



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIONES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS PROMOTORAS PARA EL
CÁNCER DE MAMA, EN MUJERES DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE LA
PAZ**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

POR: MÓNICA ALEXANDRA GARCÍA GALARZA

PROFESOR GUÍA: DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO

CONCEPCIÓN - CHILE, ABRIL - 2022

Se autoriza la reproducción del documento total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio, incluyendo la bibliografía utilizada.

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: Dra. Olivia Sanhueza Alvarado

Profesora Titular Programa de Magíster en Enfermería
Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Dra. Patricia Cid Henríquez

Profesor Titular
Programa de Magíster en Enfermería Universidad de Concepción

Dra. Silvana Castillo-Parra

Profesora Asociada (D)
Departamento de Enfermería Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Directora Programa de Magíster:

Dra. Patricia Cid Henríquez

Directora Programa Magister en Enfermería
Directora de Investigación Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

ii. DEDICATORIA

Dedico este trabajo,

A mi compañero de vida por su apoyo incondicional, por estar y por caminar juntos de la mano durante todo este desafío.

A mis padres y hermanas, por su amor, su confianza y fortaleza emitida desde la distancia, porque me permitieron tener el corazón llenito a través de sus oraciones.

A mis adorables amigos, Angélica Melita, Carolina Puchi, Anabel Castillo, Gisela Melita y Bernardo Saldías, por sus abrazos, su consuelo y compañía en momentos de pena, y sobre todo por el empuje concedido desde el día uno en Chile.

A Carlos Sánchez, a ti amigo, que, a pesar de no estar terrenalmente, en mi corazón ocupas un lugar que regocija cariño y buenos recuerdos.

A ti Lucecita, que siempre alumbras mi camino y cuidas de mí.

iii. AGRADECIMIENTOS

Ha sido una etapa llena de emociones vividas, y por eso agradezco infinitamente a Dios, por su fidelidad y protección única.

Agradezco a mi alma mater, a la Universidad de Concepción, por haberme permitido formarme en sus aulas, compartiendo ilusiones y anhelos, con constancia, dedicación y esfuerzo alcancé uno de mis sueños. ¡Gracias!

A la Mgt. Nancy Méndez Barbecho, por compartir su experiencia de estudios de Doctorado en la Universidad de Concepción e incentivarme a iniciar mis estudios de magíster, por su compartir dentro de las aulas universitarias en Ecuador, por brindarme herramientas para el desarrollo de competencias profesionales y personales que me permitieron continuar estudiando.

A la Dra. Patricia Cid Henríquez, Directora del Magíster, porque me abrió las puertas a un gran porvenir, lleno de ilusiones y nuevos sueños por alcanzar, por su apoyo en momentos difíciles por contextos sociales y sanitarios en estos años.

A la Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, mi Profesor guía, por la dedicación, sacrificio y constancia atribuida para lograr el goce de conocimiento y cumplimiento de este propósito.

A la Dra. Angélica Melita y Dra. Carolina Puchi, por ayudarme a transformarme en un profesional listo para enfrentar nuevos retos.

A la Dra. Julia Huaiquian Silva, por sus enseñanzas que fueron sabias para el momento de elegir la reconstrucción del conocimiento a través de lo cualitativo.

A Andrea Gayoso, secretaria de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, por su amabilidad y cortesía, por ser una facilitadora en todos los procesos.

A mis padres amados y hermanas, por su comprensión, por sus llamadas diarias y su presencia sin importar los miles de kilómetros de distancia que no nos permiten abrazarnos a diario. Ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños, la esperanza y mis mejores guías de vida.

A Claudio, por su apoyo y entendimiento, te agradezco amor por ser la motivación en mi vida encaminada al éxito, eres mi inspiración y mi complemento.

A Jacqueline, Silvana, Diego, Cristian, Mónica, Armin y Martina, por ser mi familia de vida, por ser mi sostén, mi compañía y por el cariño otorgado.

