener hijos (debido fundamentalmente a que la quimio y radioterapia pueden destruir los tejidos reproductores), existen en la actualidad diferentes medios de preservación de fertilidad, que están disponibles en los centros sanitarios para prevenir este problema.

Se ha sugerido que la polución ambiental, los productos químicos de los desodorantes, los sostenes tipo aro con varillas y los implantes de mama aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, sin embargo, no existe aún base científica para confirmar que estos factores aumenten el riesgo. Las mujeres que tomaron dietilestilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años. Esta droga se les suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.

La obesidad ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo es controvertido. La teoría es que las mujeres obesas producen más estrógeno, el cual puede estimular el desarrollo de este cáncer.

Si un paciente recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, existe un mayor riesgo mayor de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la

radiación, mayor será el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas.

Se discute la influencia del licor sobre el riesgo de cáncer de mama. Debe sin embargo hacerse énfasis que mujeres que no tienen ningún factor de riesgo conocido pueden desarrollar cáncer de mama, por lo que la ausencia de factores de riesgo no debe causar una falsa sensación de seguridad.

2.4. TRATAMIENTO

Hay diferentes tratamientos disponibles para los pacientes con cáncer de mama. Algunos tratamientos son estándar (el tratamiento actualmente usado) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos. Un ensayo clínico de tratamientos consiste en un estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre nuevos tratamientos para pacientes de cáncer.

Cuando los ensayos clínicos muestran que un nuevo tratamiento es mejor que el tratamiento estándar, el tratamiento nuevo se puede convertir en el tratamiento estándar. Los pacientes deberían pensar en participar en un ensayo clínico. Algunos ensayos clínicos están abiertos solo para pacientes que no han comenzado un tratamiento.

2.4.1. Se usan cuatro tipos de tratamiento estándar:

2.4.1.1. Cirugía

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos

de los ganglios linfáticos de abajo del brazo y se observan bajo un microscopio para verificar si contienen células cancerosas.

Cirugía conservadora de la mama, una operación para extirpar el cáncer, pero no la mama misma. Incluye los siguientes procedimientos:

- Lumpectomía: cirugía para extirpar el tumor (masa) y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor del mismo.
- Mastectomía parcial: cirugía para extirpar la parte de la mama que tiene cáncer y algo del tejido normal que la rodea. Este procedimiento también se llama mastectomía segmentaria.

A los pacientes tratados con cirugía conservadora de la mama, también se les puede extirpar algunos de ganglios linfáticos de abajo del brazo para someterlos a biopsia. Este procedimiento se llama disección de ganglio linfático. Se puede realizarse al mismo tiempo que la cirugía conservadora de la mama o después. La disección de ganglio linfático se realiza a través de una incisión separada.

2.4.1.2. Otros tipos de cirugía incluyen los siguientes procedimientos:

Mastectomía total: cirugía para extirpar toda la mama que contiene cáncer. También se pueden extraer algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo para observarlos bajo un microscopio y verificar si hay signos de cáncer. Este procedimiento también se llama mastectomía simple. Esto se realiza a través de una incisión separada.

Mastectomía radical modificada: cirugía para extirpar toda la mama que tiene cáncer, la mayoría de los ganglios linfáticos de abajo del brazo, el revestimiento de los músculos pectorales y, a veces, parte de los músculos de la pared del pecho.

Mastectomía radical: cirugía para extirpar la mama que contiene cáncer, los músculos de la pared del pecho de abajo de la mama y todos los ganglios linfáticos de abajo del brazo. Este procedimiento a veces se llama mastectomía radical de Halsted.

Incluso si el médico extirpa todo el cáncer que se puede ver en el momento de la cirugía, algunos pacientes pueden recibir radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía para destruir todas las células cancerosas que queden. El tratamiento administrado después de la cirugía para aumentar las posibilidades de curación se llama terapia adyuvante.

Si el paciente va a tener una mastectomía, se puede considerar la reconstrucción de la mama (cirugía para reconstruir la forma de una mama después de la mastectomía). La reconstrucción de mama puede hacerse en el momento de la mastectomía o después.

La reconstrucción puede realizarse con el propio tejido (no de la mama) de la paciente o mediante el uso de implantes rellenos con un gel salino o de silicona.

2.4.2. Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia. La radioterapia externa usa una máquina fuera del cuerpo que envía radiación al área donde se encuentra el cáncer. La radioterapia interna usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro del cáncer o cerca del

mismo. La forma en que se administra la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado.

2.4.3. Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra por boca o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan a la corriente sanguínea y afectan a células cancerosas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando.

2.4.4. Terapia hormonal

La terapia hormonal es un tratamiento del cáncer por el que se extraen las hormonas o se bloquea su acción, y se impide el crecimiento de las células cancerosas. Las hormonas son sustancias elaboradas por las glándulas del cuerpo que circulan por la corriente sanguínea. Algunas hormonas pueden hacer crecer ciertos cánceres. Si las pruebas muestran que las células cancerosas ofrecen sitios donde pueden adherirse las hormonas (receptores) se utilizan medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedir que funcionen. La hormona estrógeno, que hace crecer algunos cánceres de mama, es elaborada en su mayor parte por los ovarios. El tratamiento para impedir que los ovarios elaboren estrógeno se llama ablación ovárica.

La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y a pacientes con cáncer metastático de mama (cáncer que se ha diseminado hasta otras partes del cuerpo).

La terapia hormonal con tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y puede aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que toman tamoxifeno deben someterse a un examen pélvico todos los años para verificar si hay signos de cáncer. Todo sangrado vaginal que no sea sangrado menstrual debe comunicarse a un médico tan pronto como sea posible.

2.4.5. Biopsia del ganglio linfático centinela seguida de cirugía.

La biopsia del ganglio linfático centinela es un procedimiento para extraer el ganglio linfático centinela durante una cirugía.

El ganglio linfático centinela es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático de un tumor y es el primer ganglio linfático donde es posible que el cáncer se disemine desde el tumor. Se inyecta una sustancia radioactiva o un tinte azul cerca del tumor. La sustancia o el tinte fluyen a través de los conductos linfáticos hasta los ganglios linfáticos

Se extrae el primer ganglio que recibe la sustancia o el tinte. Un patólogo observa el tejido bajo un microscopio para verificar si hay células cancerosas. Cuando no se detectan células cancerosas, puede no ser necesario extraer más ganglios linfáticos. Después de la biopsia del ganglio linfático centinela, el cirujano extirpa el tumor (cirugía conservadora de la mama o mastectomía).

2.4.6. Dosis alta de quimioterapia con trasplante de células madre.

La dosis alta de quimioterapia con trasplante de células madre es una forma de administrar dosis de altas de quimioterapia y reemplazar las células generadoras de sangre destruidas por el tratamiento del cáncer.

Las células madre (células sanguíneas inmaduras) se extraen de la sangre o la médula ósea del mismo paciente o un donante, y se congelan y almacenan. Después de finalizar la quimioterapia, las células madre guardadas se descongelan y se reinyectan al paciente mediante una infusión. Estas células madre reinyectadas crecen (y restauran) las células sanguíneas en el cuerpo.

Algunos estudios han mostrado que con las dosis altas de quimioterapia seguidas de un trasplante de células madre no se obtienen mejores resultados que con la quimioterapia estándar en el tratamiento del cáncer de mama. Los médicos han decidido que, por ahora, las dosis altas de quimioterapia solo deben probarse en los ensayos clínicos. Antes de participar en un estudio de este tipo, las mujeres deben consultar con sus médicos sobre los efectos secundarios graves, incluso la muerte, que pueden causar las dosis altas de quimioterapia.

2.4.7. Anticuerpos monoclonales como terapia adyuvante

La terapia con anticuerpos monoclonales es un tratamiento para el cáncer que usa anticuerpos producidos en el laboratorio a partir de un tipo único de células del sistema inmunitario. Estos anticuerpos pueden identificar sustancias en las células cancerosas o sustancias normales del cuerpo que pueden ayudar a crecer las células cancerosas. Los anticuerpos se adhieren a las sustancias y destruyen las células cancerosas, impiden su crecimiento o previenen que se diseminen. Los anticuerpos monoclonales se administran por infusión.

Pueden usarse solos o para llevar medicamentos, toxinas o material radiactivo directamente hasta las células cancerosas. Los anticuerpos monoclonales también se pueden usar en combinación con la quimioterapia como terapia adyuvante.

2.4.8. Inhibidores de la tirosina cinasa como terapia adyuvante

Los inhibidores de la tirosina cinasa son medicamentos de terapia dirigida que bloquean las señales que los tumores necesitan para crecer. Se pueden usar inhibidores de la tirosina cinasa combinados con otros medicamentos como terapia adyuvante.

El lapatinib es un inhibidor de la tirosina cinasa que bloquea los efectos de la proteína HER2 y otras proteínas del interior de las células tumorales. Se puede usar para tratar a las pacientes con cáncer de mama positivo al HER2 que ha empeorado después del tratamiento con trastuzumab.

2.4.9. Los pacientes deberían pensar en participar en un ensayo clínico.

Para algunos pacientes, quizás la mejor elección de tratamiento sea participar en un ensayo clínico. Los ensayos clínicos forman parte del proceso de investigación del cáncer. Los ensayos clínicos se llevan a cabo para determinar si los tratamientos nuevos para el cáncer son seguros y eficaces, o mejores que el tratamiento estándar.

Muchos de los tratamientos estándar actuales se basan en ensayos clínicos anteriores. Los pacientes que participan en un ensayo clínico pueden recibir el tratamiento estándar o estar entre los primeros en recibir el tratamiento nuevo.

Los pacientes que participan en los ensayos clínicos también ayudan a mejorar la forma en que se tratará el cáncer en el futuro. Aunque los ensayos clínicos no conduzcan a tratamientos nuevos eficaces, a menudo responden a preguntas importantes y ayudan a avanzar en la investigación.

Los pacientes pueden entrar a formar parte de los ensayos clínicos antes, durante o después de comenzar su tratamiento para el cáncer.

Algunos ensayos clínicos sólo incluyen a pacientes que todavía no recibieron tratamiento. Otros ensayos prueban los tratamientos para los pacientes cuyo cáncer no ha mejorado.

También hay ensayos clínicos que prueban nuevas maneras de impedir que el cáncer recurra (vuelva) o de reducir los efectos secundarios del tratamiento del cáncer.

2.4.10. Pueden necesitarse pruebas de seguimiento.

Algunas de las pruebas que se usaron para diagnosticar el cáncer o para determinar el estadio del cáncer pueden repetirse. Algunas pruebas se repiten para asegurarse de que el tratamiento es eficaz. Las decisiones acerca de seguir, cambiar o suspender el tratamiento pueden basarse en los resultados de estas pruebas.

Algunas de las pruebas seguirán repitiéndose esporádicamente después de terminar el tratamiento. Los resultados de estas pruebas pueden mostrar si su afección ha cambiado o si el cáncer ha recurrido (volvió). Estas pruebas a veces se llaman pruebas de seguimiento o exámenes médicos.

2.4.11. Opciones de tratamiento para el cáncer del seno (mama) inflamatorio

El tratamiento del cáncer de mama inflamatorio puede incluir los siguientes procedimientos:

- Quimioterapia sistémica.
- Quimioterapia sistémica seguida de cirugía (cirugía conservadora de la mama o mastectomía total), con disección de ganglio linfático seguida por radioterapia. Puede administrarse terapia sistémica adicional (quimioterapia, terapia hormonal o ambas).
- Participación en ensayos clínicos que evalúan medicamentos nuevos contra el cáncer, combinaciones nuevas de medicamentos y formas nuevas de administrar tratamientos.

2.5. Seguimiento

Tras completar el tratamiento para estadios precoces, las pacientes deben realizar un seguimiento apropiado.

El seguimiento debe hacerse cada 4-6 meses los 5 primeros años y luego de forma anual. Debe incluir historia clínica y exploración física así como una mamografía anual de la mama restante y de la contra lateral. No está demostrado que un seguimiento estrecho con gran número de exploraciones aumente la supervivencia, frente al modelo de seguimiento expuesto previamente.

Si el tratamiento incluye el tamoxifeno, debe hacerse una revisión ginecológica anual (su uso se ha asociado con un aumento del riesgo de cáncer de útero).

Si el tratamiento incluye inhibidores de la aromatasa, debe incluir densitometrías periódicas para valorar la descalcificación ósea que pueden potenciar estos fármacos.

El seguimiento ha sido durante mucho tiempo una rutina médica obligada que se ha ido ampliando y mejorando con nuevas técnicas y pautas.

Recientemente se discute su necesidad habiendo incluso quién lo desaconseja, no obstante los ensayos clínicos lo indican, habiendo disparidad de criterios en como efectuarlo (no hacerlo, hacerlo moderadamente, de forma intensiva).

El seguimiento clásico se basaba en una exploración clínica acompañada de otras técnicas con el ánimo de descubrir precozmente las recidivas y/o metástasis.

En conjunto un 50% de pacientes se van a curar y un 70% de las que presentarán metástasis se descubrirán por la aparición de síntomas clínicos que detectará la propia paciente. Hay trabajos que indican que aun tratando las metástasis en forma precoz no se muestran ventajas estadísticas, por lo que se podía concluir que no es necesario realizar el seguimiento, pero esto ha de entenderse de una manera más amplia, incluyendo aspectos clínicos, psicológicos, sociales, etc.

Ha de tenerse en cuenta que:

- El riesgo de cada paciente es diferente
- Las pautas de seguimiento se deben ir modificando en función del tiempo transcurrido.
- Las perspectivas de cada localización metastásica son muy diferentes.
- La paciente está estigmatizada por su cáncer. Todo va a girar en torno a él.

- La posibilidad de otros procesos intercurrentes.
- Si dejamos que las pacientes acudan cuando lo precisen, no se mejoran los resultados, ni siquiera la relación costo/beneficio, generalmente se tiende al aumento del número de consultas y exploraciones.
- Será difícil explicar cómo a unas pacientes se las practica un exhaustivo seguimiento y a otras no.

2.6. Vigilancia

- Utilizando los mismos métodos que cuando se trata de carcinoma invasor.

2.7. Frecuencia

- Historia, exploración y analítica:
- Cada 3-4 meses el primer año.
- Cada seis meses el segundo año.
- Posteriormente anual.
- Tórax y ecografía: A los 6 y 12 meses.
- Gammagrafía: si existe sospecha.
- Mamografías: anuales.
- Estudio inmunitario: si aparecen metástasis.

2.8. Protocolo de la European School of Oncology

- Para el riesgo de recidiva:
- Exploración clínica y mamografía anual

- Citología vaginal, sangre en heces y colonoscopia como en población general.
- Se sabe que las recidivas locales tratadas intensivamente con tratamiento local y sistémico mejora la supervivencia por lo que hemos de hacer hincapié en este aspecto.
- Para el riesgo de metástasis:
- Pruebas según sintomatología
- Un seguimiento intensivo con Rx, Eco, gammagrafias, analíticas, etc. no mejora la supervivencia ni supera a la clínica y mamografía.
- Incrementos de CEA y Ca 15.3 pueden detectar recidiva con unos 6 a 9 meses de antelación.
- Frecuencia:
- Como indicación:
- Cada 3 - 4 meses durante 3 años
- Cada 6 meses durante el 4º y 5º años
- Cada 12 meses a partir del 5º año

2.9. Protocolo de seguimiento del instituto Dexeus

De forma general se sigue el siguiente esquema:

Tabla 3 Protocolo del seguimiento del instituto Dexeus

	Meses						
	3	6	9	12	18	24	36 ²
Exploración clínica	+	+	+	+	+	+	+
Analítica (hemograma, V.S.G., fosfatasa alcalina, GGT, sideremia, creatinina, glucemia)	+			+	+	+	+
Mamografía		+		+	+		
Radiología torácica (TAC)	+			+	+		

Ecografía de la mama operada ¹	+			+	+		
Punción citológica ¹	+			+	+		
¹ Para casos de tratamiento conservador ² A partir de los 3 años se actuará, según criterio clínico, anualmente.							

Fuente: ANDERSON, D.E. 2007.: CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DEL CÁNCER DE MAMA. J. AM.

CANCER SOC. 28: 1500-04, 2008

1 Para casos de tratamiento conservador

2 A partir de los 3 años se actuará, según criterio clínico, anualmente.

La gammagrafía ósea y la ecografía hepática sólo cuando la clínica o la analítica general así lo aconsejen.

En casos localmente avanzados, si se conserva la mama tras quimioterapia neoadyuvante, el control seguirá el esquema propuesto para los casos de tratamiento conservador.

Tomografía axial computerizada: si bien se reconoce mayor posibilidad de diagnóstico con el TAC que con la radiografía simple de tórax, debido a un problema de costes, tan sólo se solicitará TAC torácico de forma selectiva, (casos operados con problemas en el curso de su seguimiento, como es la aparición de recidivas locales, o la presencia de una metástasis única).

Marcadores tumorales se solicitarán de forma selectiva especialmente en casos de mal pronóstico.

Control del endometrio: en los casos de tratamiento con tamoxifeno debe hacerse un control estricto del endometrio: con ecografía y microcolpohisteroscopia y biopsia antes de comenzar el tratamiento, anualmente durante el tratamiento y un año después de terminado el tratamiento.

Detalle del seguimiento en los pacientes operados por cáncer de mama

En casos de mastectomía radical modificada sin tratamiento adyuvante.

a. Primer año:

- 3 meses: control clínico.
- 6 meses: control clínico y analítico (hemograma completo, VSG, fosfatasa alcalina, GGT, sideremia).
- 9 meses: control clínico.
- 1 año: control clínico, control analítico (igual que a los 6 meses), mamografía, radiografía de tórax, (frente y perfil). La gammagrafía ósea y la ultrasonográfica hepática serán opcionales según juicio clínico.

b. segundo año: a partir de la revisión anual se realizarán:

- Controles clínicos y analíticos a los 6 meses.
- Controles clínicos, analíticos, mamográficos y radiografía de tórax anuales.

c. A partir de los 3 años:

- Seguimiento anual, que incluirá pruebas complementarias según criterio clínico, pero como básicos, control clínico analítico, mamográfico y radiografía de tórax.
- En casos de tratamiento conservador, igual al grupo anterior, añadiendo a los controles anuales ecotomografía con punción del lecho tumoral v estudio citológico cuyos resultados confirmarán la radicalidad del tratamiento local y la persistencia recidiva tumoral.
- De todas maneras a partir de estas pautas generales el médico clínico decidirá los controles según la evolución de cada caso.
- En casos de carcinoma in situ:
- Carcinoma intraductal:

- Exploración clínica y radiológica cada 6 meses durante los dos primeros años.
- Los años siguientes: exploración clínica, mamografía y punción-aspiración con aguja fina para estudio citológico, guiada por ecografía.
- Carcinoma lobulillar in situ.

2.10. Reconstrucción mamaria postcirugía

Puede realizarse inmediatamente tras la mastectomía, como continuación del acto operatorio, o de forma diferida, pasados meses o incluso años. Como norma general optamos por la reconstrucción diferida y sólo recurriremos a la reconstrucción inmediata, de forma muy selectiva.

Tanto la técnica de colocar un expansor, como la de emplear colgajos miocutáneos (músculo dorsal ancho o recto anterior del abdomen), tienen inconvenientes, como son, en el caso de los colgajos la prolongación del acto quirúrgico en sí mismo y en general porque se produce una mayor morbilidad, (casos en que es necesaria transfusión de sangre, casos en que se producen necrosis cutáneas por isquemia).

De todas maneras si explicados estos problemas la paciente lo desea, puede optarse por la reconstrucción inmediata, pero debe tenerse en cuenta que son condiciones de exclusión, el conocimiento preoperatorio de ganglios positivos o la necesidad de radioterapia por más de cuatro afectados y casos de tumores T3.

En lo que hace referencia a la reconstrucción de la areola y pezón se hace siempre en un segundo tiempo, con una demora entre 6 semanas y 3 meses.

2.11. El consejo genético tras cáncer de mama operado

En general se aconseja esperar entre 2 y 5 años para autorizar un embarazo. Este criterio viene dado por un lado por el conocimiento de que las recidivas y las metástasis son más frecuentes en los dos primeros años tras el tratamiento quirúrgico y por otro porque en los casos de ganglios positivos y de RH negativos hay más posibilidades de metástasis en los primeros años, por ello:

- Si la axila es negativa y los RH positivos puede aconsejarse la espera de 2 años.
- Si la axila es positiva y los RH negativos puede aconsejarse la espera más prolongada, hacia los 5 años.

De todas maneras aconsejamos individualizar cada caso, contando siempre como aspecto fundamental con el deseo de la paciente y con su participación activa en la toma de decisiones, previa información clara y precisa sobre el tema.

2.11.1. Gestación tras cáncer de mama operado

Es una situación poco frecuente, (menos del 5%). Hoy en día se admite que no aumenta el riesgo de recidivas, en contra de lo que se proclamó clásicamente, durante muchos años. Conducta:

- No interrumpir la gestación salvo que apareciesen metástasis durante la primera parte de la gestación.
- Mantener los controles oncológicos a lo largo de la gestación.
- En caso de recidiva no demorar las exploraciones habituales y poner en práctica el tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta los puntos anteriormente pormenorizados.

2.11.2. Seguimiento de la paciente con cáncer de mama

Historia clínica y examen físico cuidadoso cada 3 a 6 meses por los primeros 3 años, cada 6 a 12 meses por los siguientes 2 años y luego anualmente.

La paciente se debe practicar autoexamen del seno mensualmente.

En toda mujer con diagnóstico de cáncer de seno se practica mamografía anualmente. En las mujeres tratadas con cirugía conservadora de seno se practica la primera mamografía a los 6 meses luego de terminar la radioterapia, después anualmente o como lo indiquen la vigilancia de anomalías. Una vez alcanzada la estabilidad mamográfica, se continúa practicando mamografía anual.

Dado que la mayoría de recurrencias ocurren en los períodos comprendidos entre las consultas médicas, se debe informar a la paciente acerca de los síntomas de recurrencia.

La mayoría de las recurrencias ocurren en los primeros cinco años luego de terminar el tratamiento primario. El control subsecuente debe ser coordinado y no-duplicado, y se lleva a cabo por un médico con experiencia en examen de mama normal e irradiada.

Se recomienda un examen pélvico anual, el cual puede ser a intervalos más prolongados en mujeres con histerectomía abdominal total. Los datos disponibles no permiten recomendar el uso rutinario de cuadro hemático, química sanguínea, radiografía de tórax, gammagrafía ósea, ecografía hepática, Tomografía Computadorizada, marcadores tumorales como CA 15-3, CA 27.29, ACE

2.12. LA IMPORTANCIA DE APOYO PSICOLÓGICO Y SOCIAL PARA LA PACIENTE

El diagnóstico de un cáncer de mama, es para la mujer, un acontecimiento vital adverso que genera un fuerte impacto emocional y que representa un punto de inflexión en su vida. Tiene una serie de repercusiones a distintos niveles: rabia, sensación de incapacidad, deterioro corporal, indefensión, incertidumbre, miedo a morir, entre otros. Muchos de sus proyectos y planes de futuro inmediatos, o a medio y largo plazo se pueden ver truncados, inesperadamente, por este hecho.

Todos estos factores, generan una inestabilidad emocional durante todo el proceso de la enfermedad, generando una amenaza constante a la integridad física, familiar, social, laboral y económica.

Es importante poder intervenir a nivel psicológico en todo el proceso clínico desde el momento de la detección.

La paciente tendrá que pasar por un proceso de adaptación. Para ello, a grandes rasgos, es fundamental, ayudar a la paciente a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, indefensión y abandono, disminuir la ansiedad en relación al tratamiento, clarificar informaciones y percepciones erróneas, fomentar la sensación de control, potenciar que la paciente tenga una la gestión adecuada de la ansiedad y el estrés, así como abordar el afrontamiento de otras problemáticas psicológicas propias de un proceso de este tipo, como pueden ser: trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros.

Un diagnóstico de cáncer de mama, no sólo afecta a la vida de la persona que lo padece, sino que también representa un antes y un después en la vida familiar y conyugal.

El sistema familiar queda alterado ante una noticia y un proceso de este tipo. Todos los miembros de la familia y sobretodo la pareja, deberán realizar un proceso de re- adaptación de su vida. Desde este punto de vista, es importante que el familiar reciba el apoyo necesario en varios aspectos, no sólo para recibir las pautas necesarias para poder ayudar al familiar, sino también para poder tratar aquella sintomatología psicológica que se pueda derivar de una noticia y un proceso de este tipo.

El miedo, la tristeza, la desesperación, son emociones frecuentes entre los familiares. El hecho de no saber cómo actuar, también es un tema a abordar y que puede mejorar notablemente el afrontamiento de este proceso.

A nivel de pareja, tras el diagnóstico de cáncer de mama, será necesario ofrecer un espacio conjunto de desahogo, y para tratar entre otros temas, los cambios que han surgido a nivel emocional y conductual, fomentar la comunicación entre la pareja, gestionar las emociones, potenciar la necesidad del apoyo mutuo y social, tratar la reorganización de prioridades, la necesidad de comunicarse con los agentes de salud y la importancia de compartir.

La actitud frente a la enfermedad, juega un papel básico en la vivencia del proceso y en la recuperación. Si bien es totalmente esperable tener momentos de desesperanza, lo más importante es no rendirse, luchar, intentar tener una actitud positiva y un espíritu de superación. Y sobre todo, ver la luz al final del túnel.

El impacto psicológico de la mastectomía en pacientes tratadas en cáncer de mama ha sido objeto de numerosos estudios que tienen un valor indiscutible.

El tratamiento conservador, cuyo objetivo es la máxima curabilidad con la mínima mutilación, persigue también como objetivo disminuir el impacto de la mastectomía en la mujer a pesar de ello, no ha sido objetivo disminuir el impacto de la mastectomía en la mujer; a pesar de ello, no ha sido objetivo de tantos estudios. Cuando se consigue un buen resultado estético es innegable el efecto beneficioso al disminuir la alteración de la imagen corporal pero es difícil aceptar resuelva el problema psicológico globalmente.

En la práctica la experiencia demuestra que incluso pueden añadirse problemáticas no presentes hasta ahora. En el preoperatorio, cuando con base a una información previa se invita a la paciente a participar en la decisión entre conservación o mutilación, existen variables que van desde la información dada por el médico y las posibilidades del sistema asistencial, hasta las ideas de la paciente y la información que tenga sobre el método: ideas de automutilación, miedo a la radiación, inseguridad, entre otros, que influyen de manera significativa en su toma de decisiones.

En el posoperatorio inmediato surgen conflictos en relación con el resultado obtenido frente al esperado, ya que la estética suele ser siempre mejor valorada por la paciente que por el médico.

El miedo a la necesaria irradiación, y a aceptación de una tasa de recidivas locales, entre otros son algunos de los principales problemas que aparecen en ese momento.

Durante el seguimiento y los distintos controles que son necesario realizar a la paciente pueden aparecer molestias y alteraciones físicas locales, dificultades aparentes en los controles con el consiguiente

aumento de indicación de biopsias, entre otras, que pueden llevar a la paciente a considerar la mama conservada como un riesgo potencial, como si se hubiera dejado una bomba con capacidad de explotar.

Todo ello hace que no sea tan fácil diferenciar las repercusiones psicológicas en la mujer sometida a tratamientos conservadores, y que sea necesario tener en cuenta múltiples aspectos complejos de estudiar. Por ello, para comprenderlo globalmente es preciso repasar los procesos de adaptación ante el cáncer de mama y analizar aunque sea de manera global las fases críticas de dichos proceso, ya que a ellos se debe enfrentar cualquier mujer que tenga un cáncer de mama aunque se le aplique una cirugía conservadora.

2.13. Los procesos de Adaptación ante el cáncer de Mama

Se suele admitir en general, que las mujeres que sufren cáncer de mama tienen una respuesta emocional más o menos uniforme, ante las distintas fases por las que pasa la enfermedad, sin embargo, se ha comprobado en numerosas ocasiones que al igual que pasa con el proceso de adaptación en todas las enfermedades crónicas, existen unas fases críticas en las que las mujeres tienen que hacer un mayor esfuerzo psicológico para adaptarse, tanto emocional como cognitivamente. Es decir, el proceso de enfermar no es un proceso de todo-nada, sino más bien un proceso continuo en el que influyen tanto las expectativas del sujeto como sus creencias de salud y las barreras o facilidades que se le ofrezcan por superarlo.

En este sentido, en el caso del cáncer de mama se han de tener presentes, por un lado las variables medicas, tales como el estadio de la enfermedad en el momento del diagnostico, el tipo de tratamiento que se va a utilizar- por ejemplo, cirugía radical o conservadora, radioterapia o

quimioterapia, terapia hormonal o no, cualquier combinación posible, etc- el pronóstico en el momento de diagnóstico y las posibilidades de hacer un tratamiento reconstructivo y rehabilitador.

Por otro lado existen las variables psicológicas tales como el momento del ciclo vital en el que aparece la enfermedad no se da la misma respuesta al inicio de la vida adulta, cuando el matrimonio y la maternidad no son una más que expectativas, que cuando se es madre, que cuando se está al final de la vida y todas las expectativas ya están cumplidas.

Tampoco es lo mismo cuando se han afrontado previamente experiencias negativas, tales como la muerte de los padres o cónyuge o cualquier otro tipo de acontecimiento vital que haya requerido la utilización de un mayor número de recursos psicológicos, que cuando se ha tenido una vida fácil el cáncer es el primer problema al que se tiene que enfrentar.

Así mismo, no es igual si la persona que se enfrenta a la enfermedad tiene un estilo de afrontamiento negativo, centrado en la desesperación y la resignación o si se enfrenta al cáncer de una forma positiva, es decir que tiene un fuerte espíritu de lucha que se manifiesta en buscar información, considerar que el cáncer es un reto que tiene que superar, cambiar el estilo de vida de manera que se adapte más a lo que puede llamar una vida anti-cáncer (visitas médicas periódicas, alimentación pobre en grasa animal, y rica en frutas y vegetales, no fumar, no tomar alcohol de forma excesiva, hacer ejercicio de forma regular, no variar de peso de forma brusca entre otros.

Por último, aunque no por ello menos importante, existen variables sociales que es necesario tener presentes cuando se intenta evaluar los procesos de adaptación ante el cáncer de mama.

Entre estas variables se destaca el apoyo social: no es lo mismo si una persona tiene que enfrentar al cáncer en solitario, que si cuenta con el apoyo de su pareja familiares y amigo. Igualmente, el estatus económico de la persona también desempeña un papel portante en la adaptación a la enfermedad.

Si se tiene en cuenta que el cáncer de mama es un enfermedad que requiere, en la mayor parte de los casos una intervención quirúrgica, se entiende que no es lo mismo tener las posibilidades económicas que permitan desplazarse con facilidad al hospital o bien dejar a los hijos al cuidado de otras personas o bien poder recurrir al cirujano que se desee que no poder realizar ninguna de estas actividades.

De la misma manera existen otros problemas, como es que se esté o no en la propia cultura, tanto para el diagnostico como para el tratamiento, es decir el concept de cáncer y las expectativas que se tiene acerca de la enfermedad varían de cultura a cultura, y por tanto si una mujer se encuentra en un cultura distinta a la suya puede hallarse con dificultades para comunicarse y para integrar lo que le sucede dentro de su esquema mental debido a esa diferencias culturales.

En definitiva existen una serie de variables que influyen en el proceso de adaptación a la enfermedad. Dichos factores permiten establecer una serie de dimensiones sobre las que se puede predecir la capacidad de adaptación ante en cáncer de mama; dichas áreas son:

- 1.- Existencia previa o no de un trastorno mental, las personas que han sufrió algún tipo de trastorno mental previo al diagnostico, tiene una peor adaptación al cáncer.

2.- Falta de apoyo social, las personas solitarias, que carecen de apoyo social tiene peor adaptación que las personas que cuentan con un buen apoyo social sobre todo porque este parece actuar como una especie de muro de contención ante las emociones negativas: por otro lado sirve para socializar la enfermedad.

3.- Problemas conyugales preexistentes, en EEUU en cáncer es una de las diez principales causas de divorcio, entre otras por razón de tipo económico, en otros países se ha encontrado que concretamente ante el cáncer de mama cuando las parejas tiene dificultades en sus relaciones interpersonales, el cáncer sirve de disculpa para que se produzcan situaciones de separación, lo que, a su vez, lleva a la mujer a una situación de sobrecarga emocional considerable.

Por el contrario cuando la pareja se lleva bien, la aparición del cáncer suele servir de unión entre la pareja. Sin embargo en este sentido aparecen claras diferencias entre hombres y mujeres.

4.- Incapacidad de aceptar los cambios físicos producidos por la enfermedad o los tratamientos, son distintos los problemas que crea la cirugía radical y la conservadora, pero además de ellos, también es diferente la capacidad de adaptación de las mujeres ante las mismas.

De hecho este problema en las mujeres mastectomizadas suele aparecer bastante después de la operación y del tratamiento, es decir, después que la paciente considera que ha “superado” la enfermedad, mientras que en mujeres con cirugía conservadora aparece en los primeros momentos.

5.- La edad, cuando más joven es una paciente, más tarda en adaptarse al cáncer de mama; en ese sentido y en contra de lo que suele ocurrir ante las novedades de la vida, las personas mayores se adaptan mejor

tanto al diagnóstico, como al pronóstico y al tratamiento. De alguna manera parece que la juventud no sabe enfrentarse a la incertidumbre que supone el cáncer.

6.- Represión emocional, las personas que tienden a reprimir sus emociones sobre todo la ira parecen tener un peor pronóstico a largo plazo, que aquellas que tienden a tener explosiones de agresividad o manifiestan de una forma más adecuada a las situaciones sus estados emocionales.

7.- Poca expectativa de eficacia en el tratamiento, quienes no confían en la eficacia del tratamiento suele tener peor pronóstico; entre otras razones porque no suelen adherirse al tratamiento de una manera adecuada.

8.- Desinterés por actividades gratificantes, las mujeres con cáncer de mama tardan cerca de un año en recuperar sus actividades normales, sin embargo cuanto mayor es la apatía por parte de la paciente o cuanto más tarda en recuperar sus actividades cotidianas, peor es el proceso de adaptación a la enfermedad.

9.- Tratamiento agresivo, también se ha comprobado a estos niveles que cuando más agresivo es el tratamiento médico, mas problemas de adaptación presenta la paciente, hay que recordar a este respecto que este problema sirvió para introducir en el campo de la oncología el concepto de calidad de vida, en virtud del cual la mujer selecciona, entre tratamientos alternativos, aquel, que a su entender, le va a producir los máximos beneficios con los mínimos perjuicios.

10.- Otras dimensiones, parece claro que aspectos tales como el grado de estrés previo al diagnóstico de cáncer o el nivel de responsabilidad tanto familiar como profesional que tenga la enferma o el conocimiento previo

que posea para tener presentes a la hora de hablar de adaptación al cáncer.

En síntesis, resulta difícil hacer una buena valoración del nivel de adaptación que poseen las enfermas de cáncer, si n se tiene en cuenta una serie de variables que actúan sobre el mismo.

2.13.1. Fases críticas de los procesos de adaptación

Si existen variables que afectan fundamentalmente a las personas enfermas y que alteran el proceso de adaptación también existen factores debidos a la situación por las que deben pasar las pacientes, que afectan dicho proceso, tales dimensiones son:

1 FASE DIAGNOSTICO.- Durante esta fase la paciente se plantea una serie de dudas y preguntas, por un lado si ella no es informada adecuadamente, por etapas, mejor por escrito y de forma congruente al conocimiento que la familia tiene la enfermedad aparece el síndrome de “la mosca detrás de la oreja” es decir, la paciente desconfía tanto de su médico como de su familia y se crea una “conspiración del silencio” en la que la paciente no habla para no preocupar ni molestar a su familia, y su familia tampoco habla para que la paciente no se entere de lo que pasa. La situación, al final es de desconfianza mutua.

También durante esta fase la enferma comienza a buscar significado a su enfermedad; la frase “¿porque a mí?” aparece en casi todos los casos. El hecho de que la enferma atribuya la causa de la enfermedad a motivos externos (virus, alimentación, desconocimiento entre otros) o internos (si misma algo que hizo mal) interfiere notablemente el proceso de adaptación. Además el sentimiento de control que la paciente tiene o cree

tener sobre la enfermedad también se ve afectado por el tipo de atribución que realice.

Asimismo en esta fase desempeña un papel fundamental el miedo que la enferma tenga o no frente a los tratamientos médicos. En la actualidad existen un buen conocimiento por parte de la población en general de los “goteros” debido a ello, junto a la mala información que en ocasiones circula sobre sí mismos, no es anormal que las pacientes con cáncer de mama no solo tengan miedo a ellos, sino que además piensen que el gotero puede hacerles daño.

2 FASE DE TRATAMIENTOS MEDICOS.- Aquí las náuseas y vómitos tanto anticipatorios como causados por la medicación, la alopecia, la fatiga, la gingivitis y un sin número de efectos más, son algunas de las ciertas consecuencias secundarias tanto de la quimio como de la radioterapia. Es cierto que actualmente existen diversas medidas que contrarrestan con gran eficiencia estos efectos, pero son, con bastante frecuencia, uno de los miedos más frecuentes de los pacientes.

Desde un punto de vista psicológico suelen aparecer en esta fase problemas de adaptación al esquema corporal, sensaciones corporales desagradables, sobre todo en el brazo, dificultades en vestirse, en mirarse al espejo, disminución en el sentido de feminidad, problemas en las relaciones sociales y en las relaciones sexuales que no solo disminuyen sino que además suponen un avergonzarse por la imagen corporal delante de la pareja, sobre todo en mujeres mastectomizadas, problemas con la fertilidad sentimientos de culpa, miedo a la recaída, etc, que aparecen a medida que la paciente pasa por las diferentes fases del tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, TAMO, hormonoterapia. Llama la atención en contra de lo que se pudiere creer, que el miedo a la muerte no suele ser primordial y que, si bien aparece en todas las fases del

proceso de la enfermedad, no tiene un papel predominante, siendo más frecuente el miedo a la recidiva, al dolor e incluso a los tratamientos médicos.

3 INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD,- Suele comenzar inmediatamente después de la cirugía, de hecho el momento de la “vuelta a casa” de las pacientes con cáncer de mama es uno de los más difíciles.

Mientras esta en el hospital la paciente se siente protegida y atendida en todo lo que le pasa, sin embargo, el regresar a casa después de la cirugía le supone volver a enfrentarse a su mundo, con sus tareas domésticas, con su trabajo, con sus amigos, con su pareja, sin ayuda del personal sanitario y esperando, además, un tratamiento que se prevé largo y difícil. Después del tratamiento médico (cirugía y radio, quimio o cualquier combinación) se da el auténtico periodo libre de enfermedad.

Durante el mismo la paciente se cuestiona su fertilidad (el riesgo que supone quedar embarazada) y las ventajas e inconvenientes de los deseos, etc. Que puede entrafñar la maternidad. Junto a ello, esta la vuelta a la normalidad (el trabajo, a las relaciones sociales, a las relaciones familiares, al papel dentro de la familia, etc) al comienzo de esta fase se suele producir un fuerte sentimiento de incertidumbre al que se une un miedo intenso a hacer planes para el futuro, ya que este aparece como algo difícil de conseguir.

Además durante este periodo se produce un reajuste en los valores de la paciente que considera que “tener una buena vida”, “tener una vida cómoda” es mejor que “ser honesto” o “esperar salvación eterna” es decir, los valores instrumentales se convierten, en esta fase en más importantes que los valores finales o trascendentales.

4 RECAIDA/ PROGRESION DE LA ENFERMEDAD.- Quizás uno de los momentos más difíciles al que puede tener que enfrentarse una mujer con cáncer de mama es a la recaída. Si se produce esta situación, la paciente vuelve a experimentar todas las reacciones emocionales que sintió en el momento del diagnóstico pero multiplicadas por cien, entre otros motivos debido a que considera que el tratamiento ha fracasado, por lo que no hay razones para creer que, en estos momentos resultara útil.

Esto lleva a una mayor dificultad para adherirse al tratamiento y a que se busque tratamientos alternativos. En esta fase es cuando la paciente está vulnerable a cualquier tipo de falsa promesa o es presa fácil de charlatanes sin escrúpulo.

En las pacientes suelen aparecer depresiones claras en las que priman las ideas de muerte. En estos momentos la paciente ve al final cercano y teme el sufrimiento y el dolor que puede pasar antes de la muerte. A lado de estos sentimientos y reflexiones la paciente piensa en su familia y en que hay niños pequeños, se preocupa por su futuro y se entristece por no poder disfrutar de las diferentes etapas por las que pasaran.

Aumenta la dependencia de las demás personas y hay una búsqueda sin fin de aquellos que pueden garantizarle un final digno y sin dolor. Al mismo tiempo se empieza a temer al abandono bien de los médicos o de los familiares y amigos.

5 ENFERMEDAD TERMINAL Y MUERTE.- Una paciente desde el principio puede encontrarse en fase terminal, curiosamente en esta fase suele existir un buen ajuste. De hecho dejando a un lado el tema de las distintas etapas por las que pasan, las mujeres con cáncer de mama, sobre todo las que están en estadio terminal, suelen entrar en una fase de

aceptación y resignación que contrasta con el malestar psicológico de los familiares.

Indudablemente, al igual que en las fases anteriores, no existe un patrón común y todo parece depender del significado que la muerte tenga para la paciente, en algunos casos, la paciente centra en el dolor u malestar, en otros, en el abandono la que la someten los médicos y familiares. Lo que sí parece ser importante en estos momentos es aliviar los síntomas físicos (dolor, anorexia, fátiga entre otros) y el dolor o la pena psicológica que se supone el saber que se va a morir, más o menos a plazo fijo.

También es esencial el apoyo psicológico de los familiares, la familia debe recordar que una persona sigue siendo persona hasta que muere, y por lo tanto, salvo que existan otras razones que lo justifiquen se le debe prestarla atención que se le prestaría a cualquier otra persona normal. Se debe consultar, hablar y estar con ella hasta el final.

En las mujeres mastectomizadas a las que se les ha realizado una reconstrucción mamaria, permite que la paciente se “olvide” con mayor facilidad de su enfermedad. La menor vergüenza y la mayor satisfacción con su imagen corporal conllevan, naturalmente, a un mayor bienestar emocional y aun a vida social más satisfactoria.

En definitiva desde un punto de vista psicológico, la cirugía conservadora parece preservar mejor la integridad física de la mujer, lo que le permite “ocultar” mejor la existencia de una lesión considerada, por ella misma y por la sociedad en la que vive, un atentado tanto contra su imagen corporal como a su condición de mujer.

Este hecho le facilita sentirse bien con misma y confiar más en sus relaciones con los demás ya que como es sabido, al ser considerado el

seno uno de los principales símbolos sexuales, la mastectomía crea en la mujer un sentimiento de pérdida del propio concepto de feminidad y de su valor como mujer atractiva sexualmente.

Este tiene una enorme importancia sobre todo en mujeres jóvenes, por ello resulta recomendable que en el caso de la mastectomía esta se acompañe de la reconstrucción de la mama y que siempre que se pueda, se intente conservar el pecho y se realice la cirugía estética correspondiente en el caso que sea necesario.

2.14 LENGUAJES–CULTURA AUDIOVISUAL

El lenguaje audiovisual es un medio de comunicación que nos permite construir un mensaje a través de la interacción entre sonido e imagen dentro de un contexto secuencial, es decir, con ambos elementos presentes a la vez.

Como diría Santos Guerra, *El lenguaje audiovisual es sintético: sonido - imagen –movimiento*, 1984, "el lenguaje audiovisual es un lenguaje de participación en el acontecimiento", pues permite representar la realidad de modo tal que nos sentimos identificados con lo que vemos y escuchamos, captando con más fuerza nuestra atención, despertando múltiples emociones.

En este tipo de lenguaje la música, los efectos sonoros, los ruidos y los silencios colaboran en la transmisión del mensaje, no como complemento sino conformando realmente el mensaje, es decir, que la fusión de todos estos elementos, da forma al mensaje como tal.

Para diseñar un medio con el lenguaje audiovisual (L.A), es conveniente que detallemos algunos aspectos que nos pueden orientar en el manejo de éste:

1. El L.A. es el lenguaje propio y común de los medios audiovisuales: cine, televisión, vídeo.
2. El L.A. en estos medios se sustenta en el principio de la presentación fragmentada y selectiva de la realidad mediante planos sucesivos.
3. El L.A. utiliza sistemas de codificación y formas expresivas variables en el tiempo, pues es un lenguaje vivo, en continua transformación.
4. El significado de los mensajes transmitidos utilizando este lenguaje puede quedar bastante delimitado, siempre que emisor y receptor cuenten con códigos similares, y siempre que los mensajes hagan referidos a contenidos de carácter cognitivo.
5. El contenido de muchos mensajes transmitidos mediante el L.A. es de carácter afectivo: el mensaje transmitido son las sensaciones provocadas en el espectador.

Este tipo de mensajes son menos unívocos, si bien se constata que un determinado programa produce reacciones similares en segmentos amplios de la población, dentro de contextos culturales específicos.

6. El L.A. se ha mostrado especialmente eficaz en este último tipo de mensajes. La información de carácter conceptual contenida es percibida fácilmente, pero escasamente perdura en el recuerdo con la precisión necesaria para ser procesada posteriormente, por ejemplo en resolución de problemas, etc.

Pero el L.A no es solo imagen y sonido como producto video gráfico, sino también los formatos radiofónicos, ya que estos también tienen como

objetivo el captar la atención auditiva de los públicos, y así como los medios audiovisuales, las producciones radiofónicas también generan emociones en las personas.

2.15 EL LENGUAJE RADIOFÓNICO

El lenguaje radiofónico es el lenguaje que se utiliza en la radio. Debido a las limitaciones del medio, se basa exclusivamente en el sonido (música, palabras, etc.), en una sola dirección (del emisor al oyente).

Los mensajes sonoros de la radio podemos concebirlos como una sucesión ordenada, continua y significativa de sonidos elaborados por las personas, los instrumentos musicales o la naturaleza y clasificados según los repertorios/códigos del lenguaje radiofónico.

La intervención de nuevos elementos ajenos al cuerpo humano y nuevas convenciones para esta forma de comunicación nos resultan en un lenguaje característico.