A Ximena y Benjamín, por apoyarme durante las jornadas diarias de trabajo y permitir esos espacios de co-creación y relajo a la vez.

iv. **TABLA DE CONTENIDO**

TABLA DE CONTENIDO	
ii. DEDICATORIA.....	iii
iii. AGRADECIMIENTOS.....	iv
iv. TABLA DE CONTENIDO.....	vi
v. ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
vi. ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
vii. ÍNDICE DE DIAGRAMAS.....	x
viii. RESUMEN.....	xi
ix. ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	5
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	5
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
3. MARCO REFERENCIAL.....	8
3.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	8
3.2 FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA.....	9
3.3 FACTORES PROTECTORES DE CÁNCER DE MAMA.....	11
3.4 ENFOQUE DE SALUD DEL CURSO DE VIDA.....	12
3.5 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	14
3.6 ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DESDE LA PERSPECTIVA HERMENEUTICA DE HEIDEGGER.....	15
3.7 MARCO EMPÍRICO.....	17
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 Objetivo general.....	24
4.2 Objetivos específicos.....	24
5. METODOLOGÍA.....	25
5.1 Tipo de estudio y diseño.....	25
5.2 Marco Muestral.....	26
5.3 Criterios de inclusión y exclusión:.....	27
5.4 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información.....	27
5.5 Entrevista en profundidad.....	28
5.6 Procesamiento y análisis de los datos.....	29
5.7 Criterios de calidad:.....	30

5.8 Aspectos éticos involucrados:	31
6. RESULTADOS	34
1ª. PERCEPCIÓN DE SALUD	36
2ª. PERCEPCIÓN DE FACTORES PROTECTORES	38
3ª. PERCEPCIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS PRESENTES	40
4ª. PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA	41
5ª. PERCEPCIÓN SOBRE EL CÁNCER DE MAMA	45
7ª. FACTORES DE RIESGO RECONOCIDOS EN LAS MUJERES	47
7. DISCUSIÓN	50
8. CONCLUSIONES	56
9. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	59
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
11. ANEXOS	71
11.1 Anexo N° 1: Resolución por el Comité Ético - Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo.	71
11.2 Anexo N° 2: Resolución por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.	73
11.3 Anexo N° 3: Consentimiento Informado 2da versión	75
11.4 Anexo N° 4: Plan de Trabajo	80

v. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Resultados del desarrollo de la salud13

vi. **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla N°1: Resultados del estudio Percepciones de riesgo y estrategias promotoras para el cáncer de mama 34

vii. ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama N°1	36
Diagrama N°2	38
Diagrama N° 3	40
Diagrama N° 4	41
Diagrama N° 5	.44
Diagrama N° 6	45
Diagrama N° 7	47

viii. RESUMEN

En Chile en el año 2020, se diagnosticaron 55,0 cánceres de mama por cada 100 mil mujeres y murieron en el año 17,3 mujeres por cada 100 mil mujeres (1). Dicha realidad ha evidenciado la necesidad de prevenir a través de acciones de autocuidado basados en el enfoque del Curso de Vida, con el fin de mitigar el impacto de muchos factores de riesgo perdurables, actuando tempranamente con acciones protectoras por medio de la promoción en salud. El objetivo de este estudio fue conocer las formas de fomentar la salud, la percepción de riesgo y de prevención hacia el cáncer de mama que poseen las mujeres de la Comuna de San Pedro de la Paz, para proponer estrategias de promoción y de prevención hacia este cáncer.

Se realizó un abordaje cualitativo, descriptivo interpretativo, bajo la modalidad de investigación fenomenológica hermenéutica, mediante el análisis e interpretación de la realidad en su propio contexto a través de entrevistas en profundidad.

Los datos obtenidos se analizaron a través de un análisis de contenido de Laurence Bardin, dando como resultado 7 grandes temáticas con sus sub-temáticas respectivas. Se proponen también, estrategias individuales y grupales de promoción de salud y de prevención de cáncer de mama.

Los discursos de las mujeres orientan que todo apunta al mejoramiento de entornos saludables, considerados como los escenarios comunitarios o locales, donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, y mejorar la calidad de vida y estado de salud, fortaleciendo la capacidad de las personas a través de una educación en salud.