Todo esto no hace sino indicarnos la aparición de nuevos códigos, que otorgan a la radio un lenguaje propio, específico y característico.

Encontramos cuatro elementos que nos definen este lenguaje, cuatro sistemas expresivos muy concretos:

- la palabra
- la música
- el ruido o efecto sonoro
- el silencio

2.15.1. La palabra

Ninguno de los elementos expresivos que constituyen el lenguaje radiofónico es en sí mismo fundamental para la producción de sentido; sin embargo, ya que es el instrumento habitual de expresión directa del pensamiento humano y vehículo de nuestra socialización.

La palabra resulta indispensable en el conjunto del lenguaje radiofónico. La palabra radiofónica es palabra imaginada, fuente evocadora de una experiencia sensorial más compleja.

- Otra buena prueba de este carácter especial del lenguaje radiofónico es que una de las formas más características de la palabra radiofónica es el *monólogo*, siendo la soledad la primera dificultad que tiene que superar el monologante radiofónico ante la ausencia de "feed-back" tiempo radiofónico parece haber llevado al olvido la improvisación, sustituyéndola por el texto.

2.15.2. La música

La percepción de las formas sonoras musicales constituye una multiplicidad de sensaciones. Como fuente creadora de imágenes auditivas es en la radio donde encontramos su auténtico ámbito perceptivo.

En la superposición palabra/música, la palabra radiofónica se intercalará respetando la significación semántico-narrativa de la música radiofónica: en la introducción, antes del "tema", etc.

En la codificación de un mensaje músico/verbal, la palabra radiofónica deberá "disolverse" en el ritmo de la música radiofónica.

2.15.3. Los efectos sonoros

Fuera del sistema semiótico de la palabra o la música, la realidad referencial objetiva es representada en la radio a través del efecto sonoro.

Entenderemos como efecto sonoro cualquier sonido inarticulado que represente un fenómeno físico. Cumple así una función de verosimilitud y ambientación objetiva.

Variaciones en el timbre, altura e intensidad o en la duración melódica o repetitiva, determinarán ese sentido connotativo del efecto sonoro. Es por ello que podremos hablar de dos funciones bien diferenciadas de los efectos sonoros: una *descriptiva*, restituyendo la realidad objetiva, y otra *expresiva*, suscitando una relación afectiva a la vez que representa una realidad.

2.15.4. El silencio

Hablamos del silencio verbal de aquel que es necesario para la comprensión del lenguaje verbal, dando las pausas necesarias para poder diferenciar las distintas palabras y fragmentos del discurso.

Con una definición más clara sobre qué es el lenguaje – cultura audiovisual y el lenguaje radiofónico, podemos adentrarnos en el diseño de los medios aplicando estos conceptos.

Para esto, presentaremos detalladamente algunos formatos donde podemos hacer uso de los componentes de estos tipos de lenguaje.

2.16 CUÑA RADIOFÓNICA

2.16 .1. Descripción del medio.

También se llaman spots, promociones o, simplemente, anuncios. Su nacimiento se remonta a 1922. Una emisora de Nueva York, la WEAf, recibió 50 dólares de la Queensboro Corporation por pasar un mensaje en que daba a conocer los apartamentos que tenía a la venta.

Esta primera Cuña radiofónica duró diez minutos y los ingresos, cuenta la historia, fueron muy buenos.

Las tarifas y la duración de las cuñas han variado bastante en más de 70 años de experiencia publicitaria. Hoy en día, esos diez minutos de la Queensboro costarían una gran cantidad de dinero. Sin embargo, lo que no ha cambiado son sus objetivos comerciales ni las características fundamentales.

¿Qué es una cuña? Un mensaje breve y repetido que pretende vender algo. El nombre de cuña tal vez provenga del mundo de la carpintería, esos tacos que sirven para ajustar madera. Entre programa y programa se encaja los anuncios comerciales.

- Las cuñas siempre emplean el singular. Es lógico pues quien compra es un individuo, no la colectividad y hay que interpretarlo directamente. Así como se segmentan los públicos, de igual manera lo hacen las cuñas. Por ejemplo, si quiero vender balones de fútbol, la cuña se dirigirá a *tu joven atlético, compra balones "Spencer", para atletas como tú.*

- Las cuñas son reiterativas, están hechas para eso. Es el único formato que por definición debe repetirse. Esto obedece a que con las repeticiones se vence la extrañeza, la gente se acostumbra, y el mensaje queda grabado en el imaginario de los escuchas.
- En sus inicios, las cuñas usaban el modo imperativo: *Tome, beba, venga,decídase*. Sin embargo, hoy día, luego de estudios realizados por mercadólogos se cree que la mejor forma de seducir al cliente (en este caso el radio escucha) es a través de la insinuación, los caminos indirectos. Las cuñas modernas evitan al público la desagradable sensación de ser *empujado* a comprar.

2.16.2. Propósito del medio

Además de las cuñas comerciales, que como ya hemos visto, su propósito es vender la idea de un producto en los públicos para que estos se muevan a adquirirlo, también se encuentran las *promocionales*, las cuales se emplean a lo largo del programa radial para identificar la emisora o dar a conocer sus programas. Lo que se busca en estos mensajes es vender la imagen de la institución que promocionan.

Una tercera modalidad de cuñas son las *educativas o de servicio público*. Estas se emplean para hacer campañas de salud, alfabetización, prevención de accidentes, la formación ciudadana en general.

2.16.3. Diseño del medio

Los tres tipos de cuñas mencionadas se diferencian y tienen sus propias lógicas de producción: no es lo mismo vender una pasta de dientes que tratar de “vender” la idea de “vence al dengue”: veremos, pues, algunas pautas generales y válidas para la realización de todas.

- a) Corta. En el pasado las cuñas solían durar varios minutos. Actualmente, el promedio es de 30 segundos.

En tan corto tiempo resulta un poco difícil expresar una idea que motive a nuestros públicos. Pero más que un problema de tiempo, es un problema de calidad. Recordemos que una de las características de la cuña es ser repetida en varias ocasiones. Con esto se vence, hasta cierto punto el tema del tiempo, sin embargo, a mayor calidad de cuña radial, mejor generación de significado en el receptor.

- b) Concreta. En ningún tipo de cuñas tienen cabida las generalidades. Lanzar un mensaje en 30 segundos sobre la importancia de prevenir el sida no sirve de mucho.

Hay que precisar el objetivo: usar condón.

- c) Completa. Por su misma brevedad, las cuñas, deben aprovechar al máximo los recursos del lenguaje radiofónico: crear imágenes auditivas con palabras que *sevean*, sugerir escenarios sonoros usando efectos, aprovechas los distintos géneros, especialmente el dramático.

- d) Creativa. Es una de las características más importantes. En este sentido podemos entender como creatividad a la relación que se hace entre dos situación para poder llegar de manera efectiva al imaginario de nuestros públicos.

2.16.4. Formato de aplicación

Este formato de radio se aplica de manera externa, pero con el propósito de beneficiar a la empresa. En el sentido en que, por su naturaleza, puede ser aplicado de manera externa a la organización con propósitos internos. Como ya hemos establecido, una cuña radiofónica puede tener

muchos objetivos, y uno de ellos es el promocionar la imagen de una empresa, o comercializar un producto.

De una manera u otra, esta siempre existe en pro del beneficio interno de la empresa. Por ejemplo, una cuña que busca vender un producto de manera implícita busca mejorar los niveles de producción de la empresa que promociona. De igual forma, una cuña de promoción busca generar una mejor imagen de la empresa promocionada en el imaginario colectivo. De esta forma justificamos su formato externo e interno.

2.17. RADIO

2.17.1. Descripción del Medio

La radio es un medio que reúne características como la inmediatez, fugacidad, unidad, irrepitable y creativo, siendo esto último un punto complejo; el hecho de poder jugar con la imaginación de la audiencia, lograr que esta pueda recrear a través de los sonidos, efectos y voces una escena.

Es considerado un medio audiovisual, ya que este término es más definidor de unas condiciones de recepción que de unas peculiaridades técnicas; es la más perfecta de las suscripciones y llega antes a domicilio que cualquier periódico.

La radio es un medio que posee muchos formatos para dar a conocer un mensaje, una noticia y un acontecimiento; para este caso se desarrollan *el micro-programa y las cápsulas informativas*.

Ambos formatos utilizan un guión que respalda la información de los locutores, una escaleta que guía al operador. En el caso del mensaje radiofónico, la recepción depende del oído; es, pues, una vuelta, tecnicada al medio primario de comunicación que fue la palabra. Pero también el medio en sí mismo, el receptor del mensaje, y el mismo promotor y emisor, perfila de un modo decisivo lo peculiar del mensaje radiofónico.

2.17.2. Propósito

La radio es uno de los medios que tiene mayor influencia en los consumidores y se eso quedo comprobado con la adaptación que hizo HG. Wells de la obra del a Guerra de los Mundos. El último día del mes de octubre de 1938 quedó demostrado que el impacto de la narración es notable por la capacidad de reproducción y representación de la realidad que posee la radio.

El micro-programa son mensajes cortos que se dan a través de las radio, estos van dirigidos, en general, a un sector específico, donde se dan a conocer noticias e información pertinente para las audiencias internas y/o externas de una empresa o institución.

Este es un formato dialogado porque intervendrían dos locutores y la participación de la audiencia. Pueden durar entre 10-20 minutos, incluyendo locución, dramas, noticias entre otros.

Cápsulas informativas son espacios de 1 –3 minutos donde se informa sobre eventos, decisiones o memos que le competen a la institución y sus públicos. Este es un formato monologado porque sería a una sola voz, esto no permite una interacción con la audiencia; más que el efecto que pueda crear en los interlocutores.

2.17.3. Diseño del medio

El micro-programa distribuido en tres segmentos de 5 minutos cada uno. Por ejemplo se podrían distribuir así, el primero para dar a conocer noticias sobre cambio de gerencia, números telefónicos, procedimientos para pedir adelanto de sueldo, etc; el segundo trataría sobre servicios sociales, fallecimiento de familiares, invitación a festejos; mientras que el último segmento se abordarían temáticas relacionadas a resolución de dudas toda esto para establecer comunicación con la audiencia.

Este espacio se realizará una vez por semana, en horario nocturno para que los empleados y los públicos de la institución tengan espacio para escucharlo.

Cápsulas informativas por ser un espacio más corto trataría sobre informaciones coyunturales. Datos de interés general para los empleados y se abarcaría información de toda índole, invitaciones, servicios sociales, memorando.

Esto se transmitiría diariamente, dos veces por jornada laboral.

Ambos formatos deben de producirse sin olvidar elementos claves para el lenguaje radiofónico como los son hablar con claridad, en forma directa, utilizando frases cortas y un lenguaje sencillo.

2.17.4. Forma de aplicación

El micro-programa este micro-programa sería dirigido para audiencia externa e interna, se transmitiría en una radio a nivel nacional para poder llegar a los dos niveles.

Cápsulas informativas esta sería transmitida a nivel interno, con circuito cerrado para que los empleados escuchen la información que ahí se tratará.

2.18. MARCO CONCEPTUAL

ASINTOMÁTICAS.-Es un término que se utiliza en la medicina para nombrar a algo o alguien que no presenta síntomas de enfermedad. Para entender mejor este concepto, por lo tanto, podemos ahondar en los principales vocablos de dicha definición.

Una infección o fase de una infección que no presenta síntomas de ningún tipo.

ADENOCARCINOMAS.- El adenocarcinoma es un tumor canceroso que aparece en las células glandulares que revisten algunos órganos internos. La mayoría de los cánceres de mama, colon y próstata son adenocarcinomas.

El adenocarcinoma de páncreas humano es el más letal de todos los cánceres comunes.

AUTOEXPLORACIÓN.- Se Refiere a examinar, reconocer, averiguar o registrar con diligencia un lugar o una cosa.

Técnica exploratoria que consiste en la inspección ocular y la palpación de los pechos por la propia mujer para detectar cualquier anomalía.

CÉLULAS DE ESTIRPE EPITELIAL.-Estas células son fundamentalmente los linfocitos T y B, las células NK, células dendríticas, macrófagos y polimorfo nucleares

De la célula madre linfoidea derivarán dos células precursoras, CFU-T y CFU-B, que tras un proceso de maduración, conocido como linfopoyesis, originarán los linfocitos T y B respectivamente

DISEMINACIÓN CONTIGUA.- Porque hay una conexión directa entre el tumor y la metástasis habitualmente

Víalinfática: Linfangitis carcinomatosa

Víasanguínea T. Grawitz: Vía renal (varicocele), Hepática - vía Porta

ETIOLOGÍA.-La etiología es la ciencia cuyo objeto de estudio son las causas u orígenes de las cosas o fenómenos.

Es un término muy usado en Filosofía, para indagar sobre las causas de un problema, como por ejemplo el origen del hombre; en Psicología, sobre las causas de ciertas conductas, y en Medicina, cuando es preciso averiguar las causas con sentido práctico, pues conociendo el origen de los trastornos o patologías puede hacerse un diagnóstico y tratamiento adecuados.

FIBROADENOMA.- Intracanalicular: un fibroadenoma de la mama con hendiduras irregulares dentro de un estroma fibroso que contiene bandas o cordones de tejido epitelial.

Constituye uno de los tumores benignos más frecuentes que se desarrollan en la mama.

FITOESTRÓGENOS.- Algunos estudios informan de que las personas que consumen estrógenos vegetales (fitoestrógenos), que se encuentran en los frijoles de la soja, el cohosh negro, el trigo entero o las bayas.

Probablemente los fitoestrógenos no se originaron como “estrógenos”, más tarde la exposición de los vertebrados a la dieta y la respuesta a estos compuestos llevó al concepto de fitoestrógenos o químicos de plantas con actividad estrogénica

GALACTÓFOROS.- Conducto que transporta la secreción láctea.

Dícese del conducto que transporta leche, como los conductos excretores de la glándula mamaria.

GANGLIONARES.- Se define como ganglio centinela al primer ganglio de una cadena linfática que drena un territorio tisular determinado, de manera que, antes de proseguir su camino por la cadena, toda la linfa proveniente de dicho territorio debe pasar primero por el ganglio centinela.

Se puede decir que el status del ganglio centinela, en cuanto a su invasión o no por células neoplásicas, puede traducir, con una elevada exactitud, el status del resto de la cadena.

HIPERPLASIA.- Es la respuesta anormal de crecimiento que se produce en la mucosa endometrial, cuyo grado depende de la cantidad y duración del estímulo estrogénico y del grado de receptividad individual de cada endometrio. Según el grado de alteración morfológica se clasifican histológicamente como hiperplasia simple, adenomatosa y atípica.

IMAGENOLÓGICOS.- Son exámenes que poseen diferente rendimiento en función de lo que se quiere estudiar y de la hipótesis diagnóstica.

No obstante, en muchas situaciones clínicas su indicación no es excluyente, sino que más bien actúan como métodos de estudio complementarios.

LUMPECTOMÍA.- (Mastectomía Parcial; Segmentectomía; Tiletomía. Extirpación del cáncer y de algo de tejido del seno alrededor del tumor y del revestimiento que cubre los músculos del pecho debajo del tumor.

MASTOLOGÍA.- Rama de la medicina que se dedica al estudio de las patologías mamarias. También se denomina senología.

Tratado de la mama, sus funciones y sus enfermedades.

MASTECTOMÍA.- La mastectomía es la cirugía para extraer el seno. Los dos tipos más comunes de mastectomía usados hoy en día son: simple y radical modificada. En estos procedimientos, no se quita el músculo pectoral.

Cirugía para extirpar toda la mama que contiene cáncer. También se pueden extraer algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo para observarlos bajo un microscopio y verificar si hay signos de cáncer.

Es el aumento de tamaño de un órgano debido a aumento de la masa protoplasmática. Se exceptúa el aumento de tamaño en el proceso de crecimiento normal del organismo.

MASTOPÁTICO.- La mastopatía fibroquistica suele presentarse en ambas mamas, aunque puede ser de diferente intensidad en una que en otra.

Es el trastorno benigno de la mama más frecuente y consiste en un aumento del tejido mamario, especialmente en las zonas superiores y externas de las mamas, hacia las axilas, que las hace más densas.

MASTITIS.- Inflamación e infección del pecho de una mujer que ha dado a luz recientemente. Ocurre en el 1% de los casos y es más frecuente en las mujeres que dan el pecho a sus hijos.

Inflamación de mama.

METAPLASIA.-La metaplasia ósea del endometrio como causa de esterilidad.Transformación de un tejido en otro de forma y funciones distintas

MUTAGÉNESIS.- Una sustancia o agente físico que causa mutaciones, es decir, que altera de forma permanente el ADN de las células.

Ya que la mutagénesis es capaz de dañar el ADN de las células es genotóxica. Todas las mutagénesis son genotóxicas, pero no todas son carcinogénicas.

NEOPLASIA.- En el lenguaje médico una neoplasia casi siempre se refiere como tumor.

Un hecho fundamental en el origen de toda neoplasia es la pérdida de la capacidad de respuesta a los controles normales de crecimiento.

ONCÓLOGOS.- La oncología, el estudio del cáncer y los tumores, ha logrado avances importantes en la prevención, el tratamiento y el pronóstico de muchos tipos de cáncer infantil.

Rama de la medicina que se dedica al estudio y tratamiento de los tumores.

ONCOGENES.- Los oncogenes son genes que regulan la proliferación celular y la apoptosis. Si un oncogén muta y varía su función, se convierte en un protooncogén.

Oncogén, proto-oncogén, gen, mutación, cáncer, apoptosis, proliferación celular, proteína, DNA.

SÍNDROME DE COWDEN.- Trastorno hereditario que se caracteriza por el surgimiento de muchas formaciones no cancerosas llamadas hamartomas. Estas formaciones se presentan en la piel, la mama, la tiroides, el colon, los intestinos y el interior de la boca. Los pacientes del síndrome de Cowden tienen mayor riesgo de contraer ciertos tipos de cáncer como los de mama y tiroides. También se llama enfermedad de Cowden y síndrome de hamartomas múltiple.

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS.- Es un trastorno a menudo transmitido de padres a hijos (hereditario) en el cual la persona desarrolla pólipos intestinales y está en riesgo significativamente mayor de desarrollar ciertos cánceres.

TUMORECTOMÍA.- Extirpación de un tumor con un pequeño margen de tejido sano a su alrededor para evitar que se reproduzca. Se aplica en los tumores benignos y en algunos tumores malignos, como los cánceres de mama, en los que, asociado a un tratamiento con radioterapia, obtienen un resultado igual que con las mastectomías clásicas. Ver cirugía oncológica, tratamiento coadyuvante.

2.19. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Para sustentar la presente investigación los autores se apoyan en el presente marco legal:

1.- Constitución de la República del Ecuador 2008¹

Título II

Derechos

Capítulo segundo

Sección tercera

Comunicación e Información

Art. 16.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:

¹ Constitución de la República del Ecuador 2008

1. Una comunicación libre, intercultural, incluyente, diversa y participativa, en todos los ámbitos de la interacción social, por cualquier medio y forma, en su propia lengua y con sus propios símbolos.
2. El acceso universal a las tecnologías de información y comunicación.
3. La creación de medios de comunicación social, y al acceso en igualdad de condiciones al uso de las frecuencias del espectro radioeléctrico para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, y a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas.
4. El acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad
5. Integrar los espacios de participación previstos en la Constitución en el campo de la comunicación.

Art. 17.- El Estado fomentará la pluralidad y la diversidad en la comunicación, y al efecto:

1. Garantizará la asignación, a través de métodos transparentes y en igualdad de condiciones, de las frecuencias del espectro radioeléctrico, para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, así como el acceso a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas, y precautelará que en su utilización prevalezca el interés colectivo.
2. Facilitará la creación y el fortalecimiento de medios de comunicación públicos, privados y comunitarios, así como el acceso universal a las tecnologías de información y comunicación en especial para las personas y colectividades que carezcan de dicho acceso o lo tengan de forma limitada.

3. No permitirá el oligopolio o monopolio, directo ni indirecto, de la propiedad de los medios de comunicación y del uso de las frecuencias.

Art. 18.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:

1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior.

2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos

expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información.

Art. 19.- La ley regulará la prevalencia de contenidos con fines informativos, educativos y culturales en la programación de los medios de comunicación, y fomentará la creación de espacios para la difusión de la producción nacional independiente.

Se prohíbe la emisión de publicidad que induzca a la violencia, la discriminación, el racismo, la toxicomanía, el sexismo, la intolerancia religiosa o política y toda aquella que atente contra los derechos.

Art. 20.- El Estado garantizará la cláusula de conciencia a toda persona, y el secreto profesional y la reserva de la fuente a quienes informen, emitan sus opiniones a través de los medios u otras formas de comunicación, o laboren en cualquier actividad de comunicación

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Sección séptima

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

TITULO VII

Régimen del Buen Vivir

Capítulo Primero

Sección segunda

Salud

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, Rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura

Sección séptima

Comunicación social

Art. 384.- El sistema de comunicación social asegurará el ejercicio de los derechos de la comunicación, la información y la libertad de expresión, y fortalecerá la participación ciudadana. El sistema se conformará por las instituciones y actores de carácter público, las políticas y la normativa; y los actores privados, ciudadanos y comunitarios que se integren voluntariamente a él.

El Estado formulará la política pública de comunicación, con respeto irrestricto de la libertad de expresión y de los derechos de la comunicación consagrados en la Constitución y los instrumentos internacionales de derechos humanos. La ley definirá su organización, funcionamiento y las formas de participación ciudadana.

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

La metodología es el instrumento que enlaza el sujeto con el objeto de la investigación, Sin la metodología es casi imposible llegar a la lógica que conduce al conocimiento científico.

Dicho termino está compuesto del vocablo método y el sustantivo griego logos que significa juicio, estudio, esta palabra se puede definir como. La descripción, el análisis y la valoración crítica de los métodos de investigación.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación está orientada por el paradigma cuantitativo, puesto que se busca conocer y verificar en realidad el conocimiento sobre este fenómeno e impacto social ocasionado por una poca o nula información sobre cáncer de mamas, y de esta manera resolver problemas de la vida cotidiana como el estigma social y el miedo al rechazo.

Por tratarse de una investigación que pretende aplicar una campaña de difusión con información veraz y oportuna, se encuentra que el diseño del estudio, apropiado es el transversal o descriptivo el cual tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en los que se manifiesta una o más variables.

En el informe de la investigación se señalan los datos obtenidos y la naturaleza exacta de la población de donde fueron extraídos. La población a veces llamada universo o agregado constituye siempre una totalidad. Las unidades que la integran pueden ser individuos, hechos o elementos de otra índole. Una vez identificada la población con la que se trabajará, entonces se decide si se recogerán datos de la población total o de una muestra representativa de ella.

El método elegido dependerá de la naturaleza del problema y de la finalidad para la que se desee utilizar los datos.

3.3. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. Proyecto de tipo factible

Este proyecto es de tipo factible mediante la investigación de campo.

Según Yépez E. (1995), considera que el proyecto factible:

Comprende la elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable, para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas programas, tecnologías, métodos o procesos. Para su formulación y ejecución debe apoyarse en investigaciones de tipo documental, de campo o de un diseño que incluya ambas modalidades.