Por tal motivo, resulta fundamental el rol de la enfermera para el desarrollo de instancias que fomenten la salud y permitan adquirir herramientas que contribuyan eficaz y eficientemente a enfrentar situaciones que la disminuyan, así como a prevenir enfermedades crónicas como el cáncer de mama.

Palabras clave: Percepción, Factores de Riesgo, Factores Protectores, Estrategias, cáncer de mama, mujer.

ix. ABSTRACT

In Chile in 2020, 55.0 breast cancers were diagnosed for every 100 thousand women and 17.3 women died in the year for every 100 thousand women (1). This reality has evidenced the need to prevent through self-care actions based on the Life Course approach, in order to mitigate the impact of many enduring risk factors, acting early with protective actions through health promotion.

. The objective of this study was to know the ways of promoting health, the perception of risk and prevention towards breast cancer that women of the San Pedro de la Paz Commune have, to propose promotion and prevention strategies towards this Cancer.

A qualitative, descriptive-interpretive approach was carried out, under the modality of hermeneutic phenomenological research, through the analysis and interpretation of reality in its own context through in-depth interviews.

The data obtained was analyzed through a content analysis by Laurence Bardin, resulting in 7 major themes with their respective sub-themes. Individual and group strategies for health promotion and breast cancer prevention are also proposed.

The discourses of women guide that everything points to the improvement of healthy environments, considered as community or local scenarios, where there must be opportunities and conditions for both individual and collective development, and improve the quality of life and health status, strengthening the capacity of people through health education.

For this reason, the role of the nurse is essential for the development of instances that promote health and allow the acquisition of tools that contribute effectively and efficiently to face situations that diminish it, as well as to prevent chronic diseases such as breast cancer.

Keywords: Perception, Risk Factors, Protective Factors, Strategies, breast cancer, women.

1. INTRODUCCIÓN

“La gente luchadora y valiente es la que inspira y da sentido a la vida” (Anónimo)

El diagnóstico de un cáncer de mama es un golpe físico y emocional tan importante que provoca cambios en todas las áreas de la vida de una mujer, obligando a cambiar proyectos y actividades que no estaban planeadas, como, por ejemplo: ir a múltiples médicos, pruebas y tratamientos que colocan a la mujer en una situación de incertidumbre, inseguridades y sensación de pérdida de control (1).

En un periodo en donde iniciaba mi vida profesional, tuve la oportunidad de ser enfermera que cuidó de mujeres hospitalizadas para recibir tratamiento por cáncer de mama, y fue aquella experiencia y enseñanza de vida que creó en mí la motivación de investigar por medio de este estudio, cómo contribuir con la salud pública y la sociedad femenina. Ha sido una vivencia personal observar el impacto que genera en la identidad femenina, en el autoconcepto, la autoestima, en la imagen corporal y en la salud pública en general, los cambios producidos por el cáncer de mama, por lo que re-construir nuevos caminos de promoción se hacen necesarios para disminuir su incidencia.

Hoy por hoy, siendo enfermera que otorga cuidado a cada usuario en la Atención Primaria de Salud en Chile y, reconociendo la imposibilidad de prevenir en su totalidad el cáncer de mama, por la dificultad de asociarlo etiológicamente con determinados factores (1)(2), por medio del presente documento, se muestra el recorrido que se realizó en esta investigación para poder conocer las formas de fomentar la salud, la percepción de riesgo y de prevención hacia el cáncer de mama, en las mujeres de la Comuna de San Pedro de la Paz, y de ese modo proponer y mejorar estrategias de promoción y de prevención hacia este cáncer.

Actualmente, el cáncer de mama se ha convertido en el cáncer más frecuente en las mujeres chilenas y el que produce mayor mortalidad cada año. Según datos obtenidos del proyecto de la International Agency for Research on Cancer, IARC

(GLOBOCAN), en el año 2020, en Chile se diagnosticaron 55,0 cánceres de mama por cada 100 mil mujeres y murieron en el año 17,3 mujeres por cada 100 mil mujeres (3).

Es por eso, que la implementación de Planes nacionales para la atención oportuna de esta patología, así como para disminuir la incidencia de esta enfermedad, se ha realizado a través de estrategias y planes de acción que se encuentran dentro del Plan Nacional de Cáncer (6). Sin embargo, las cifras son poco halagüeñas, ya que a la fecha se ha identificado un incremento sostenido de este cáncer (3).

¿Qué ocurre entonces con la promoción de salud y la prevención del cáncer? A pesar de que se ha atribuido que el cáncer de mama es hereditario, 9 de cada 10 cánceres de mama no están asociados a factores genéticos sino a causas ambientales o externas (4). Dentro de estas causas, se ha destacado la gineco-obstétrica, tales como ser nulípara o tener el primer hijo después de los 30 años, no dar lactancia materna, tener una edad de primera menstruación temprana o una edad de menopausia tardía (5). Sin embargo, también hay otros factores fisiológicos que se asocian con un mayor riesgo de cáncer de mama, por ejemplo, la obesidad (2)(4).

Este estudio se realizó con base en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que se aplicó como mecanismo conductor el enfoque del Curso de Vida (7), ya que este enfoque deja de ver a la salud de manera fragmentada y se la incorpora de una manera continua a lo largo del curso de vida, con una perspectiva centrada en las personas, en sus trayectorias de vida y no como en cada etapa de la vida por separado. Por otra parte, por medio de los significados y experiencias basadas en sus creencias y en la susceptibilidad de contraer dicho cáncer, las mujeres participantes develaron sus percepciones para poder crear estrategias que contribuyan a mejorar la toma de decisiones y aprovechar eficientemente los recursos en intervenciones de salud con efectos perdurables a lo largo de la vida y con efectos de onda expansiva hacia la sociedad.

Conocer que el riesgo de padecer cáncer de mama se podría reducir, estimulando la aplicación de factores protectores individuales de cada mujer, puede disminuir la

amenaza, la exposición y la vulnerabilidad de las mujeres que se encuentren en riesgo.

Las conductas promotoras con respecto a los estilos de vida saludables adaptados a cada entorno, podrían permitir que actividades de autocuidado sean el tronco articulador de la salud, ya que dichas actividades son el resultado de la conciliación de conductas protectoras del cáncer de mama y así mantener el normal desarrollo y características específicas de salud. Es importante entonces, reconocer que nunca es tarde para construir salud.

Construir la salud es invertir en generar una capacidad o un recurso, que permita a cada individuo y a las poblaciones desarrollarse según sus expectativas y las exigencias del medio donde se desenvuelven, brindando herramientas adecuadas y necesarias no sólo para su desarrollo, sino para su adaptación a situaciones repentinas de enfermedades agudas o las enfermedades crónicas como el cáncer (8).

En este estudio, se describe el recorrido que se realizó durante la investigación para conocer las formas de fomentar la salud, la percepción de riesgo y de prevención hacia el cáncer de mama en las mujeres de la Comuna de San Pedro de la Paz.

El primer capítulo presenta la fundamentación, donde se expone la relevancia que la investigación tiene para la disciplina de enfermería y la salud pública. Luego, en el marco referencial, se muestra la situación epidemiológica del cáncer de mama en Chile, y se combina el uso y aplicación del: “Enfoque de curso de vida”, “Teoría de autocuidado” y la “Filosofía hermenéutica”, con el fin de otorgar sustento al estudio y plantear sus objetivos. Además, con base a la evidencia revisada en la literatura, se resalta la importancia de abordar la temática con un enfoque cualitativo.

De modo que, por medio del enfoque cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger, se pueda develar la comprensión de conceptos, las percepciones tanto de salud, de factores protectores, de prevención y de factores de riesgo del cáncer de mama, terminando el capítulo con la teoría de

Dorothea Orem y el enfoque de Curso de Vida para lograr la adecuación epistemológica, relevancia, validez y reflexibilidad.

El capítulo de la metodología describe la forma que se seleccionó a las mujeres participantes, las técnicas de recolección de datos, el análisis crítico realizado para construir conocimiento con base en los pasos del método ético científico para la calidad metodológica y sus resultados.

El capítulo de resultados inicia con los significados obtenidos de cada mujer, en donde emergen sus vivencias, sentires y concepciones de salud-enfermedad que durante su curso de vida adquirieron.