En la estructura del proyecto factible, debe constar las siguientes etapas: diagnóstico, planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta, procedimiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución; análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto; y en caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y evaluación tanto del proceso como de sus resultados.

El proyecto factible, como requisito para graduación, tiene dos posibilidades de expresarse:

1. Pueden llegar hasta la etapa de las conclusiones sobre su viabilidad.
2. Pueden consistir en la ejecución y evaluación de Proyectos Factibles presentados y aprobados por otros estudiantes.

En la presente investigación el paradigma cualitativo, se refiere a solucionar el problema de la limitada difusión de las causas del cáncer de mama y su impacto en los habitantes de la Provincia de Santa Elena Periodo 2010 _ 2011.

3.3.2. Investigación de Campo. Considerada como una de los tipos de investigación, que permite el estudio sistemático del problema de estudio en el lugar de los acontecimientos, la investigación de campo:

Es el estudio sistemático de problemas, en el lugar en que se producen los acontecimientos con el propósito de descubrir, explicar sus causas y efectos, entender su naturaleza e implicaciones, establecer los factores que lo motivan y permiten predecir su ocurrencia.

En esta modalidad de investigación el investigador toma contacto en forma directa con la empíria, para obtener datos directos a través de una observación. Para complementar la información se puede acudir, en algunos casos a fuentes secundarias.

En la modalidad de investigación de campo, se utilizó generalmente las encuestas, entre las más esenciales sin dejar de descartar aquellas técnicas que nos permitan afianzar las posibilidades de mejoramiento de la información para la propuesta.

3.3.3. Encuesta, este instrumento es de suma importancia para poder hacer un diagnóstico de cómo está en realidad el problema cuantificarlo y cualificarlo. Mediante la encuesta a los habitantes, profesionales y demás personas involucradas en el área de la salud, especializada en el cáncer de mamas la comunidad, se determinó los diferentes aspectos que comprende la necesidad de la introducción de un diseño de estrategias

para mejorar el nivel de difusión sobre esta problemática y reducir los riesgos de incrementar el número de pacientes que padecen este mal sin conocimiento alguno para su prevención y tratamiento.

En esta modalidad de trabajo de campo, fundamentalmente se refiere a la descriptiva, que tiene como finalidad; describir, registrar, analizar e interpretar la naturaleza del fenómeno en estudio.

3.4. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

En el presente proyecto se aplicaron los siguientes tipos de investigación: explicativa, descriptiva, documental bibliográfica.

3.4.1. Investigación Explicativa.

Es la explicación que trata de descubrir, establecer y explicar las relaciones causalmente funcionales que existen entre las variables estudiadas, y sirve para explicar cómo, cuándo, dónde y por qué ocurre un fenómeno social.

Según Tamayo, M (2001) define a la investigación explicativa de la siguiente manera: **"Es aquella donde el investigador se preocupa por explicar las causas y consecuencias de un fenómeno particular con miras a resolverlo."**²

Toda investigación debe estar orientada según los parámetros metodológicos adecuados, la presente investigación no escapa de ello, razón por la cual se han ejecutado una serie de pasos, los cuales han

² Según Tamayo, M (2001)

sido seguidos muy cuidadosamente para mantener la veracidad del presente trabajo especial de grado, así como preservar lo más intacto posible las ideas de los autores

empleados para esclarecer la problemática planteada, guardando relación con realidades de hecho, y su característica fundamental, es que la misma, se preocupa por explicar y analizar las causas y posibles consecuencias del problema a tratar, con miras de resolverlo o dar una serie de recomendaciones para su posible solución, tratando de obtener conocimientos de la realidad, ya que explica la razón, el porqué de las cosas y sus consecuencias, por tanto es considerada como una investigación explicativa.

Se refiere a la estrategia que emplea el investigador para responder a la problemática planteada, en esta sección se define y se justifica el tipo de investigación, de acuerdo al diseño o estrategia a emplear.

Así pues, La investigación reúne todas las características para estar considerado dentro de los estudios diagnósticos y según el autor antes mencionado: "es aquella que permite establecer una interacción entre los objetivos y la realidad del problema". y a su vez, es una investigación documental de campo, porque gran parte de la información obtenida se basó en referencias bibliográficas e investigaciones previas en conjunto con un método de recolección directa "in situ", acudiendo personalmente a centros especializados hospitales, clínicas que tienen como finalidad dar acceso a toda la información sobre cáncer de mamas al obtener así la información se permitió obtener datos directamente de la realidad, sin manipular o alterar variables alguna.

3.4.2. De Carácter Descriptiva

La investigación de carácter descriptiva permite detallar las características del problema planteado, a través de los tipos de investigación bibliográfica o documental y de campo, que permitan la obtención de la información de la realidad objetiva.

Investigación descriptiva de Deobold B. Van Dalen y William J. Meyer. (2007)

La investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.³

En esta cita se puede evidenciar que la descripción, registro, análisis e interpretación de resultados, y la composición o procesos de las variables. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente proceso de investigación descriptiva, trabaja sobre realidades de hecho, y su característica fundamental es la de presentación correcta de resultados.

³ Investigación descriptiva de Deobold B. Van Dalen y William J. Meyer. (2007)

Con el fin de desarrollar el proyecto de la mejor manera, se propone una metodología sencilla basada en principios generales de conocimiento humano, instrucción, y cuantitativo porque es globalizado de manera general y se requiere del aprendizaje y de estrategias específicas, de actitud y esmero con una mirada diferente sobre nuestras relaciones con los demás, Investigación

Las etapas a desarrollarse son:

1. Recopilación y revisión de información tomada exploraciones y bibliografías relacionadas con el cáncer de mama y los medios de difusión para su posible prevención y tratamiento adecuado.
2. Análisis de la información recopilada.
3. La experimentación de instrumentos, de observación directa a un grupo personas involucrados en la comunidad peninsular.

Esta investigación es de tipo descriptivo, parte de recolección de datos en un momento oportuno. El propósito se basa en describir y analizar las consecuencias propias de lo que es el el cáncer de mamas y los medios e instituciones encargadas de luchar contra este mal. Además se establecerá la respectiva fórmula para determinar la muestra investigativa a la misma que se aplicará los diferentes instrumentos de información.

3.4.3. Investigación Documental Bibliográfica.

Consiste en el desarrollo de la investigación mediante la utilización de fuentes primarias y secundarias.

Constituye la investigación del problema determinado con el propósito de ampliar, profundizar y analizar su conocimiento producido éste por la utilización de fuentes primarias en el caso de documentos y secundarios en el caso de libros, revistas, periódicos y otras publicaciones.

Este tipo de investigación tiene un ámbito determinado, su originalidad se refleja en el manejo de documentos y libros que permitan conocer, comparar y deducir los diferentes enfoques, criterios y conceptualizaciones, análisis, conclusiones, recomendaciones de los diversos autores e instituciones estudiadas, con el propósito de ampliar el conocimiento y producir de nuevas propuestas, en el trabajo de tesis.

De acuerdo a los objetivos del problema propuesto, esta modalidad de investigación tiene mayor incidencia en la formulación teórica, conceptualización de nuevos modelos de interpretación, a partir de la confrontación de las teorías existentes con los datos empíricos de la realidad. Su aplicación se opera en estudios de educación comparada, cuando se procede al análisis de diferentes modelos o tendencias de realidades socioculturales diversas. En estudios geográficos, históricos, geopolíticos, literarios, entre otros.

El trabajo de investigación, se apoya en la consulta de libros y documentos concernientes a generalidades y especificaciones sobre cáncer de mamas, medios de comunicación y la información que transmiten sobre este tema.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.5.1. Población

Una vez definido el problema a investigar, formulados los objetivos y delimitadas las variables se hace necesario determinar los elementos o individuos con quienes se va a llevar a cabo el estudio o investigación.

Esta consideración nos conduce a delimitar el ámbito de la investigación definiendo una población y seleccionando la muestra.

Jiménez (1999) indica que: **“Es el conjunto agregado del número de elementos, con caracteres comunes y tiempo determinado sobre las cuales se pueden realizar observaciones”**.⁴

La población en este proyecto es la ciudadanía en general de la Provincia de Santa Elena:

3.5.2. Muestra no probabilístico (con criterio y con propósito)

Conocido también como muestreo de selección aleatoria, utiliza el azar como instrumento de selección, pudiéndose calcular de antemano la probabilidad de que cada elemento sea incluido en la muestra. Para Marín Ibañez (1985) este tipo de muestreo es el que alcanza mayor rigor científico, y se caracteriza porque se cumple el principio de la equiprobabilidad, según el cual todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de salir elegidos en una muestra.

El muestreo por azar o probabilístico presenta varias modalidades:

- Muestreo aleatorio simple
- Muestreo aleatorio sistemático
- Muestreo por conglomerados (*clusters*) o grupos
- Muestreo por etapas o polietápico

La muestra de la investigación se obtuvo a través de la selección aleatoria estratificada.

⁴ Jiménez (1999)

3.6. DATOS:

Una vez realizada la encuesta piloto nos dio los siguientes resultados:

$p = 84.00\%$ (21 personas aceptaron el trabajo de investigación del proyecto)

$q = (1-p) = 16.00\%$ (4 personas no aceptaron el trabajo de investigación del proyecto)

Debido a que se maneja un margen de confiabilidad del 95% lo cual en la CUADRO normal de estadística nos dio el valor de $Z = 1.96$.

El error de estimación en este caso es del 5%.

n= Tamaño de la muestra

N= Población total o universo

Z = Porcentaje de fiabilidad

p = Probabilidad de ocurrencia

q = Probabilidad de no ocurrencia

e = Error de muestreo

3.6.1. Determinación del tamaño de la muestra

Para efectos de la encuestas, nuestro universo será la población femenina mayor de 18 años de la provincia de Santa Elena, de acuerdo a los datos que arroja los datos del censo de población 2010 de INEC cuyo detalle es 151.831 y para efectos de la muestra se efectuará el cálculo basado en la fórmula siguiente:

$$N (p,q)$$

$$n = \frac{\quad}{(N-1)(e/K)^2 + p \cdot q}$$

$$n = \frac{151.831 (0,5 \cdot 0,5)}{(151.831 - 1)(0,05/2)^2 + 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{151.831 (0,25)}{116,51 + 0,25}$$

$$n = \frac{46561}{116,76}$$

$$n = 398,77$$

$$n = 399$$

Determinada la muestra en 399, se continuará con el proceso de investigación.

$$Z^2 N \cdot p \cdot q$$

$$n = \text{-----}$$

$$e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q$$

Para este estudio se realizó las encuestas a las mujeres mayores de 18 años, es decir un total de 400 encuestas realizadas en diferentes sectores de afluencia masiva de la población objetivo del presente trabajo , sin distinción de clase social.

	Población	Porcentaje
Estudiantes	233	70%
Médicos y Publico	167	30%
Total	400 Encuestados	

Datos INEC censo 2010

3.7. TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizaron como técnicas primarias: la observación, la entrevista, y la encuesta; y como técnica secundaria la documentación bibliográfica.

3.7.1. Observación.- Esta técnica fue utilizada para verificar el problema social que genera el desconocimiento sobre la información en cuanto a la enfermedad de cáncer en general y específicamente cáncer de mamas, que ocasionan en la sociedad distintas reacciones ante la noticia de que un familiar o persona cercana haya contraído este mal. La falta de estrategias y propuestas para informar de manera adecuada a toda la comunidad y así ir contrarrestando esta problemática, iniciar un proceso de solución al problema que fue detectado por la observación y proponer una solución alternativa desarrollado en el presente tema de investigación.

Técnicas de observación, según Francisco Leiva Zea (1979):

“Es una técnica que consiste en observar directamente el fenómeno hecho o caso tomar información y registrar para su posterior análisis”.⁵

Esta nos indica que como investigadores debemos observar el hecho o fenómeno mediante un instrumento en el cual se debe registrar los datos observados. Una vez recolectados todos los datos realizar el análisis de los mismos.

3.7.2. Encuesta.- Las encuestas son documentos específicos que permiten al analista recoger la información y las opiniones que manifiestan las personas que los responden. Con ellos podemos recolectar datos sobre actitudes, creencias, comportamientos y características de las mujeres que residen en la provincia de Santa Elena.

A diferencia de las entrevistas, los cuestionarios nos ayudan cuando las personas a las que necesitamos preguntarles están muy dispersas o son demasiadas, no se les puede entrevistar personalmente.

Técnicas de cuestionario, según Francisco Leiva Zea (1979):

El cuestionario se refiere a la manera de formular las preguntas, para lo cual se recomienda lo siguiente:

Formular preguntas abiertas para dejar en libertad la iniciativa de la persona encuestada.

Procurar que las preguntas sean formuladas con frases fácilmente comprensibles evitando formulaciones embarazosas de carácter personal y privado, las preguntas

⁵ Técnicas de observación, según Francisco Leiva Zea (1979)

deben ser claras, simples y concretas, enfocando un punto cada vez. Debe evitarse preguntas compuestas como “¿Cuánto, Como y Donde?”.

Plantear preguntas que ayuden a recordar con facilidad las respuestas evitando esfuerzos de memoria al entrevistado. (pág. 39 y 40).⁶

Esta cita nos enseña que la técnica del cuestionario debe ser elaborada de la mejor manera, es decir las preguntas deben ser desarrolladas en el lenguaje de mayor comprensión de la población o muestra a ser investigada, para que de esta manera facilite la recolección de los datos de la persona u organizaciones involucradas en el problema motivo de la investigación, logrando de esta manera un resultado que nos de la seguridad de que el trabajo realizado es hacer

3.8. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio empleó el siguiente esquema de investigación:

- ❖ Planteamiento del problema
- ❖ Recolección de información bibliográfica
- ❖ Seleccionar los temas de investigación
- ❖ Elaborar el marco teórico
- ❖ Preparar documentos para la recolección de datos
- ❖ Aplicar las encuestas para recolectar la información
- ❖ Análisis e interpretación de los resultado
- ❖ Conclusiones y recomendaciones
- ❖ Elaboración de la propuesta

⁶ Técnicas de observación, según Francisco Leiva Zea (1979)

3.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una encuesta personal a cada una de las personas que habitan en la provincia de Santa Elena con el propósito de captar sus conocimientos y opiniones acerca de la difusión del cáncer de mamas, con la finalidad de obtener alguna información sobre el tema de investigación.

La entrevista personal se puede definir como una entrevista cara a cara, en donde el entrevistador pregunta al entrevistado y recibe de éste las repuestas pertinentes a la hipótesis de la investigación. Además se pueden seleccionar personas con buena predisposición. La investigación se realizó previa a un diálogo adecuado a los entrevistados, para que éstos adquieran suficiente habilidad para contestar las preguntas; que conozcan el objetivo general del proyecto y la importancia de las entrevistas.

Se realizó la observación de forma directa para recopilar datos en el momento que se visitaron las diferentes instituciones educativas y casas de salud. Como cualquier técnica de recopilación de datos, la observación tiene ciertas ventajas. Hay muchas áreas de trabajo en las que la observación es un buen método, por ejemplo algunos grupos de personas que no pueden ser encuestadas a través de un cuestionario; además, otros grupos humanos son difíciles de abordar por medio de encuesta. Otra ventaja de la observación es que se puede obtener información en el mismo momento en que estuvieron presentes los doctores y pacientes.

Para la obtención de la información se aplicó cuestionarios, tanto a personas naturales, como a profesionales en el área de oncología, formulados a cumplir los objetivos de la investigación mediante preguntas

específicas. Por lo tanto, se puede decir que la información de todos los cuestionarios nos proporcionaron datos para determinar las variables.

La pregunta motivó a los entrevistados a que proporcionen los datos necesarios. En este caso se aplicó un cuestionario confiable cuyas preguntas no tenían sesgo.

3.10. CRITERIOS PARA ELABORAR LA PROPUESTA

- ❖ Título de la propuesta
- ❖ Justificación
- ❖ Fundamentación
- ❖ Objetivo General
- ❖ Objetivo Específico
- ❖ Importancia
- ❖ Ubicación sectorial y física
- ❖ Factibilidad
- ❖ Descripción de la propuesta
- ❖ Aspectos legales.
- ❖ Las actividades
- ❖ Los recursos
- ❖ Misión
- ❖ Visión
- ❖ Beneficiarios
- ❖ Impacto social
- ❖ Bibliografía
- ❖ Anexos

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Edad de los encuestados

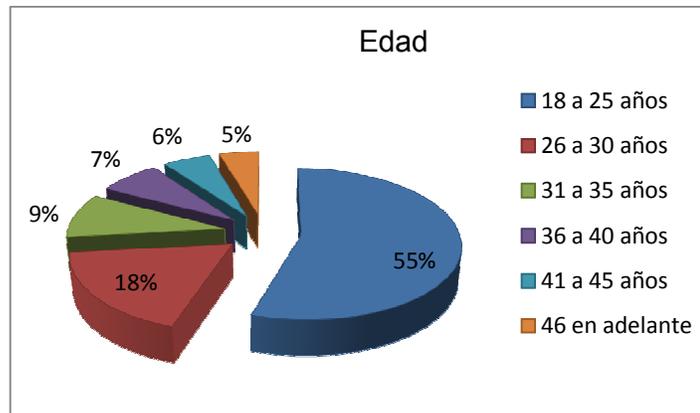
Tabla # 4

Edad		
18 a 25 años	220	55%
26 a 30 años	73	18%
31 a 35 años	38	10%
36 a 40 años	29	7%
41 a 45 años	22	6%
46 en adelante	18	5%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 1



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por, Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Según la encuesta realizada a la comunidad peninsular, la mayor parte es decir el 55% de las personas entrevistadas oscilan en una edad entre 18 y 25 años, es decir la edad más adecuada en las que se podría detectar a tiempo si existe el riesgo de padecer de cáncer de mamas y poder tomar las medidas adecuadas para su prevención y tratamiento.

2. ¿De que genero es Ud.? indique

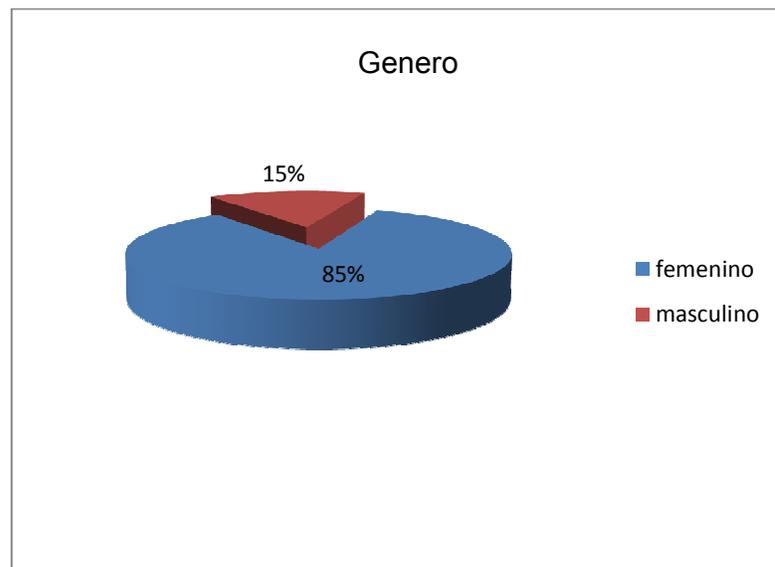
Tabla # 5

Genero		
femenino	339	85%
masculino	61	15%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 2



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

En esta pregunta, también necesitamos conocer el criterio de los hombres, ya que la mayoría tienen hermanas, madres, hijas, etc. en las que también existe gran preocupación por tratarse de un problema sumamente preocupante y mediante la encuesta determinamos que existió un 15 % de hombres interesados en la presente propuesta.

3 ¿Tiene seguro médico?

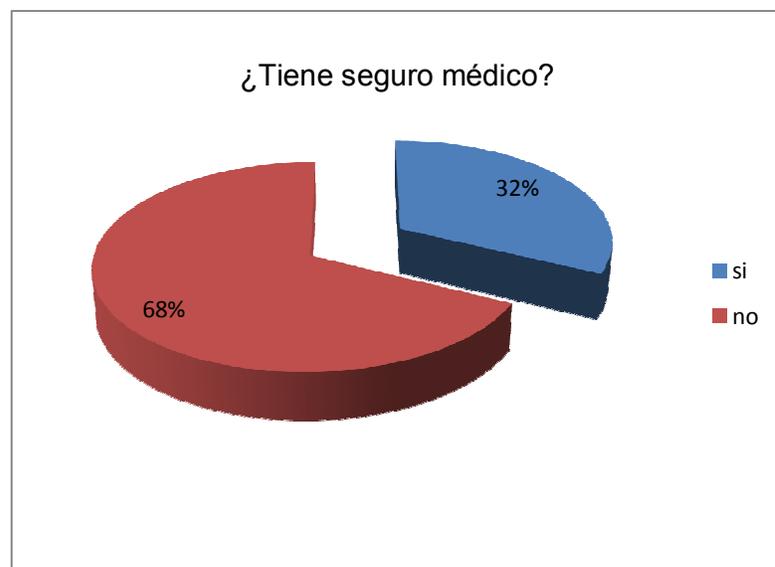
Tabla # 6

¿Tiene seguro médico?		
si	129	32%
no	271	68%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 3



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 68 % de los encuestados tienen seguro médico, pero lo preocupante es que en los diferentes centros donde poseen el seguro, no se preocupan en ahondar en este tema, es por ello que es cada vez más alarmante, el incremento del cáncer de mamas en las mujeres peninsulares.

4. Si su respuesta es positiva indique el nombre

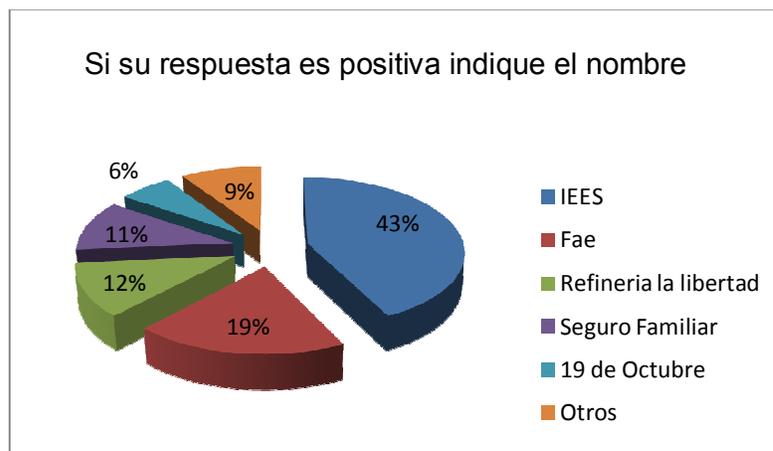
Tabla# 7

Si su respuesta es positiva indique el nombre		
IEES	55	43%
FAE	25	19%
Refinería la libertad	15	12%
Seguro Familiar	14	11%
19 de Octubre	8	6%
Otros	12	9%
Total	129	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 4



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 76 % de los habitantes encuestados, mantienen su seguro médico en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IEES, por lo que manifiestan que aparte de que el servicio no es tan eficiente, ellos no son los indicados para poder dar información sobre el cáncer de mamas, y que hay que acudir a SOLCA, en su efecto las demás personas entrevistadas manifiestan que no son organizaciones especializadas y que hay que acudir a la institución antes mencionada.

5. Nombre de Hospital, clínica u otro más cercano.

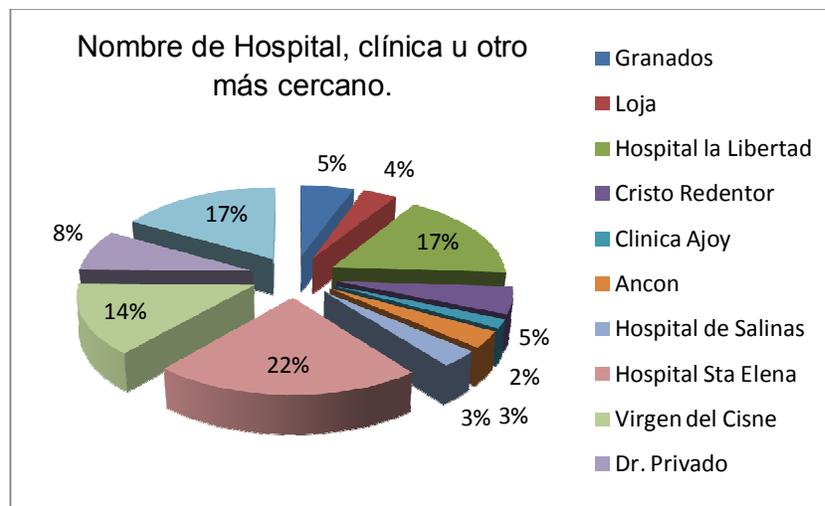
Tabla # 8

Nombre de Hospital, clínica u otro más cercano.		
Granados	22	6%
Loja	14	4%
Hospital la Libertad	68	17%
Cristo Redentor	21	5%
Clínica Ajoy	7	2%
Ancón	13	3%
Hospital de Salinas	13	3%
Hospital Santa Elena	88	22%
Virgen del Cisne	55	14%
Dr. Privado	32	8%
Subcentro	67	17%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 5



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Según las encuestas el 22% de los encuestados, acude al Hospital regional de Santa Elena, por la distancia, ya que los que están afiliados al IESS manifiestan que es muy difícil cuando se presenta alguna emergencia acudir hasta Ancón.

6. Acude con frecuencia a su medico

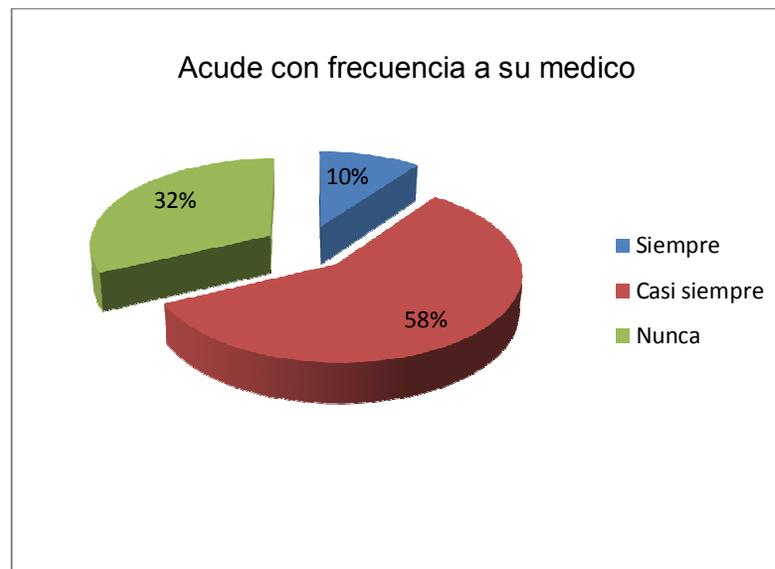
Tabla # 9

Acude con frecuencia a su medico		
Siempre	40	10%
Casi siempre	232	58%
Nunca	128	32%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 6



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

En esta pregunta, es importante señalar que solo el 10 % de los encuestados, mantienen una cultura de visitar constantemente a su médico, este o no enfermo, pero el 58 % una cifra alarmante solo se preocupa ir al médico solamente cuando se siente realmente enfermo, por lo que hay que mejorar esta cultura y cambiar la mentalidad de los peninsulares para reducir el riesgo a padecer enfermedades terminales.

7. ¿Conoce exactamente su estado de salud?

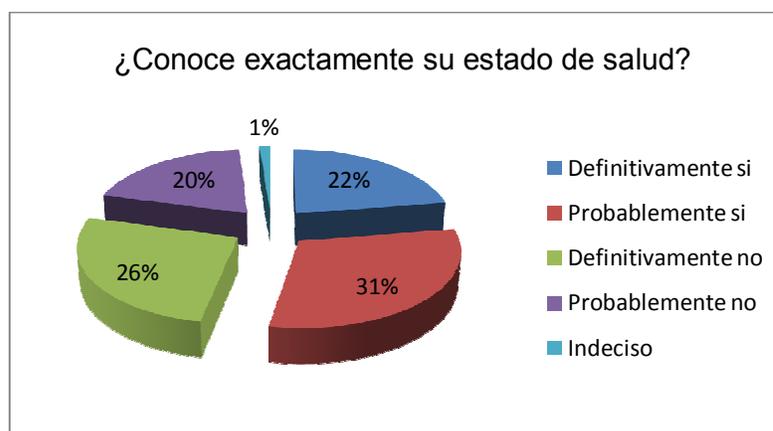
Tabla # 10

¿Conoce exactamente su estado de salud?		
Definitivamente si	90	23%
Probablemente si	122	31%
Definitivamente no	105	26%
Probablemente no	78	20%
Indeciso	5	1%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 7



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Con los resultados obtenidos en esta pregunta, se puede destacar que no existe una cultura que permita que los habitantes mantengan constantemente un chequeo médico para determinar su estado de salud de manera constante, es decir solo el 23% manifiesta acudir al médico constantemente, por otra parte el 77% de la demás población o están indecisos o solo acude cuando los síntomas de una enfermedad se manifiestan y recién tomar las medidas adecuadas para poder realizarse los chequeos respectivos.

8. ¿Conoce usted los síntomas que presenta un paciente con cáncer de mamas?

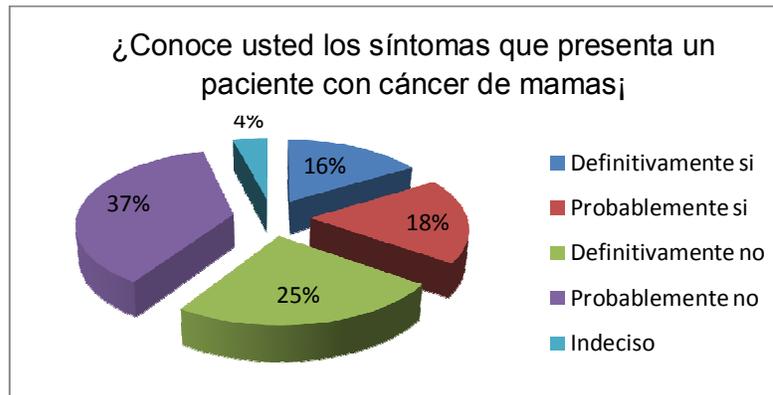
Tabla # 11

¿Conoce usted los síntomas que presenta un paciente con cáncer de mamas?		
Definitivamente si	65	16%
Probablemente si	74	19%
Definitivamente no	98	25%
Probablemente no	147	37%
Indeciso	16	4%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 8



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Como se muestra en el gráfico, con los resultados obtenidos en esta pregunta, se puede determinar que el 37 % de los encuestados probablemente no conoce los síntomas que presenta un paciente con cáncer de mamas, y es debido a la falta de capacitación y medios de difusión que se encarguen de realizar esta labor mientras tanto solo un 16% conoce con certeza como y cuál es el cuadro sintomatológico y un 19% tiene una leve idea los síntomas que presenta una paciente con cáncer de mamas.

9. ¿Cree que la alimentación podía evitar el cáncer de mama?

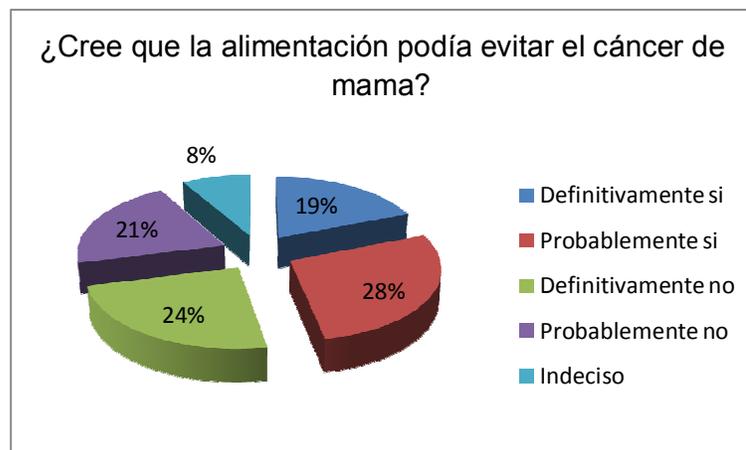
Tabla # 12

¿Cree que la alimentación podía evitar el cáncer de mama?		
Definitivamente si	76	19%
Probablemente si	112	28%
Definitivamente no	96	24%
Probablemente no	83	21%
Indeciso	33	8%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por, Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 9



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 19% de los encuestados están de acuerdo que mantener una alimentación sana y equilibrada ayuda a reducir riesgos de contraer cualquier tipo de enfermedad, a su vez el 21 % de los demás encuestados, por falta de conocimiento, manifiestan que la alimentación no es un factor importante para prevenir esta enfermedad, ya que hay casos en las que puede ser hereditario y todo esto se debe a la falta de conocimiento sobre el tema.

10. ¿Piensa Ud. que la temprana edad afecta de alguna manera la posibilidad de contraer cáncer?

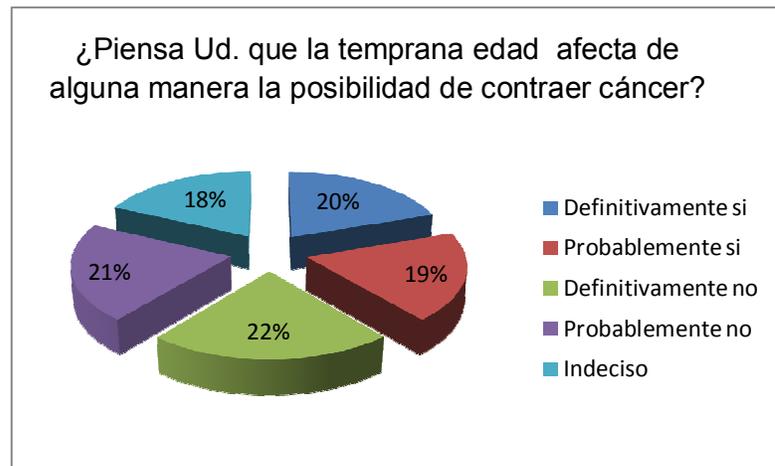
Tabla # 13

¿Piensa Ud. que la temprana edad afecta de alguna manera la posibilidad de contraer cáncer?		
Definitivamente si	79	20%
Probablemente si	76	19%
Definitivamente no	89	22%
Probablemente no	84	21%
Indeciso	72	18%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 10



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Los resultados que se han obtenido son muy parejos, los diversos criterios manifiestan que la edad si influye bastante y que el riesgo de padecer cáncer de mamas a partir del desarrollo del cuerpo a edades fuera de los parámetros de lo normal crean cierto riesgo para contraer la enfermedad creando así en cierta parte de la población encuestada la reflexión de que el cáncer de mamas no tiene límite de edad un 22 % manifiesta que definitivamente si influye y un 21 % manifiesta lo contrario.

11. ¿Considera que el estilo de vida de una persona puede afectar para contraer cáncer de mamas?

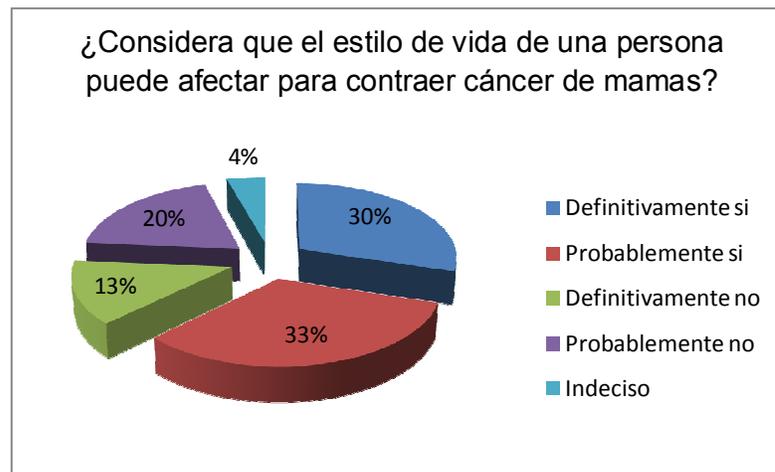
Tabla # 14

¿Considera que el estilo de vida de una persona puede afectar para contraer cáncer de mamas?		
Definitivamente si	119	30%
Probablemente si	132	33%
Definitivamente no	54	14%
Probablemente no	78	20%
Indeciso	17	4%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 11



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

En esta pregunta, el 30 % de los encuestados consideran que definitivamente el estilo de vida de una mujer afecta notablemente al momento de detectarse un cáncer de mamas, y un 30 % piensa que es muy probable que esto influya de manera directa, mientras que tan solo un 13 % considera que esta parte es irrelevante y esto se debe a la falta de conocimiento sobre este padecimiento de manera general.

12. ¿Sabe Ud. cuál es el beneficio del diagnóstico temprano?

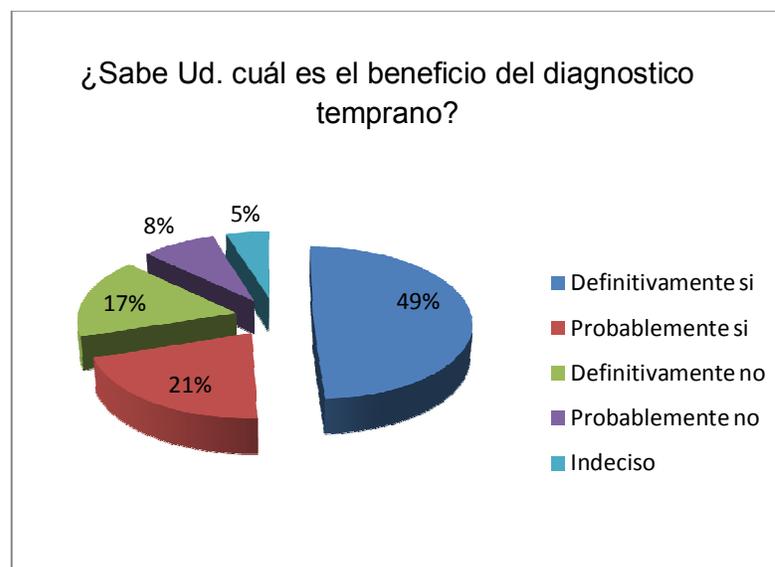
Tabla # 15

¿Sabe Ud. cuál es el beneficio del diagnóstico temprano?		
Definitivamente si	197	49%
Probablemente si	83	21%
Definitivamente no	68	17%
Probablemente no	33	8%
Indeciso	19	5%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 12



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 49 % de los encuestados están en pleno conocimiento de que un chequeo y un diagnóstico temprano puede ser un factor determinante en el momento de detectar una enfermedad, ya que detectando a tiempo una enfermedad puede ser posible que tratándola a tiempo esta se puede controlar y en su mayoría curar.

13. ¿Conoce Ud. la cura contra el cáncer?

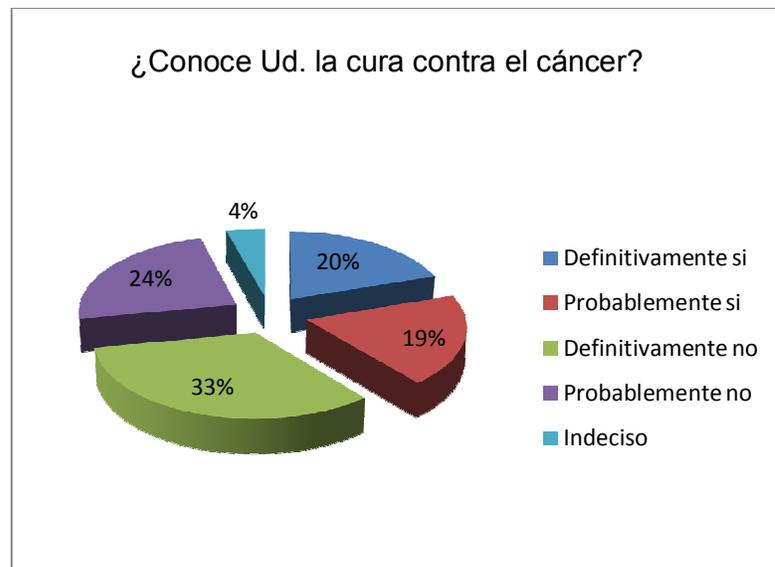
Tabla # 16

¿Conoce Ud. la cura contra el cáncer?		
Definitivamente si	79	20%
Probablemente si	77	19%
Definitivamente no	132	33%
Probablemente no	95	24%
Indeciso	17	4%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 13



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Según los resultados obtenidos en esta pregunta el 33 % de los encuestados manifiestan que no tienen conocimiento alguno de que este tipo de enfermedad tenga cura, a su vez el 20 % de ellos consideran que cuando se la detecta a tiempo hay muchas probabilidades de que esta se pueda curar a tiempo.

14. ¿Sabe cuál es la etapa inicial del tumor?

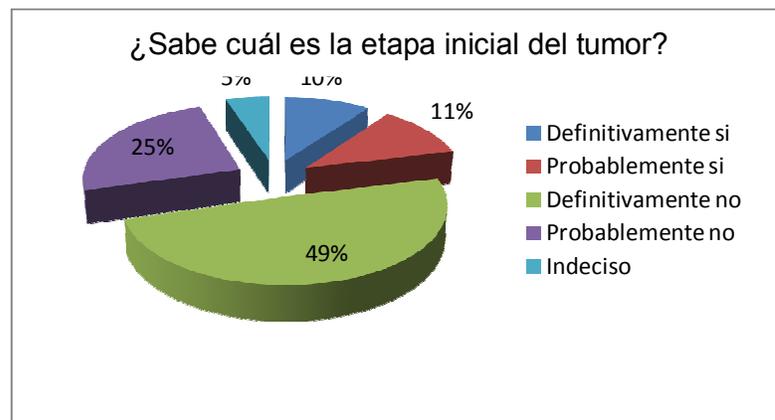
Tabla # 17

¿Sabe cuál es la etapa inicial del tumor?		
Definitivamente si	40	10%
Probablemente si	45	11%
Definitivamente no	197	49%
Probablemente no	98	25%
Indeciso	20	5%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 14



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 49 % de los habitantes encuestados, manifiestan que definitivamente no tienen conocimiento alguno de cuál sea la etapa inicial del cáncer de mamas, debido a la escasa preparación y a la poca difusión sobre este mal, en cambio tan solo el 11 % indica que probablemente si tiene nociones, ya sea porque lo han leído o porque algún conocido ha padecido de este mal.

15. ¿Tiene conocimiento sobre las principales deficiencias físicas y orgánicas que puede desarrollar el cáncer?

Tabla # 18

¿Tiene conocimiento sobre las principales deficiencias físicas y orgánicas que puede desarrollar el cáncer?		
Definitivamente si	15	4%
Probablemente si	12	3%
Definitivamente no	311	78%
Probablemente no	37	9%
Indeciso	25	6%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 15



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Con el trabajo de campo se ha determinado que el 78 % de los encuestados manifiestan que definitivamente no tienen conocimiento sobre las principales deficiencias físicas y orgánicas que puede desarrollar el cáncer, mientras que tan solo el 6 % manifiesta conocer un poco sobre el tema debido a que han estado involucrados indirectamente con personas que padecen de este mal..

16. ¿Conoce Ud. sobre las etapas y estadios del cáncer de mamas?

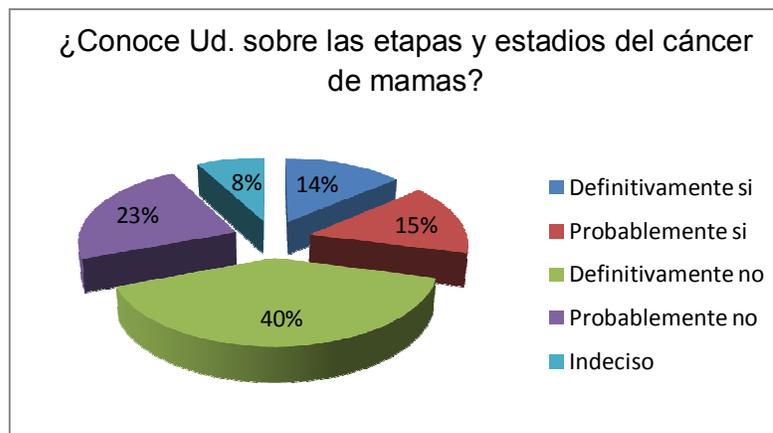
Tabla # 19

¿Conoce Ud. sobre las etapas y estadios del cáncer de mamas?		
Definitivamente si	55	14%
Probablemente si	61	15%
Definitivamente no	161	40%
Probablemente no	92	23%
Indeciso	31	8%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 16



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 40 % de los encuestados manifiesta que definitivamente no conoce sobre los estadios del cáncer de mama, ya que no han participado en foros, o talleres de capacitaciones, ni han escuchado boletines médicos por radios locales, a su vez, tan solo el 14 % de los encuestados, tiene nociones de la problemática, ya que han participado en programas pero fuera de la provincia.

17. ¿Sabe en qué consiste, donde se realiza y quienes deben hacerse una mamografía?

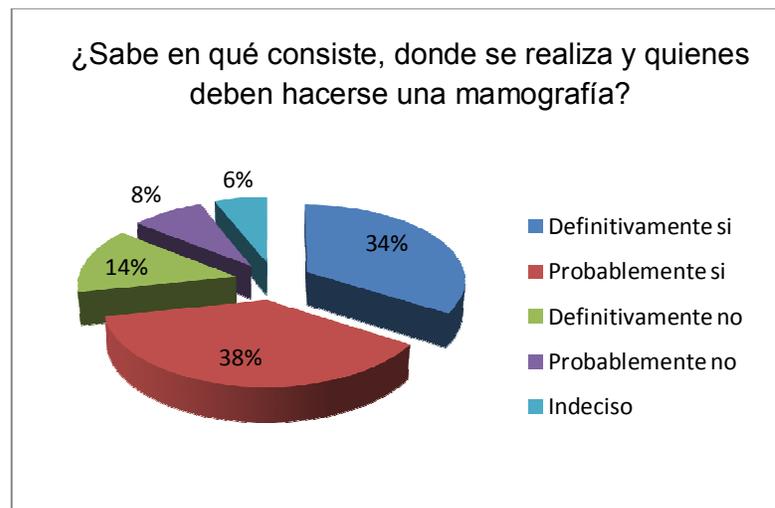
Tabla # 20

¿Sabe en qué consiste, donde se realiza y quienes deben hacerse una mamografía?		
Definitivamente si	136	34%
Probablemente si	151	38%
Definitivamente no	56	14%
Probablemente no	33	8%
Indeciso	24	6%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 17



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagua

Mediante el trabajo de campo realizado se puede determinar que el 38 % de los encuestados conocen donde se puede hacer todo este chequeo, y supieron manifestar que conocen donde quedan las instalaciones de SOLCA, mientras que tan solo el 14% no conoce donde, ya que se trata de personas que provienen de la zona rural de la provincia y no conocen esta institución.