En el capítulo de discusión, se cotejan los resultados de la presente investigación con resultados de otros estudios cualitativos y cuantitativos y del mismo modo, con el marco teórico y filosófico que sustenta al estudio, para determinar y establecer relaciones y/o diferencias encontradas ya sea por elección o circunstancias que están expuestas cada grupo de participantes.

Finalmente, la conclusión sintetiza las percepciones y da cuenta del cumplimiento de los objetivos, transparentan las limitaciones experimentadas durante el desarrollo del estudio y manifiesta sugerencias explícitamente descritas para el abordaje de la promoción de salud y prevención del cáncer en diferentes contextos y poblaciones.

2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

2.1 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone adoptar líneas estratégicas básicas para implementar planes nacionales orientados a controlar el cáncer, haciendo énfasis en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de alta calidad, alivio del dolor y cuidados paliativos, seguimiento, investigación científica y vigilancia epidemiológica (9).

Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la serie de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (10) desde el año 2008, ha impulsado la conformación de equipos de trabajo multidisciplinarios e integrativos (11) liderados por el profesional de enfermería, que al ser la mayor parte del colectivo profesional de salud, favorece la orientación y adopción de estrategias nacionales y ministeriales, promoviendo además, trabajar en estrecha colaboración con la comunidad, fortaleciendo el cuidado y autocuidado en sus distintos entornos laborales (12), incentivando el cumplimiento de los retos globales en salud.

En Chile, el escenario epidemiológico, según la Norma Técnica de Enfermedades no Transmisibles y sus factores de riesgo (13), muestra resultados negativos para la promoción de la salud, que fueron confirmados por la Segunda Encuesta Nacional de Salud que se realizó en 2009-2010 (14), así como también la del año 2016-2017, donde destaca, un predominio de estilos de vida poco saludables con elevado consumo de tabaco (40,6%), sedentarismo (88,6%) y exceso de peso (64,5%), entre otros (14) (15).

En este sentido, visto que el rol del profesional de enfermería en la atención primaria de salud a nivel internacional (16) (17), ha mostrado que ha ayudado a satisfacer las necesidades de la población y a empoderar a la comunidad como un ente primordial en el proceso de salud/enfermedad, se considera prioritario, educar sobre salud, con una intervención sanitaria oportuna, asesoramiento y condiciones favorables de vida hacia la población (18).

Enfermería es la disciplina y profesión que cumple un rol esencial, ya que se encarga de la educación en el cuidado de la persona, familia y comunidad, argumentando la importancia de las actividades que lleva a cabo cada individuo contribuyendo a superar las limitaciones para que las personas tengan un mayor control de su propia salud, por medio de intervenciones de participación social, familiar, individual y ambiental, destinadas a beneficiar y a proteger su salud y calidad de vida, siendo costo efectivo este accionar, para la economía del país (19).

Por otra parte, la Atención Primaria de Salud (APS) y la enfermera de APS, por el hecho de ser la puerta de entrada al Sistema de Salud (SS), se consideran la instancia prioritaria del SS (19). Desde el enfoque de Enfermería, utilizando la práctica del cuidado como piedra angular en distintos entornos de salud - enfermedad, se establece una relación satisfactoria entre la población y el profesional, bajo el paradigma de la promoción y la prevención de la salud , con una perspectiva integral e interactiva con la población, permitiendo alcanzar una cobertura sanitaria universal basada en la combinación de conocimiento, habilidades prácticas y estrategias promotoras que satisfagan las necesidades de cada persona de acuerdo a su contexto, y de ese modo, visibilizar los factores protectores y factores de riesgo existentes que conllevan al desarrollo del cáncer de mama (19).

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El Ministerio de Salud de Chile ha priorizado al cáncer como problema relevante de salud pública en el país, realizando esfuerzos organizados y sostenidos desde la prevención hasta los cuidados paliativos, alcanzado importantes logros, sin embargo, para enfrentar estos grandes desafíos, es importante colocar a la persona en el centro, como actor primario en la moderación y producción de su salud, considerando sus sistemas culturales e ideológicos específicos y las experiencias individuales de cada participante, para poder lograr la implementación de estas y otras nuevas estrategias promotoras de salud (20).