18. ¿Conoce Ud. como se realiza el autoexamen de mamas?

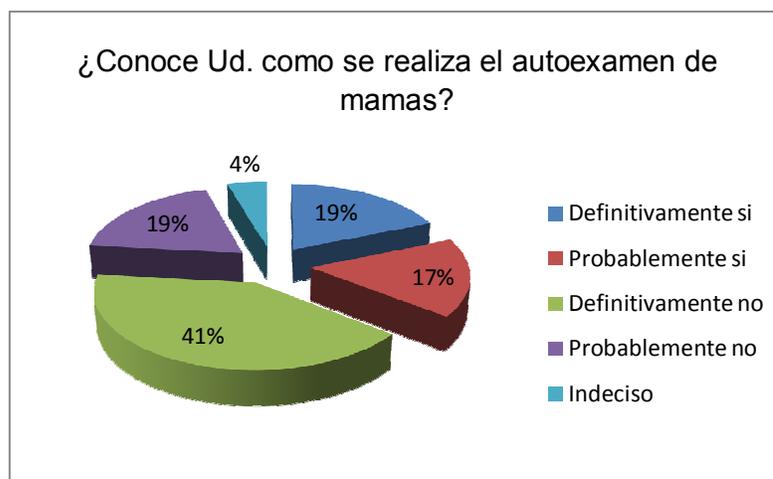
Tabla # 21

¿Conoce Ud. como se realiza el autoexamen de mamas?		
Definitivamente si	75	19%
Probablemente si	67	17%
Definitivamente no	165	41%
Probablemente no	75	19%
Indeciso	18	5%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 18



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Siendo un procedimiento muy sencillo de realizar en casa, el 41 % de la población encuestada, no conoce la forma de realizarse un autoexamen y poder detectar a tiempo si es que padece de esta enfermedad y poder tomar las medidas respectivas, a su vez, tan solo el 19 % tiene conocimientos de cómo hacerlo; todo esto se debe a que la población peninsular no cuenta con espacios publicitarios para realizar una constante capacitación masiva y reducir el índice de mujeres afectadas.

19 ¿Le gustaría que hubiera un espacio radial en la península mediante capsulas informativas de capacitación masiva sobre tipos y síntomas del cáncer?

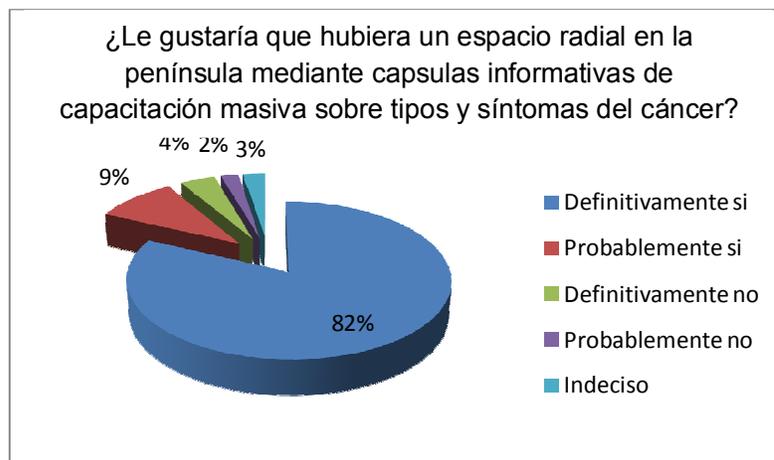
Tabla # 22

¿Le gustaría que hubiera un espacio radial en la península mediante capsulas informativas de capacitación masiva sobre tipos y síntomas del cáncer?		
Definitivamente si	328	82%
Probablemente si	38	10%
Definitivamente no	16	4%
Probablemente no	8	2%
Indeciso	10	3%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 19



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Sin duda alguna la población peninsular considera en un 82 % que se trata de un problema que se va incrementando cada día más y que definitivamente están de acuerdo con que se cree un espacio radial en donde se pueda orientar a las mujeres peninsulares sobre el cáncer de mamas.

20. ¿En que emisora radial le gustaría escuchar este tipo de capsulas informativas?

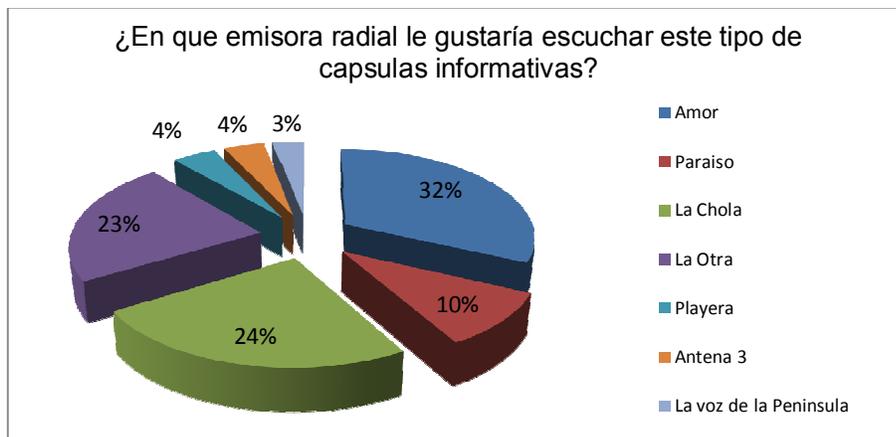
Tabla # 23.

¿En que emisora radial le gustaría escuchar este tipo de capsulas informativas?		
Amor	128	32%
Paraíso	39	10%
La Chola	98	25%
La Otra	90	23%
Playera	17	4%
Antena 3	16	4%
La voz de la Península	12	3%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por, Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 20



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por, Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Se puede determinar que existen diversos gustos a la hora de programar una radio en sus hogares, del presente estudio resaltaron 3 estaciones radiales de preferencia por el público es decir el 32 % desea escuchar las cápsulas informativas a través de la “Radio Amor” mientras que el 24 % prefiere que se den en “Radio La Chola” y un muy cercano 23% dice que deberían darse en “Radio La Otra”.

21. ¿Considera Ud. importante que se incluya con más intensidad información sobre la salud en los medios antes mencionados?

Tabla # 24

¿Considera Ud. importante que se incluya con más intensidad información sobre la salud en los medios antes mencionados?		
si	385	96%
no	15	4%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por, Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 21



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Para los peninsulares encuestados, un 96 % consideran que aparte de los boletines informativos sobre lo que ocurre en la provincia de Santa Elena, también es importante que se incluyan cápsulas informativas sobre salud, para que la ciudadanía peninsular se sienta más respaldada y de una forma u otra puedan tener orientación sobre problemas médicos desde sus hogares mediante las emisoras que escuchan.

22. Horario preferible para transmitir cápsulas informativas

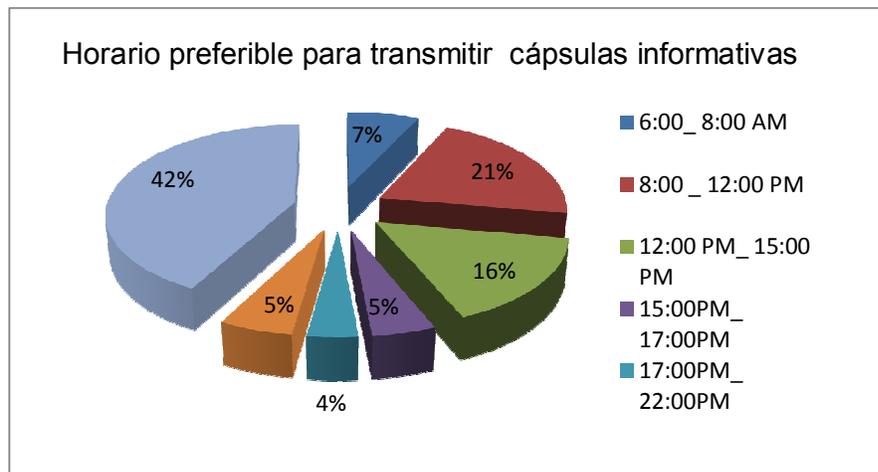
Tabla # 25

Horario preferible para transmitir cápsulas informativas		
6:00_ 8:00 AM	28	7%
8:00_ 12:00 PM	83	21%
12:00 PM_ 15:00 PM	64	16%
15:00PM_ 17:00PM	19	5%
17:00PM_ 22:00PM	15	4%
22:00PM_ 01:00 AM	22	6%
C/2 h. en espacios de 5 min.	169	42%
Total	400	100%

Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

Gráfico # 22



Fuente: Habitantes de la Península de Santa Elena.

Elaborado por: Gabriela Luna – Gabriela Yagual

El 42 % de los encuestados prefieren que las cápsulas informativas deben realizárselas cada 2 horas con una duración de 5 minutos todos los días, con temas de salud, avances y logros científicos que permitan estar al día con la información sobre salud, mientras el 21% dice que el horario más conveniente sería de 8:00- 12:00AM.

CONCLUSIONES

- Mediante el trabajo de campo realizado, se ha podido determinar que la población peninsular necesita de mucha información sobre lo que implica el cáncer de mamas.
- La cultura de la ciudadanía peninsular en cuanto a prevención de las posibles enfermedades que se puedan contraer a causa de diversos factores es nula, pues para la mayoría estar enfermo es sinónimo dolencia y estragos en el cuerpo, cuando la realidad es otra, ya que tomando medidas preventivas y el chequeo a diario se puede evitar molestias a causa de enfermedades que pueden ser tratadas cuando se las detecta con anticipación.
- El conocimiento sobre el tema cáncer de mamas y de cómo realizarse un autoanálisis es nulo para la mayoría de mujeres, ya que este tema no le dan mucha importancia, sin darse cuenta que es una de las causas de muerte más importante en mujeres de Latinoamérica.
- Mediante las entrevistas se pudo detectar que las mujeres no se realizan el autoanálisis, por lo que el riesgo y el índice de mujeres afectadas puede incrementarse notablemente.
- Se ha realizado el respectivo análisis, mediante el cual hemos determinado que esta patología es una de las causas más importantes de muerte en la población ecuatoriana, y que en la Provincia de Santa Elena las cifras están incrementándose cada día más, por lo que hay que tomar conciencia e involucrar a diversas instituciones locales para que se sumen a la causa y reducir el índice de mujeres afectadas.

RECOMENDACIONES.

Elaborar planes que involucren a autoridades competentes para que se pueda reducir el riesgo de contraer esta enfermedad a causa del descuido y de la falta de información a la población peninsular.

Construir una propuesta en la que se utilice un medio de difusión masivo, de preferencia los más usados y frecuentados por la población de la provincia de Santa Elena mediante el cual la ciudadanía pueda capacitarse desde la comodidad de su casa, a través de capsulas informativas por los diferentes medios de comunicación local en la provincia.

Buscar convenios entre ministerio de salud, SOLCA y los diferentes medios de comunicación para poder llevar a cabo la propuesta planteada.

Crear espacios en los medios de comunicación en los que se traten de manera veraz, oportuna y rápida información sobre cáncer y la importancia de realizar una detección de tiempo.

Fomentar en las diferentes instituciones educativas la importancia de que jóvenes y jovencitas tengan nociones básicas sobre este tipo de cáncer, con la finalidad de crear una sociedad sin estigmas sociales y lista para apoyar y poder sobrellevar cualquier situación que se presente respecto a este tema.

CAPÍTULO V

5. LA PROPUESTA

“PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMAS EN MUJERES DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA”.

5.1. JUSTIFICACIÓN

Mediante investigación realizada y los datos recolectados en las encuestas se ha detectado que la población de la provincia de Santa Elena tiene un alto índice de desconocimiento sobre cáncer de mamas sus generalidades, prevención y como mejorar la calidad de vida de quienes tienen la enfermedad.

La falta de información y educación con respecto a este tema ha generado en la sociedad cierto estigma y rechazo hacia la población femenina puesto que son discriminadas, segregadas, afectando su estado emocional y acelerando en muchas ocasiones su deterioro físico

El cáncer requiere de un tratamiento radical costoso según el estadio y tipo de carcinoma que la paciente posea, generará lógicamente estragos, malestares y cambios tanto físicamente como psicológicamente; estos son notados por la sociedad quienes en lugar de dar soporte emocional crean cierto temor e inseguridad en la paciente.

Mediante esta investigación y propuesta se pretende educar, informar y capacitar a la población de la península de santa elena en cuanto al autoanálisis, generalidades, y especificaciones de cada tipo de cáncer de mamas mediante cápsulas informativas que serán retransmitidas en las 3

emisoras mas sintonizadas en nuestro medio los días lunes, miércoles sin embargo, aunque existe el riesgo de perder la capacidad de tener hijos (debido fundamentalmente a que la quimio y radioterapia pueden destruir los tejidos reproductores), existen en la actualidad diferentes medios de preservación de fertilidad, que están disponibles en los centros sanitarios para prevenir este problema.

Se ha sugerido que la polución ambiental, los productos químicos de los desodorantes, los sostenes tipo aro con varillas y los implantes de mama aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, sin embargo, no existe aún base científica para confirmar que estos factores aumenten el riesgo.

Las mujeres que tomaron dietilestilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años. Esta droga se les suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.

Y viernes empezando a las 6H00 am, cada 2 horas por lapso de 5 minutos sugerido, con la finalidad de crear una sociedad más comprensiva, tolerante y humana con lo reconfortante y menos cruel para la paciente con cáncer de mamas.

5.2. DIAGNÓSTICO

Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementa alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020.

El cáncer en el Ecuador es un problema de salud pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. El propósito de este plan es sostener una campaña coherente y sistemática desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer.

En este contexto la intervención de comunicación para la salud tiende a lograr cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población, motivando comportamientos preventivos para asegurar el bienestar de la familia y la comunidad, a través de una eficaz intervención comunicacional.

5.2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Habiendo 35,000 casos nuevos de cáncer por año, ocupando el segundo lugar como causa de muerte registrada a nivel nacional, según estadísticas oficiales del Ministerio de Salud las neoplasias malignas más frecuentes que han sido identificadas en estudios de base poblacional son: Cáncer de Cuello Uterino, Mama, Estómago, Próstata y Pulmón.

Por tan delicado problema, es necesario adoptar las medidas necesarias que eviten el incremento de los casos de cáncer, no solo por la exposición a los factores de riesgo, sino considerando la adquisición de hábitos saludables en las diferentes etapas de la vida.

La promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son las estrategias fundamentales para el control del cáncer a nivel nacional. La promoción a través de la educación para la salud y el fomento de estilos de vida saludables, incide sobre los factores determinantes de la salud anticipándose a la aparición de riesgos

en la población a fin de evitar el incremento de enfermedades neoplásicas.

Dentro del espíritu de equidad que se fomenta, se requiere incrementar el nivel de entendimiento del hecho que, mientras las enfermedades infecciosas y reemergentes continúan siendo un problema significativo en nuestro país, la incidencia de las enfermedades crónicas y no transmisibles también se va incrementando día a día.

Los genes, como uno de los factores de riesgo asociados con los estilos de vida. Las mujeres cuyas familias poseen mutaciones en estos genes tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama, No todas las personas que heredan mutaciones en estos genes desarrollarán cáncer de mama. Conjuntamente con la mutación del oncogén p53 característica del síndrome de Li-Fraumeni, estas mutaciones determinarían aproximadamente el 5% de todos los casos de cáncer de mama, sugiriendo que el resto de los casos son esporádicos. Recientemente se ha encontrado que cuando el gen BRCA1 aparece combinado con el gen BRCA2 en una misma persona, incrementa su riesgo de cáncer de mama hasta en un 87%.

Otro de los factores determinantes son las hormonas, Los estrógenos exógenos, en especial los utilizados en la terapia de sustitución hormonal junto a la predisposición genética, constituyen los elementos de mayor peso en la aparición del cáncer de mama.

Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia. También se ha descrito un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que toman anticonceptivos orales.

Las pruebas de detección actuales pueden diagnosticar cáncer temprano, en etapas en las que la enfermedad puede ser tratada exitosamente e incluso evitar la progresión de algunos tumores mediante la identificación y extirpación de lesiones pre-malignas. Se puede mejorar en gran medida

las probabilidades de curación, extender la vida, reducir la duración del tratamiento necesario, y así mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Sin embargo, aunque existe el riesgo de perder la capacidad de tener hijos (debido fundamentalmente a que la quimio y radioterapia pueden destruir los tejidos reproductores), existen en la actualidad diferentes medios de preservación de fertilidad, que están disponibles en los centros sanitarios para prevenir este problema.

Se ha sugerido que la polución ambiental, los productos químicos de los desodorantes, los sostenes tipo aro con varillas y los implantes de mama aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, sin embargo, no existe aún base científica para confirmar que estos factores aumenten el riesgo.

Estos factores de riesgo no son la única causa del cáncer, 15% de los casos están relacionados a factores genéticos, y tienen altas probabilidades de curación si se diagnostica precozmente. Otros factores de riesgo están relacionados a la edad, historia familiar, el estilo de vida y ocupación, los cuales deben ser tomados en cuenta durante la atención a los pacientes.

5.2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El lenguaje audiovisual es un medio de comunicación que nos permite construir un mensaje a través de la interacción entre sonido e imagen dentro de un contexto secuencial, es decir, con ambos elementos presentes a la vez.

Como diría Santos Guerra, El lenguaje audiovisual es sintético: sonido - imagen – movimiento, 1984, "el lenguaje audiovisual es un lenguaje de

participación en el acontecimiento", pues permite representar la realidad de modo tal que nos sentimos identificados con lo que vemos y escuchamos, captando con más fuerza nuestra atención, despertando múltiples emociones.

En este tipo de lenguaje la música, los efectos sonoros, los ruidos y los silencios colaboran en la transmisión del mensaje, no como complemento sino conformando realmente el mensaje; es decir, que la fusión de todos estos elementos, da forma al mensaje como tal.

5.2.3. FUNDAMENTACIÓN PEDAGÓGICA

El lenguaje radiofónico es el lenguaje que se utiliza en la radio sugerida.

Debido a las limitaciones del medio, se basa exclusivamente en el sonido (música, palabras, etc.), en una sola dirección (del emisor al oyente).

Los mensajes sonoros de la radio podemos concebirlos como una sucesión ordenada, continua y significativa de sonidos elaborados por las personas, los instrumentos musicales o la naturaleza y clasificados según los repertorios/códigos del lenguaje radiofónico.

La intervención de nuevos elementos ajenos al cuerpo humano y nuevas convenciones para esta forma de comunicación nos resultan en un lenguaje característico.

Todo esto no hace sino indicarnos la aparición de nuevos códigos, que otorgan a la radio un lenguaje propio, específico y característico. Encontramos cuatro elementos que nos definen este lenguaje, cuatro sistemas expresivos muy concretos:

- La palabra
- La música

- El ruido o efecto sonoro
- El silencio

5.2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

Ninguno de los elementos expresivos que constituyen el lenguaje radiofónico es en sí mismo fundamental para la producción de sentido; sin embargo, ya que es el instrumento habitual de expresión directa del pensamiento humano y vehículo de nuestra socialización.

La palabra resulta indispensable en el conjunto del lenguaje radiofónico. La palabra radiofónica es palabra imaginada, fuente evocadora de una experiencia sensorial más compleja.

- Otra buena prueba de este carácter especial del lenguaje radiofónico es que una de las formas más características de la palabra radiofónica es el monólogo, siendo la soledad la primera dificultad que tiene que superar el monologante radiofónico ante la ausencia de "feed-back" tiempo radiofónico parece haber llevado al olvido la improvisación, sustituyéndola por el texto .

5.2.5. FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA

Es el lenguaje a través del que establecemos relaciones comunicativas en la sociedad, a partir de la necesidad de dar a conocer los pensamientos humanos; se buscan los medios idóneos para poder transmitir una idea.

Para este caso el lenguaje audiovisual es de los más ricos en elementos y recursos.

La radio y la televisión son medios de creación colectiva, tanto en lo que se refiere a su faceta colectiva como de distracción.

Los documentos audiovisuales son comunicación mediada. No son fragmentos de vida, ventanas al mundo o espejos de la sociedad. Son construcciones cuidadosamente elaboradas, sin dejar nada al azar.

La constitución del ser humano es inalterable. Presenta siempre los mismos cinco sentidos, de los cuales dos, vista y oído, recepción mayoritariamente. Partiendo de la idea de que es un medio rico en recursos y siendo una de sus características principales es la inmediatez, es uno de los lenguajes que nos permite comunicar un mensaje de manera rápida, inmediata y clara.

Por esta razón, el lenguaje audiovisual se convierte en una herramienta útil en la difusión de cualquier mensaje.

5.2.6. FUNDAMENTACIÓN EDUCATIVA

La radio es un medio que reúne características como la inmediatez, fugacidad, unidad, irreplicable y creativo, siendo esto último un punto complejo; el hecho de poder jugar con la imaginación de la audiencia, lograr que esta pueda recrear a través de los sonidos, efectos y voces una escena.

Es considerado un medio audiovisual, ya que este término es más definidor de unas condiciones de recepción que de unas peculiaridades técnicas; es la más perfecta de las suscripciones y llega antes a domicilio que cualquier periódico.

La radio es un medio que posee muchos formatos para dar a conocer un mensaje, una noticia y un acontecimiento; para este caso se desarrollan el micro-programa y las cápsulas informativas.

Ambos formatos utilizan un guión que respalda la información de los locutores, una escaleta que guía al operador. En el caso del mensaje

radiofónico, la recepción depende del oído; es, pues, una vuelta, tecnicada al medio primario de comunicación que fue la palabra. Pero también el medio en si mismo, el receptor del mensaje, y el mismo promotor y emisor, perfila de un modo decisivo lo peculiar del mensaje radiofónico

5.2.7. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

En el aspecto legal encontramos varias leyes y artículos que fundamentan nuestro proyecto:

- ❖ La Constitución de la República del Ecuador (R.O. N°. 449, 20-OCT-2008), en el Art.16, numeral 3 determina:

“La creación de medios de comunicación social, y al acceso en igualdad de condiciones al uso de las frecuencias del espectro radioeléctrico para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, y a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas”

- ❖ Código de Ética Profesional: El Periodista y la Comunidad:

Artículo 1. El periodista tiene la obligación de proporcionar a la comunidad una información objetiva, veraz y oportuna.

Artículo 3. El periodista está obligado a promover el desarrollo integral del país, la educación, la ciencia, la cultura y a luchar por la liberación del hombre y los pueblos.

Artículo 4. La comunidad tiene derecho a ser correctamente informada y el periodista está obligado a evitar la deformación y tergiversación de las informaciones.

Artículo 7. El periodista está obligado a defender el derecho y el ejercicio de la libertad de expresión de todos los sectores de la comunidad, especialmente de los marginados de la comunicación social.

Artículo 8. El periodista está obligado a luchar por la comunidad en la que se desenvuelve y defender el equilibrio ecológico y el medio ambiente.

5.3. OBJETIVOS

15.3.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a generar estilos de vida y conductas saludables para prevenir detectar a tiempo el cáncer de mamas.

5.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Informar y sensibilizar a la población sobre la importancia de adoptar medidas de auto cuidado para prevenir el cáncer de mamas.

Sensibilizar a los principales actores (periodistas, comunicadores, líderes sociales, organizaciones de base, entre otros) en la corresponsabilidad de las acciones preventivas.

5.4. FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA

5.4.1. FACTOR FINANCIERO

Con sustento y gestiones que se puedan lograr en el ámbito interno y externo, gubernamental y no gubernamental, para la Campaña Educativa Comunicacional sobre EL CANCER DE MAMA. Cabe destacar que la campaña comunicaciones de lucha contra el cáncer está prevista en el plan, por 8 meses.

Cuadro. Factibilidad financiera

Tabla # 26 Factibilidad Financiera

Actividades	Unidad.	Cantidad	Costo	
			Unitario	Total
Reunión con comunicadores sociales y periodistas.	Ud.	8	35	280
Reunión de trabajo con líderes de opinión.	Ud.	6	28	168
Emisión de notas de prensa.*	Ud.	96	10	960
Concertación de entrevistas a voceros.	Ud.	6	25	150
Diseño e impresión de material. (Trípticos, dípticos, volantes, etc.)	Millar	6	18	108
Diseño y elaboración de banderola.	Ud.	15	6	90
Grabación de spot y cuña radial.	Ud.	6	8	48
Difusión de Cuñas radiales y spot de televisión.	Ud.	8	22	176
Reuniones de sensibilización.	Ud.	8	26	208
Distribución de material.	Ud.	1	45	45
Diseño de periódicos murales.	Ud.	16	15	240
Perifoneo en la jurisdicción de los establecimientos de salud. (2 por mes y por 8 meses)	Ud.	16	24	384
Evaluación y monitoreo de las actividades comunicacionales. (1 por mes)	Ud.	8	27	216
Reporte e informe final de la campaña.	Ud.	1	50	50
TOTAL				3123

5.4.2. FACTIBILIDAD LEGAL

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR: COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN.

Artículo 16. Todas las personas, forma individual o colectiva tienen derecho a:

3. La creación de medios de comunicación social, y al acceso en igualdad de condiciones al uso de las frecuencias del espectro radioeléctrico para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, y a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL: EL PERIODISTA Y LA COMUNIDAD.

Artículo 1. El periodista tiene la obligación de proporcionar a la comunidad una información objetiva, veraz y oportuna.

Artículo 3. El periodista está obligado a promover el desarrollo integral del país, la educación, la ciencia, la cultura y a luchar por la liberación del hombre y los pueblos.

Artículo 4. La comunidad tiene derecho a ser correctamente informada y el periodista está obligado a evitar la deformación y tergiversación de las informaciones.

Artículo 7. El periodista está obligado a defender el derecho y el ejercicio de la libertad de expresión de todos los sectores de la comunidad, especialmente de los marginados de la comunicación social.

Artículo 8. El periodista está obligado a luchar por la comunidad en la que se desenvuelve y defender el equilibrio ecológico y el medio ambiente.

5.4.3. FACTIBILIDAD TÉCNICA

Para poder ejecutar la propuesta de las cápsulas radiales para reducir el cáncer de mama en las mujeres peninsulares se requiere de material tecnológico, el cual detallamos a continuación:

Tabla# 27 Factibilidad Técnica

ARTÍCULO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
2 computadoras	\$ 700	\$ 1 400
1 Impresora	120	120
2 Cámaras fotográficas	600	1 200
3 Memorias USB	20	60
3 Grabadoras periodísticas	100	300
2 radios receptores	100	200
Total de equipos		\$ 3 280

Elaborado por: Gabriela Luna_ Gabriela Yagual

5.4.3.1. DE RECURSOS HUMANOS

En toda organización es de capital importancia la parte humana, ya que son ellos los que van a llevar el control, administración y supervisión de la misma, enseguida detallamos el personal que colaborará en el proyecto de capsulas informativas para prevenir el cáncer de mamas:

5.4.3.2. PÚBLICO OBJETIVO PRIMARIO

- Población en general con énfasis en hombres y mujeres de 18 años a más.

5.4.3.3. PÚBLICO SECUNDARIO

- Personal de salud
- Instituciones educativas
- Organizaciones de base
- Asociaciones de Agentes Comunitarios en Salud

5.4.3.4. ALIADOS

- Periodistas y comunicadores sociales de los medios de comunicación
- Propietarios de medios de comunicación
- Comunicadores – Periodistas y representantes de las instituciones públicas y privadas de la provincia de Santa Elena
- Gobierno Regional, Provincial y Local.
- Agentes Cooperantes
- ONGs
- ES SALUD
- Colegios profesionales
- Sanidad de las fuerzas armadas y policiales

5.4.3.5. ACTORES DE LA INTERVENCIÓN

- Comité Multisectorial
- Gobierno Regional
- Sector Salud.
- Sector Educación
- Club de mujeres
- Organizaciones de Base.
- Comités Vecinales.
- Gobiernos Locales
- Empresa Privada
- Promotores de Salud.
- Comunicadores Sociales
- Organizaciones Líderes Femeninas.
- Iglesias.
- Instituciones Públicas.
- ONG.
- Autoridades.

5.4.4. POLÍTICA

La factibilidad política de la propuesta es posible, porque en la actualidad hay leyes y reglamentos que apoyan la utilización de medios de comunicación social como lo veremos a continuación para difundir propuestas e información:

La Constitución de la República del Ecuador determina: *“La creación de medios de comunicación social, y al acceso en igualdad de condiciones al uso de las frecuencias del espectro radioeléctrico para la gestión de*

estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, y a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas”

Código de Ética Profesional: El Periodista y la Comunidad:

Artículo 1. El periodista tiene la obligación de proporcionar a la comunidad una información objetiva, veraz y oportuna.

Artículo 3. El periodista está obligado a promover el desarrollo integral del país, la educación, la ciencia, la cultura y a luchar por la liberación del hombre y los pueblos.

Artículo 4. La comunidad tiene derecho a ser correctamente informada y el periodista está obligado a evitar la deformación y tergiversación de las informaciones.

Artículo 7. El periodista está obligado a defender el derecho y el ejercicio de la libertad de expresión de todos los sectores de la comunidad, especialmente de los marginados de la comunicación social.

Artículo 8. El periodista está obligado a luchar por la comunidad en la que se desenvuelve y defender el equilibrio ecológico y el medio ambiente.

5.4.5. OBJETIVO COMUNICACIONAL

Desarrollar acciones destinadas a generar una demanda informada y satisfecha en la prevención del CÁNCER. Destinadas a garantizar el

derecho de recibir un mensaje veraz, oportuno y adecuado a través de actividades de información, educación y comunicación social.

Incorporar la participación de la comunidad organizada, tendiente a generar un compromiso solidario y responsabilidad compartida en el cuidado de la Salud de la población.

5.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

LEMA:

El lema de la presente campaña es: “La prevención empieza contigo, cuídate del cáncer de mamas”

5.5.1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN

INFORMAR Y EDUCAR

A la población sobre las ventajas de mantener estilos de vida saludables como aumento de la actividad física, hábitos alimenticios más saludables, entre otros para prevenir el cáncer de mamas. Así como, la importancia de realizarse chequeos periódicos para detectar a tiempo cualquier probabilidad de cáncer (diagnóstico precoz).

En ese sentido, se deberá involucrar a los comunicadores, propietarios de medios de comunicación y líderes de opinión –nivel local- con la finalidad de garantizar la difusión permanente del tema.

Para ello, se diseñarán estrategias informativas-educativas y materiales de comunicación acorde a la idiosincrasia de cada zona. En estos espacios se debe resaltar los mensajes básicos para prevenir el cáncer y los lugares donde acudir para realizarse los chequeos periódicos.

En este sentido, también se prevé colocar afiches en calles o zonas que concentren gran población como por ejemplo: mercados, plazas, parques

entre otros. Además de la colocación de banderolas en el frontis de algunas instituciones.

Así mismo, se deberá producir cartillas informativas para periodistas, comunicadores y líderes de opinión y organizaciones de base para que difundan estos mensajes en el entorno donde se desenvuelven. En este aspecto se deberá resaltar el papel de agentes educadores.

Las manifestaciones lúdicas o animaciones socioculturales (pasacalles, teatro popular, ferias informativas, concursos, etc) son necesarias para la movilización ciudadana y reforzar los mensajes, por lo que se convierte en un medio ideal de información y educación a través del entretenimiento.

Además, se deberá elaborar un correo electrónico informativo (cadena) que contenga los mensajes básicos para prevenir el cáncer con la finalidad llegar a una mayor población.

Finalmente, la difusión masiva a través de radio y televisión se hará necesaria en la medida que cada qué región considere pertinente para fortalecer el trabajo comunitario y local que desarrollan los comunicadores y agentes comunitarios.

5.5.2. DESARROLLAR COMPETENCIAS

En comunicadores, periodistas y locutores de medios de comunicación regional y local sobre temas relacionados a las medidas de prevención del cáncer. En estos espacios se debe incidir en el tema como un problema de salud pública relacionado al desarrollo. Además, resaltar el papel de éste como un agente educador, con habilidades para convertirse en vocero del tema. De esta manera, la identificación y el compromiso de estos actores serán más significativos y sostenidos con la campaña.

INVOLUCRAR

A medios de comunicación y periodistas para lograr la difusión gratuita de los mensajes básicos en los programas de mayor audiencia de los diversos medios de comunicación masiva nacional y local. Así mismo, con los conductores de programas de radio y Televisión local con la finalidad de que participen como voceros e imagen de la campaña y de ser posible aquellos personajes públicos que hayan sufrido la enfermedad y hayan podido recuperarse satisfactoriamente.

En el caso de la empresa privada u ONGs, las alianzas estarán dirigidas a promover y/o fortalecer la corresponsabilidad social para el cofinanciamiento de materiales o actividades comunicacionales para la promoción de la campaña. Con ello, se asegura la sostenibilidad del tema en agenda pública.

5.5.3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Busca movilizar a la población a partir de la información, educación y la promoción de actividades educativo -comunicacionales masivas en lugares que concentren la mayor cantidad de población (escuelas, plazas, mercados, otros). De esta manera, se busca incentivar la participación ciudadana como un derecho y responsabilidad respecto a su salud.

Los pasacalles, caravanas o teatros son estrategias eficaces para educar e informar a la población a través del entretenimiento. Otro de los medios alternativos como los altoparlantes o el pintado de murales son determinantes para involucrar a poblaciones alejadas de los centros de cada ciudad.

En este sentido, este tipo de acciones deben ser de corresponsabilidad del gobierno regional, gobiernos locales, líderes sociales, religiosos,

militares, policiales, organizaciones de bases y medios de comunicación para el éxito e impacto de estas movilizaciones ciudadanas.

5.5.4. POR ESPECIALIDADES DE COMUNICACIÓN

Tabla # 28 Por especialidades de Comunicación

PRENSA	COMUNICACIÓN SOCIAL	IMAGEN INSTITUCIONAL
Coordinar y posicionar a los voceros en todos los medios.	Diseñar cartillas informativas para periodistas, principales actores y voceros.	Actualizar los paneles informativos con información sobre el tema e impulsarla en otras instituciones.
Elaborar notas de prensa y monitorear rebote en medios masivos (prensa, radio, Tv. e internet)	Elaborar una ayuda memoria con mensajes básicos para la población.	Elaborar oficios circulares a las redes microredes, centros y puestos de salud con las acciones y mensajes básicos sobre el tema.
Coordinar entrevistas radiales y televisivas con especialistas en el tema.	Diseño, reproducción y distribución de materiales de comunicación (folletos, afiches, trípticos, dípticos, volantes, banner, banderolas, otros).	Coordinar y organizar el lanzamiento de la campaña de lucha Contra el Cáncer.
Impulsar en los periodistas el desarrollo de reportajes sobre el	Con actores claves para incluir el tema en agenda y lograr financiamiento.	Elaborar comunicados para el personal de salud sobre el tema.

tema.		
Elaborar el contenido de las cartillas informativas.	Organización de pasacalles, feria o socio drama incluyendo la participación ciudadana.	
Organizar talleres para periodistas (asegurar la participación de ponentes expertos en el tema) donde se entregue material útil y diverso como cartilla informativa, materiales comunicacionales, entre otros.	Promover la línea de Info salud, como un medio de orientación y consejería gratuita a nivel nacional sobre el tema.	

Autores: Gabriela Luna_ Gabriela Yagual

4.5.5. MENSAJES CLAVES

- El cáncer SE CURA si se diagnostica y trata a tiempo
- El 70% de casos de cáncer se pueden prevenir
- El cáncer NO es sinónimo de muerte
- La forma más eficiente de controlar el cáncer es previniéndolo
- El Cáncer es la segunda causa de muerte en el Perú.
- EL CANCER ES CURABLE SI SE DETECTA A TIEMPO.
- No espere estar enfermo para acudir a una evaluación médica.
Una vez al año hágase un chequeo general.

- **DEJE DE FUMAR.**
- Fumar provoca cáncer.
- Deje de fumar lo antes posible y si aún no ha dejado de fumar, no fume en presencia de otras personas y busque ayuda para dejar este hábito.
- El consumo de cigarrillo está relacionado con cáncer al pulmón, lengua, boca, laringe, estomago, mama, vejiga, cuello uterino y muchas otras enfermedades.

COMA MUCHAS VERDURAS Y FRUTAS FRESCAS.

- Consuma diariamente una dieta rica en verduras y frutas le ayuda a prevenir el cáncer de estómago, colon, mama, próstata y otros.
- Incluya en su alimentación cereales con un alto contenido en fibra.
- Disminuya el consumo de alimentos con alto porcentaje de grasas animales.

EVITE EL EXCESO DE PESO.

- La obesidad aumenta el riesgo de cáncer.
- Realice la mayor cantidad de actividad física. Disminuye el riesgo de contraer cáncer.

MODERE SU CONSUMO DE ALCOHOL.

- Beber menos licor disminuye el riesgo de cáncer.
-

EVITE LAS EXPOSICIONES PROLONGADAS AL SOL.

- Esto es especialmente importante en los niños.
- Personas de piel blanca que se exponen prolongadamente al sol tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel.
- Use bloqueador solar si se va a exponer al sol.

CONSULTE AL MÉDICO SI NOTA ALGÚN CAMBIO INEXPLICADO EN SU CUERPO:

- Un bulto, en especial en las mamas y en los testículos. Una ulcera que no cicatriza, incluyendo las úlceras de la boca, un lunar que cambia de forma, tamaño color, cualquier sangrado anormal o baja de peso inexplicable.

ADEMÁS CONSULTE AL MÉDICO SI TIENE PROBLEMAS PERSISTENTES

- Como tos o ronquera permanente, cambio en el hábito intestinal o urinario, anemia inexplicada.

HÁGASE UN EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN FORMA PERIÓDICA

- Acuda al establecimiento de salud más cercano o participe en las campañas de programas de detección precoz de cáncer de cuello Uterino.
- Manteniendo una vida sexual sana se protegerá del cáncer de cuello Uterino.

REALICESE UNA AUTOEXPLORACIÓN DE LAS MAMAS MENSUALMENTE Y ACUDA ANUALMENTE A UNA CONSULTA MÉDICA PARA SER EVALUADA.

- Y si tiene 40 años de edad o más debe realizarse una mamografía.

MENSAJES POR TIPOS DE CANCER

CUELLO UTERINO

- El cáncer de cuello uterino es el más frecuente en la mujer y el más prevenible.

- El examen de Papanicolaou detecta el cáncer en sus inicios: es barato, simple y no duele.
- Llevar una vida sexual sana le ayuda a prevenir el cáncer de cuello uterino.
- El Papiloma virus humano se transmite por relación sexual y es causa principal de cáncer de cuello uterino.

CÁNCER DE MAMA

- El cáncer de Mama está aumentando: es el segundo más frecuente en la mujer ecuatoriana.
- La obesidad y la vida sedentaria aumenta los riesgos.
- Realizarse mensualmente el auto examen de mama permite detectarlo a tiempo
- La mamografía ha demostrado disminuir un 25 a 30% la mortalidad por cáncer mamario, permitiendo evidenciar tumores dos años antes que la palpación.

CÁNCER DE ESTÓMAGO

- Es el cáncer más frecuente en varones
- La endoscopia alta (gastroscopia) es el procedimiento más importante para diagnosticarlo tempranamente. Toda persona mayor de 40 años debe realizarse lagastroscopia.

CÁNCER DE PULMÓN

- Su incidencia aumenta constantemente en los países en desarrollo
- El 84 % de los pacientes fallecerá en el transcurso del primer año
- Hay relación causa-efecto con tabaquismo

- El 90% de casos de cáncer de Pulmón están relacionados al consumo de cigarrillos

15.5.6. ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

- Los espacios que se sugieren para la estrategia de difusión:
- Mercados / Ferias
- Instituciones educativas (educación básica y bachiller, institutos y universidades)
- Municipios
- Organizaciones de base
- Establecimientos de salud
- Consejos regionales y provinciales de salud
- Iglesias
- Plazas y parques

Los cuales deben contemplar los siguientes criterios:

- Conocimientos, actitudes y prácticas de la población sobre el tema
- Niveles socioeconómicos
- Aspectos socioculturales
- Niveles de sensibilidad al tema

5.5.7. ASISTENCIA TÉCNICA, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Asistencia Técnica

La asesoría técnica del equipo de la Dirección de Comunicación a las redes está dirigida a:

- Proveer de asesoría técnica para el diseño, monitoreo y evaluación del plan comunicacional.
- Facilitar permanentemente estrategias y herramientas educativo comunicacionales para el impacto de la campaña.
- Entregar pautas de los mensajes y estrategias de sensibilización.
- Los discursos y mensajes básicos serán remitidos.

Monitoreo

- Supervisar las actividades programadas descritas en el plan de comunicaciones.
- Identificar niveles de relación entre comunicaciones y otros actores en relación a la coordinación de las acciones del plan.
- Asegurar que el sistema de documentación del plan se encuentre debidamente implementado de manera que los procesos y productos que se generen sirvan de evidencia al equipo de gestión.
- El monitoreo se realizará en base a las herramientas elaboradas por la Oficina de Comunicaciones, las cuales buscan evidenciar la intervención a través del recojo permanente de información.
- Así mismo, se levantará información sobre las actividades realizadas y sobre quiénes se involucran en las mismas con el propósito de contactarlos para las siguientes actividades.
- La evaluación se realizará al sistematizar cada experiencia local sobre la intervención en la prevención del cáncer. El informe debe contener las lecciones aprendidas, limitaciones, los productos elaborados y logros alcanzados con esta intervención comunicacional.

5.6. CRONOGRAMA

Cuadro de resultados con respecto a la intervención realizada en la prevención del cáncer de mamas.

Tabla# 29 Cronograma

Resultado 1: Población en general sensibilizada e informada sobre cómo prevenir el cáncer										
Actividades	Meta	Mes								Responsable
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Actualización de paneles informativos e impulsar su elaboración en otras zonas de mayor concentración de la población.	Paneles, colocados estratégicamente en zonas de concentración de la población.	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.
Perifoneo de la campaña en mercados y plazas.	100 perifoneo (2 por Red y/o Establecimientos de Salud) realizados en mercados o plazas.	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.
Realización de feria, o socio drama que incluya temas de prevención del cáncer	34 ferias, pasacalles o socio dramas realizados (por Red Micro Redes)	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.
Movilización a través de caravanas informativos	34 movilizaciones realizadas (1 por Centro de Salud/SOLCA)	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.
Distribución y pegado de afiches en zonas de mayor concentración	5,000 afiches colocados	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.
Distribución de material de IEC., dípticos, trípticos, volantes, folletos, otros	30,000 unidades de IEC, a Establecimientos de Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.

Grabación y Difusión de spot de Televisión y Cuña Radial	Spot; y Cuña Radial, con duración de 5 minutos cada dos horas por 3 días a la semana Master-Distribuidas a Radioemisoras y TV, de la Región.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles, prensa local.
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Autores: Gabriela Luna_ Gabriela Yagual

Tabla # 30 Actores sensibilizados e informados

Resultado 2: Principales actores sensibilizados e informados sobre las medidas de prevención contra el cancer.											
Actividades	Meta	Mes								Responsable	
		1	2	3	4	5	6	7	8		
Reuniones de sensibilización con los principales actores (líderes Organizaciones de Base, autoridades locales y sociedad civil) donde se entregue material informativo.	8 reuniones realizadas (Redes y Micro Redes)	X	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.	
Impulsar la elaboración de paneles informativos o murales con información sobre las medidas de prevención del cáncer en organizaciones de base, municipios, universidades, etc.	08 paneles elaborados y colocados estratégicamente por los principales actores (1 por Red, Micro Red y Hospital)	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.	
Promover la participación de los principales actores en las diferentes actividades programadas	68 instituciones participan en las actividades.	X	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.	

Autores: Gabriela Luna_ Gabriela Yagual

Tabla # 31 Periodistas, locutores y comunicadores

Resultado 3: Periodistas, locutores, comunicadores locales sensibilizados e informados sobre la prevención del cáncer de mama.											
Actividades	Meta	Mes								Responsable	
		1	2	3	4	5	6	7	8		
Taller para periodistas	4 talleres dictados por SOLCA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles, comunicaciones/ prensa.
Notas de prensa con estadísticas.	20 Notas de prensa entregadas (2 por mes SOLCA-Santa Elena)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.
Entrevistas a voceros	60 entrevistas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	UPSE, Carrera de Comunicación social, Redes y Micro Redes estudiantiles.

Autores: Gabriela Luna_ Gabriela Yagual

5.7. USO DE MEDIOS

Es muy importante señalar que la orientación y educación dirigida al público objetivo del presente plan de intervención, será apoyado a través de los medios masivos, interpersonales y; con el propósito de lograr mayor impacto se implementará métodos seleccionables como; la mezcla de medios para llegar con mayor efectividad a nuestras audiencias.

ACTIVIDADES

- Reunión con comunicadores sociales y periodistas.
- Reunión de trabajo con líderes de opinión.
- Emisión de notas de prensa.
- Concertación de entrevistas a voceros.
- Diseño e impresión de material.
- Diseño y elaboración de banderola.
- Grabación de spot y cuña radial.
- Difusión de Cuñas radiales y spot de televisión.
- Reuniones de sensibilización.
- Distribución de material.
- Diseño de periódicos murales.
- Perifoneo en la jurisdicción de los establecimientos de salud.
- Evaluación y monitoreo de las actividades comunicacionales.
- Reporte e informe final de la campaña.

Cápsulas informativas son espacios de 1 –5 minutos donde se informa sobre eventos, decisiones o memos que le competen a la institución y sus usuarios. Este es un formato monologado porque sería a una sola voz, esto no permite una interacción con la audiencia; más que el efecto que pueda crear en los interlocutores.

Cápsulas informativas esta sería transmitida a nivel interno, con circuito cerrado para que los empleados escuchen la información que ahí se tratará.