Es por lo anterior y la constatación de *ausencia de estrategias promotoras de salud para reducir la incidencia de cáncer de mama* (20), que el problema de estudio se delimita como sigue:

Se desconoce cuál es la percepción de riesgo de las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz, de contraer cáncer de mama y cuales perciben son sus factores protectores, formulando la siguiente interrogante de estudio:

¿Cuál es la percepción de riesgo y de factores protectores de cáncer de mama que tienen las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz, al momento de desarrollar la temática sobre los factores de riesgo y los factores protectores de cáncer de mama?

3. MARCO REFERENCIAL

Seguidamente, se expone el marco conceptual y empírico que fundamentó el presente estudio, abordando conceptos tales como: epidemiología del cáncer de mama, factores de riesgo y factores protectores de cáncer de mama, el desarrollo de la salud con enfoque del Curso de Vida, la teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y la corriente filosófica hermenéutica de Martin Heidegger.

El desarrollo de la salud con enfoque del Curso de Vida se eligió debido, a que esta visión es un nuevo paradigma epidemiológico de causalidad que interpreta la salud de las personas, en este caso de la mujer de manera individual, familiar y comunitaria, y como la resultante de influencias biológicas, psicológicas y del entorno físico y social en la que habita, permitiendo prevenir las consecuencias que se hacen sentir a través de la interacción de varios factores de riesgo, mediante la provisión y potencialización de activos individuales, aplicando una visión más ampliada sobre las estrategias orientadas a los factores protectores sociales e individuales de cada mujer.

Del mismo modo, la Teoría del Déficit de autocuidado se eligió en razón, a que el Cáncer de mama es un problema de Salud Pública y, que los factores de riesgo de padecer este cáncer se pueden disminuir si se establecen estrategias acordes al desarrollo de la salud durante el transcurso de la vida, por medio de acciones de autocuidado. Y la corriente filosófica hermenéutica de Martin Heidegger, para poder conocer lo que significa para las mujeres los factores de riesgo y los factores protectores de cáncer de mama.

3.1 EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de mama en las Américas es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de las Américas; en la Región, cada año se producen más de 462.000 casos nuevos, y supone el 27% de los nuevos casos en las mujeres de América Latina y el Caribe (21).

En Chile, el 2018, el número de casos nuevos fue de 5.393 personas, representando una tasa de 40,9% de incidencia en el país, y para el año 2040, el

número estimado de casos de cáncer de mama es de 7.787 (21). El cáncer de mama es responsable de 1 de cada 4 diagnósticos nuevos de cáncer en mujeres, considerando que mayoritariamente se diagnostica en mujeres mayores de 50 años (22).

3.2 FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA

Un factor de riesgo (23), es todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer cáncer de mama. No obstante, aun cuando se tenga uno o hasta muchos factores de riesgo, no significa que irreparablemente se padecerá de la enfermedad. En este sentido, investigaciones han permitido determinar (24), que aproximadamente el 50% de los casos de cáncer de mama, se relacionan con factores modificables, y solo un 5% a 10% se relacionan con factores no modificables. Por lo que el cáncer de mama y su causa (25), está dada principalmente por una combinación de varios factores de riesgo, sean estos, hormonales (fisiológicos y terapéuticos), genéticos, ambientales, modos o estilos de vida no saludables y otros factores fisiológicos no hormonales como la edad, sexo, raza e irradiaciones, teniendo en cuenta que resulta muy difícil establecer un responsable único, y que la cantidad de tiempo a la exposición del riesgo, es un detonador para desarrollar el cáncer de mama.

Algunos factores de riesgo *no modificables* se describen a continuación:

- El **envejecimiento** (26), es un factor de riesgo no modificable que aumenta el riesgo de cáncer de mama, ya que la mayoría de los diagnósticos de este tipo de cáncer, se desarrollan después de los 50 años, cuando la población femenina cree estar exenta de riesgo de cáncer por la edad.
- Los **factores genéticos** (26), predisponen un 5-10% de riesgo de cáncer de mama a causa de una mutación genética. Se considera que el 20-25% de las mutaciones responsables de los cánceres de mama hereditarios, ocurren en los genes BRCA 1 y 2 (27), prevaleciendo así, el riesgo de desarrollar la enfermedad a lo largo de la vida en alrededor de un 60% en las portadoras de BRCA 1, y del 50% en las de BRCA 2.

- Los **antecedentes familiares** (27) de mujeres con parientes cercanos y de familiares de primer grado (madre, hermana, hija) diagnosticados con cáncer de mama u ovario, duplica el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- El **sexo** predispone, ya que más del 99% de los casos ocurre en mujeres (28).
- El **tejido mamario denso** (27), la **menarquia precoz** (29) y **menopausia tardía** (28), son determinantes para el desarrollo de cáncer de mama, debido a la exposición prolongada a las hormonas de estrógeno y progesterona durante la vida (30).
- Las **afecciones benignas de la mama** (no cancerosas) (27) y los **tratamientos previos con radioterapia** (31) en el pecho o las mamas antes de los 30 años de edad (por ejemplo, para el tratamiento del linfoma de Hodgkin), otorgan también una mayor predisposición a la enfermedad.
- La **raza** según la literatura, en aquellas mujeres de raza blanca, tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las mujeres de raza negra, no obstante, en las mujeres menores de 45 años, la enfermedad es más frecuente en las mujeres de raza negra, que en las mujeres jóvenes de raza blanca (30)(32).

En cuanto a los *factores de riesgo modificables*, la OMS y autores colaboradores (30), determinan, que el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, la falta de actividad física, y la toma de terapias hormonales durante el climaterio, se han asociado a un mayor riesgo de padecer cáncer de mama(31), así como también, otros factores de riesgo relacionados con los estilos de vida, en donde se incluye las decisiones acerca de procrear a una edad tardía (más de 30 años de edad) y el uso prolongado del tratamiento hormonal sustitutivo después de la menopausia (25):

- El **sobrepeso y obesidad**, con un índice de masa corporal (IMC) por encima de 27, tiende a elevar la concentración de las hormonas estrogénicas circulantes, alterando la funcionalidad de los adipocitos, aumentando el volumen de adipocitos y por ende las hormonas estrogénicas circulantes (25).

- El uso de **Terapia hormonal combinada (HT)** durante el climaterio y después de la menopausia, aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama. Este aumento en el riesgo se observa generalmente después de alrededor de 4 años de uso, también aumentando la probabilidad de que el cáncer sea detectado en una etapa más avanzada, así como se incrementa el riesgo de enfermedad cardíaca, coágulos sanguíneos y accidentes cerebrovasculares (25).
- La **falta de actividad física**, aumenta el riesgo de cáncer de mama en gran medida; estudios han demostrado que las mujeres que hacen actividad física de intensidad moderada a energética, durante más de 3 horas a la semana, tienen entre un 30 % y un 40 % menos de riesgo de cáncer de mama, aplicándose esto a todas las mujeres, independientemente de sus antecedentes familiares de cáncer de mama (33), ya que a través de la actividad física no solo se reduce los niveles de IMC, sino también los estrógenos séricos y los niveles de insulina y del IGF-1 que son proteínas que estimulan el crecimiento de las células cancerígenas de mama y de próstata (34) (35).
- El **consumo de alcohol**, según expertos indican que podrían evitarse hasta el 14% de los casos de cáncer de mama si se redujera de forma considerable el consumo nocivo de alcohol o se eliminara (25), ya que cuando se bebe alcohol (36), el cuerpo lo convierte en una sustancia química llamada acetaldehído, ocasionando que la célula comience a crecer sin control y forma un tumor canceroso, dado que el acetaldehído daña el ADN y no le permite al cuerpo reparar el daño.

3.3 FACTORES PROTECTORES DE CÁNCER DE MAMA

La *lactancia materna*, una *dieta saludable*, la *actividad física regular y activa*, y la *reforma de los factores de riesgo modificables de cáncer de mama*, poseen un efecto protector contra la enfermedad (37).