5.8. CÁPSULAS INFORMATIVAS

El guión para la grabación de una sección que informe a las mujeres peninsulares sobre las normas básicas para prevenir el cáncer de mamas

La información que se dé pueden variar diariamente y en cada una de las emisiones de las cápsulas.

TEMA: CÁNCER DE MAMAS

FECHA: DICIEMBRE 2011

EMISION: ENERO 2012

CONTROL: CORTINILLA

LOC: Del cáncer de mamas y sus métodos para detectar a tiempo esta falencia.

LOCA: ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?.

LOC: El cáncer de mama es un cáncer muy común en las mujeres. No es común en los hombres y nunca afecta a los niños. Todo el cuerpo está formado por componentes básicos denominados “células”. Tu cuerpo las crea y las reemplaza por otras nuevas cuando éstas mueren. Por lo

general, el cuerpo genera células sanas y normales que cumplen la función para la cual se crearon. Esto incluye a las células de las mamas (esas áreas abultadas ubicadas en la parte delantera de tu tórax). El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

La mama está formada por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos. Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé.

Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. La piel recubre y protege toda la estructura mamaria. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

LOCA: SÍNTOMAS

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros Signos que pueden aparecer Son:

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras de la piel.
- Inflamación de una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna.

CONTROL: CORTINILLA

LOCUTOR: Este fue el artículo sobre el cáncer de mamas y como identificar para detectar a tiempo este mal.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABAUNZA,H., PAÉZ,G.: TUMORES MAMARIOS. REVISTA COLOMBIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTÉTRICA VOL. XIV,553, 2006.
2. ANDERSON, D.E. 2007.: CARCATERISTICAS FAMILIARES DEL CÁNCER DE MAMA. J. AM. CANCER SOC. 28: 1500-04, 2008
3. BERNARDELLO E, OTERO VÁZQUEZ D, BUSTOSJ, MULLER PERRIER G. LA MUJER DE RIESGO EN MASTOLOGÍA: EL MODELO DE GAIL EN NUESTRO MEDIO. REV ARGENT MASTOL 2006.
4. BERNARDELLO ETL, MARGOSSIAN J, OTERO VÁZQUEZ D, CÁNCER DE MAMA. HIPÓTESIS DE RIESGO Y PREVENCIÓN. REV ARGENT CIRUG 2001, EN PRENSA.
5. BAIDER L, COOPER CL, KAPLAN DE- NOUR A. CANCER Y LA FAMILIA. NEW YORK, WILLEY, 2006.
6. CARROLL, KD.; GAMMAL,E B;; PLUNKETT, E.R. 1998.: DIETARY FAT AND MAMMARY CÁNCER. CAN. MED. ASSOC.J.
7. COSTANTINO JP, GAIL MH, PEE D, ET AL. VALIDATION STUDIES FOR MODELS PRIJECTING THE RISK OF INASIVE AND TOTAL BREAST CANCER INCIDICE. J NATL CANCER INST 1999.
8. DE VITA, V.T., HELLMAN, S.; ROSENGERG, S.A .: CÁNCER. PRINCIPIOS Y PRÁCTICAS DE ONCOLOGÍA, SALVAT, 843,887, 1994.
9. DE HAES JCJM, WELVAART K. QUALITY OF LIFE AFTER BREAST CÁNCER SURGERY. J SURG ONCOL 1999.

10. DUPONT WD, PAGE DL. RISK FACTORS FOR BREAST CANCER IN WOMEN WITH PROLIFERATIVE BREAST DISEASE. N ENGL J MED 2000; 73:643-651
11. DICKINSON, L.E; MACMAHOM, B.; COLE, P., ET AL. 1974.: DIETARY FAT AND MAMMARY CÁNCER. CAN. MED. ASSOC.J. 98:590-94.
12. ECUADOR, 2008, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR, 20 DE OCTUBRE DEL 2010.
13. FALLOWFIELD LJ. PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT AFTER TREATMENT FOR EARLY BREAST CÁNCER. ONCOLOGY 1990: 4:89.
14. GARZA CUELLAR, EDUARDO (1994); COMUNICACIÓN EN VALORES: PRIMERA EDICIÓN: EDICIONES COYOACAN, MEXICO.
15. GOMEZ INGACIO AGUEDA (OCTUBRE 1995), EDUCACIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN, EDITORIAL ANMA HUELVA; PRIMERA EDICIÓN, ESPAÑA.
16. GOMIZ LORENZO (2008), TEORIA DEL PERIODISMO, EDITORIAL PAIDOS., BARCELONA.
17. LAS SECCIONES DEL PERIODICO , [EN LINEA], TEORÍA <[HTTP://ROBLE.PNTIC.MEC.ES/MSANTO1/LENGUA/SECCION.HTM](http://roble.pntic.mec.es/msanto1/lengua/seccion.htm)>, [CONSULTADO:4 MARZO 2011]-
18. SLIDESHARE, 2011, MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA, [EN LINEA], WWW.SLIDESHARE.NET/MEDIOS--COMUNICACIÓN-MASIVA, [CONSULTADO:10 MARZO 2011.

ANEXOS

Anexo: 1 Incidencia de cáncer de mamas según edad 2010

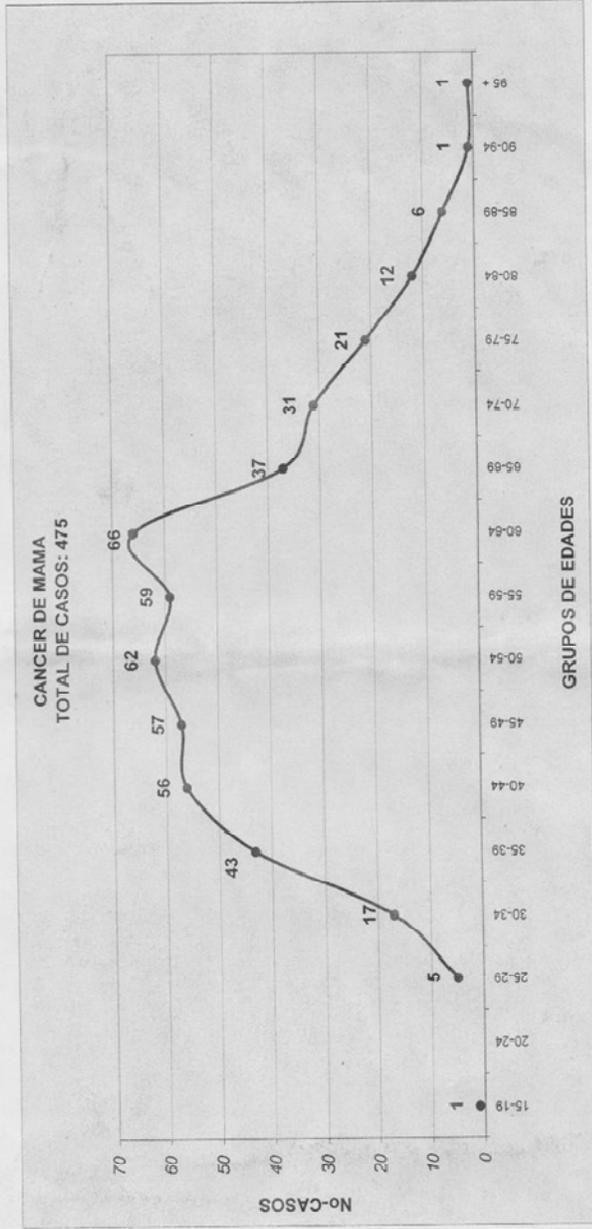


**INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO"
INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA SEGÚN EDAD**

AÑO 2010

COD	LOCALIZACIONES	GRUPOS DE EDAD																TOTAL
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	
C50	C.A. MAMA	1	5	17	43	56	57	62	59	66	37	31	21	12	6	1	1	475

PORCENTAJE	
0,2	100
1,1	0,2
3,6	0,7
9,1	1,9
11,8	2,5
12,0	2,5
13,1	2,8
12,4	2,6
13,9	2,9
7,8	1,6
6,5	1,4
4,4	0,9
2,5	0,5
1,3	0,3
0,2	0,0



Fuente de Información y Elaboración : Dpto. de Estadística

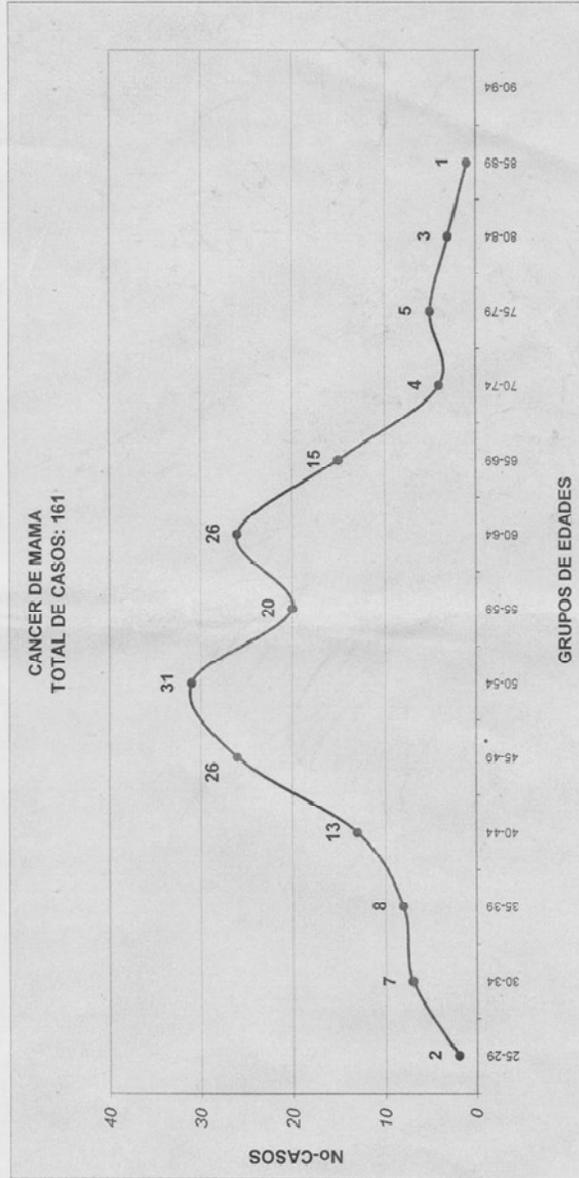
Anexo: 2 Incidencia de cáncer de mamas según edad Enero_Mayo 2011 SOLCA



INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO"
INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA SEGÚN EDAD

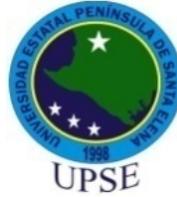
ENERO - MAYO 2011

COD	LOCALIZACIONES	GRUPOS DE EDAD															TOTAL		
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		90-94	95 +
C50	CA. MAMA		2	7	8	13	26	31	20	26	15	4	5	3	1				161
PORCENTAJE			1,2	4,3	5,0	8,1	16,1	19,3	12,4	16,1	9,3	2,5	3,1	1,9	0,6				100



Fuente de Información y Elaboración : Dpto. de Estadística

Anexo: 3 Cuestionario



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE COMUNICACIÓN SOCIAL**

LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL

El presente instrumento tiene como propósito obtener información relacionada con su opinión sobre “la difusión de las causas del cáncer de mama en los medios de comunicación locales y su impacto en los habitantes de la provincia de Santa Elena periodo 2010-2011”

INSTRUCTIVO

Para llenar este cuestionario sírvase a escribir el número en el casillero

INFORMACIÓN GENERAL (Sírvase señalar el numero que corresponda)

1. Edad:

- 1. Entre 18 a 25
- 2. Entre 26 a 30
- 3. Entre 31 a 35
- 4. Entre 36 a 40
- 5. Entre 41 a 45
- 6. Entre 46 a 50

2. Sexo:

- 1. Masculino
- 2. Femenino

3. Tiene algún seguro médico

- Si No

Si su respuesta es positiva, escriba
cual.....

Si no tiene seguro, mencione el nombre del hospital, clínica,
subcentro, u otro más
cercano.....

4. Acude con frecuencia a su médico

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Nunca

INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Definitivamente si	Probablemente si	Definitivament e no	Probablemente no	Indeciso
5	4	3	2	1

No.	PREGUNTAS	5	4	3	2	1
1	Conoce exactamente su estado de salud					
2	Conoce usted los síntomas que presenta un paciente con cáncer de mamas?					
3	Tiene usted conocimientos sobre que son las células madres					
4	Cree que la alimentación podía evitar el cáncer de mama					
5	Piensa usted que la pubertad temprana afecta de alguna manera la posibilidad de contraer cáncer?					
6	Considera que el estilo de vida de una persona puede afectar para contraer cáncer de mama					
7	Sabe usted del beneficio del diagnóstico temprano en el cáncer de mama					
8	Conoce usted la cura contra el cáncer de mama					
9	Sabe cuál es la etapa inicial del tumor					

10	Tiene conocimiento sobre las principales deficiencias física y orgánicas que pueden desarrollar el cáncer					
11	Conoce Ud. sobre las etapas y estadios del cáncer de mamas					
12	Sabe que es, en qué consiste, dónde realizarla y quiénes deben hacerse una mamografía					
13	Conoce Ud. cómo se realiza el autoexamen del cáncer de mamas.					
14	Le gustaría que hubiera un número gratuito donde pueda informarse, comunicarse sobre los tipos y síntomas del cáncer?					
15	De las siguientes opciones marque según considere la importancia de riesgo					
	a) Edad					
	b) Genes					
	c) Hormonas					
	d) La alimentación					

Definitivamente si		Probablemente si		Definitivamente no		Probablemente no		Indeciso			
5		4		3		2		1			
No.	PREGUNTAS	5	4	3	2	1					
16	Mencione los medios de comunicación locales que Ud. ha sintonizado con frecuencia durante los últimos 3 meses e indique si considera que tienen mayor sintonía.										
	RADIO										
	a)										
	b)										
	c)										
	ESCRITA										
	a)										
	b)										
	c)										
	TELEVISIÓN										
	a)										
	b)										
	c)										
OTROS											
a)											
17	De los medios seleccionados anteriormente que tipo de contenido emiten con mayor continuidad indique										
	RADIO										
	a)	Educación									
	b)	Salud									
	c)	Política									
	d)	Deportes									
	ESCRITA										
	a)	Educación									
	b)	Salud									
	c)	Política									
	d)	Deportes									
	TELEVISION										
	a)	Educación									
	b)	Salud									
	c)	Política									
	d)	Deportes									
	OTROS										
a)	Educación										
b)	Salud										
c)	Política										
d)	Deportes										

18	Considera Ud. importante que se incluya con más intensidad información sobre la salud en los medios antes mencionados?					
19	Sería factible que hubieran cápsulas informativas sobre temas de salud					
20	En que horario tendría mayor acogida dichas capsulas de salud?					
	6:00_ 8:00 AM					
	8:00_ 12:00 PM					
	12:00 PM_ 15:00 PM					
	15:00PM_ 17:00PM					
	17:00PM_ 22:00PM					
	22:00PM_ 01:00 AM					
	Cada 2 horas un espacio de 5 minutos					

Gracias por la información brindada

Anexo: 4 foto 1



Mujeres encuestadas de 18 en adelante cantón la Libertad

Anexo: 5 foto 2



Personas encuestadas de diferentes instituciones de la Prov. Santa Elena

Anexo: 6 ENTREVISTA

Dr. Julio Trajano León Arias

¿Qué es el cáncer?

El cáncer es una enfermedad de las células y de los tejidos. Consiste en la alteración genética de determinada célula que hace que crezca y prolifere de forma anormal, adquiriendo dos características que son fundamentales: la invasión de los tejidos que hay a su alrededor, y la capacidad de provocar metástasis, que es la invasión de órganos a distancia. La metástasis es la causa del 90 por ciento de las muertes de pacientes con cáncer.

¿Puede un tumor benigno poner la vida en peligro?

En general no. La única circunstancia en la que un tumor benigno podría poner la vida en peligro es cuando crece mucho localmente y resulta imposible extirparlo por algún motivo. Esto es absolutamente infrecuente. Si tuviésemos que dar una respuesta categórica a la pregunta diríamos que no células cancerosas

¿Qué es lo que determina el ritmo de crecimiento de las células cancerosas?

Lo que determina el crecimiento de las células cancerosas no es conocido en la actualidad. Se sabe que las células tumorales, en general, se dividen más rápidamente que las células normales y es así porque hay alteraciones en determinados genes que son los que controlan la proliferación, pero no es un fenómeno que sea del todo conocido, de forma que en un tumor determinado no podemos saber qué es lo que provoca exactamente el ritmo de crecimiento

El tumor

El cáncer se origina en una célula, ¿cuánto tarda en clonarse hasta formar el tumor?

La teoría moderna de origen del cáncer se basa en la célula madre que da paso, por divisiones asimétricas, a muchas células tumorales. El tiempo que se tarda en dar lugar a un tumor clínico de esa célula originaria o primigenia no se sabe. Lo que se conoce es que, por una parte, ese tiempo no es igual para cada tumor, unos tumores tardan en crecer más que otros. Y que, seguramente, ese tiempo en la mayoría de los tumores es de años, es decir, que entre la primera célula madre y el tumor clínico deben pasar años. Por ejemplo, en el cáncer de mama se sabe que la primera célula maligna se produce en algún momento entre la primera regla de la mujer y el primer embarazo.

¿Es posible determinarla y eliminarla?

Con los conocimientos que tenemos en la actualidad no.

La terapia biológica

¿En qué consiste la terapia biológica?

Consiste en un grupo de tratamientos que son distintos a lo que clásicamente ha sido el tratamiento médico de alcance, basado en la hormonoterapia y la quimioterapia. Son fármacos basados en el conocimiento de la biología molecular, que es una ciencia que comienza en 1970 y que eclosiona en los últimos años del siglo XX y en esta década del siglo XXI. Ha dado lugar a un conocimiento molecular del cáncer bastante importante y ese conocimiento a dado paso al diseño de fármacos que bloquean determinadas vías de crecimiento de las células tumorales.

La farmacogenómica

¿Qué es la farmacogenómica?

Es la parte de la genómica que estudia la respuesta a los distintos fármacos en función de dos aspectos, por una parte cuál es la genética del tumor y por otra cuál es la genética del huésped. La respuesta al terminar muchos fármacos es distinta según el background genético del huésped.

¿En qué consiste la angiogénesis?

Es la formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de otros vasos sanguíneos que ya existían. Es un fenómeno único en el embrión, y en el adulto sólo existe de forma fisiológica en el ciclo menstrual de la mujer y en la reparación de las heridas y de las fracturas. Fuera de ahí, todo lo que sea formación de nuevos vasos es patológico. Prácticamente el cien por cien de los tumores provocan la formación de nuevos vasos sanguíneos que son los que llevan el oxígeno y los nutrientes al tumor. La paradoja es que estos vasos sanguíneos son del huésped.

La metástasis

¿Cómo y por qué se produce la metástasis?

El por qué no se sabe. En los tumores hay un grupo de células que por un proceso de selección natural, adquieren la capacidad de invadir otros órganos. Estas células crecen en el tumor y en un momento determinado son capaces de pasar al sistema sanguíneo y de ahí pasan a órganos a distancia, fundamentalmente, hueso, pulmón e hígado. Crecen y dan lugar a unos tumores secundarios, esta es la manera de cómo se produce la metástasis.

¿Existe alguna vinculación directa entre factores ambientales y la metástasis?

No. Existe una vinculación muy directa entre los factores medioambientales y el cáncer en general.

Las células madre

¿Cuál el papel de las células madre en el desarrollo del cáncer?

Ahora mismo, la teoría más popular es que el cáncer se produce en una célula madre que es capaz de replicarse de forma indefinida, y que da lugar a un gran número de células hijas que son las células del tumor. Si es así, estas células serían las que mantendrían el tumor, serían las inmortales, podrían sobrevivir a tratamientos quirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos, etc.

¿Qué se sabe de su comportamiento?

Se sabe que existen, que son muy difíciles de erradicar y que se dividen asimétricamente

La derrota del cáncer

¿Cómo se derrota el cáncer?

De momento poco a poco. Haciendo una vida más sana, con un diagnóstico precoz y teniendo los mejores tratamientos.

¿Va a poder la Ciencia dar con un final próximo a esta enfermedad?

Estamos haciendo pequeños avances, pero si a corto plazo se entiende cinco o diez años, no.

¿En qué medida un profesional puede saber cómo va reaccionar un paciente ante el tratamiento?

Cómo va a reaccionar un paciente es muy difícil de determinar. Sólo se puede saber desde el punto de vista estadístico.

¿Cuándo se puede decir que alguien ha superado definitivamente el cáncer, que está limpio?

Depende de los tumores. Pero normalmente entre cinco y diez años se puede estar libre de la enfermedad.

Prevenir el cáncer

¿Qué tipo de vida deben llevar estos pacientes?

Absolutamente normal.

¿Cazarlo a tiempo es sinónimo de cura?

No, es sinónimo de tener más posibilidades. Pero no siempre se cura.

¿Es posible prevenir el cáncer?

Sí. Hábitos de vida más saludables. No fumar, una dieta sana, tomar el Sol con precaución, tener sexo seguro. Es posible la prevención en algunos tumores, aunque en otros se desconoce el origen.

¿Se puede decir que a corto plazo será más fácil hablar de mejora en la calidad de vida que en frenar y erradicar el cáncer?

Son dos objetivos en paralelo. Se están haciendo muchas cosas para erradicar el cáncer, matar las células tumorales y conseguir controlar la enfermedad, cada día se consiguen más cosas. Se busca también que los pacientes que no se curan tengan una mejor calidad de vida. No son objetivos antagónicos.

Ensayos clínicos esperanzadores

¿Qué ensayos clínicos son los más esperanzadores hoy en día? ¿Cuáles los que más urgen?

Aquellos que respondan a las preguntas de qué necesitan los pacientes. Hay dos tipos de ensayos fundamentalmente, aquéllos que se hacen con fármacos. Necesitamos nuevos fármacos para la enfermedad. Pero también es muy importante la investigación académica, en donde lo que se investiga son conceptos.

¿Es suficiente el número de oncólogos que hay ahora mismo en Ecuador?

Tendría que haber más oncólogos. Ahora SOLCA está trabajando en cuál es el número óptimo de oncólogos que debe haber con respecto a las necesidades de los pacientes con cáncer.

Los medios de comunicación

¿Cree que la forma en la que se presenta la información influye en la decisión final que adopte el paciente?

Por supuesto. La información tiene que ser veraz y asumible, es fundamental.

¿Cómo valora el papel de los medios de comunicación como divulgadores?

Los medios de comunicación son importantísimos como divulgadores. Tienen un papel en la educación de masas fundamental y más en un tema como el cáncer. Los medios tienen que ser conscientes de que son una herramienta educativa, por ello tiene que ser sumamente cuidadosos con lo que dicen.

¿Qué ventajas y qué desventajas plantea para el conocimiento médico la era de información en la que nos encontramos (foros sociales, wikis, blogs...)?

Lo que hay que pedir es calidad en la información. Internet es un fenómeno que ha revolucionado el mundo, tiene cosas buenas y malas, el secreto está en la selección y eso es lo más difícil.