Algunos estudios han revelado, que es posible alcanzar una reducción promedio de riesgo del 25% al 40% entre las mujeres que se mantienen *físicamente activas* por comparación con las menos activas (25)(37).

Por otro lado, una revisión de la literatura reveló, que por cada 12 meses que una mujer *amamanta a su bebé*, el riesgo relativo de cáncer de mama disminuye 4,3%, y otro 7% por *cada bebé amamantado*, reduciendo así, la incidencia del cáncer de mama hasta en un 11% (37).

Una *dieta saludable* rica en verduras, consumo de soja y carotenos, aceite de oliva, legumbres, pescado y frutas se destacan por sus propiedades preventivas frente a este cáncer (37).

3.4 ENFOQUE DE SALUD DEL CURSO DE VIDA

Halfon y Hochstein, crearon un marco conceptual denominado Life Course Health Development (LCHD), Desarrollo de la Salud del Curso de Vida, en el cual explica, cómo las trayectorias de salud comienzan antes de la concepción y continúan durante toda la existencia a lo largo de la vida de un individuo (38).

Este enfoque menciona que la salud y la capacidad física y mental de hoy, es el resultado que se construye día a día, bajo un proceso interactivo entre los genes, el medio ambiente y el comportamiento humano. Este proceso es aquel que marca la pauta, de cómo será su salud en el futuro a nivel individual y comunitario. Este marco explica que, al influir en la salud de las personas y comunidades, cambiando la perspectiva de, cómo cuidarse cuando están enfermos a una actitud de, cómo construir su salud con las decisiones que toman todos los días, favorecerá a alcanzar una salud plena (38).

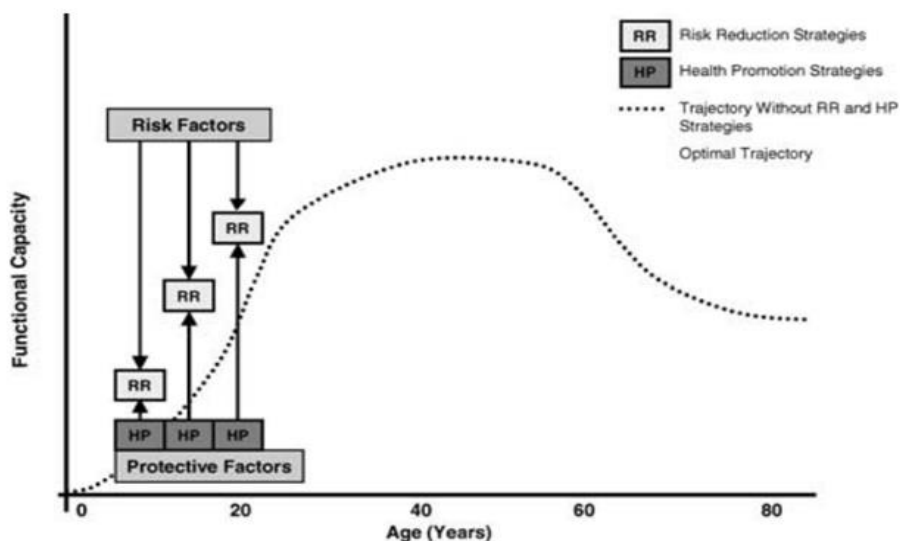
Esto significa que la trayectoria del curso de vida de un individuo impacta la salud y el bienestar, cuando se realizan cambios en la disminución de factores de riesgo y se aplican factores protectores para generar cambios beneficios para la prevención de la enfermedad (38).

También considera que la salud debe dejar de ser vista de manera fragmentada, especialmente por los profesionales de la salud para ser visibilizada de una manera continua a lo largo del curso de vida, desde una perspectiva centrada en las personas, en sus trayectorias de vida y no en las etapas de vida por separado, el fin de integrar esa visión en las intervenciones en salud, lo que obliga a ir más allá

de solo hacia la enfermedad y a sus consecuencias, sino dirigidas a intervenciones continuas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades para garantizar el desarrollo cognitivo, físico, social y emocional de las personas, y considerar de esta manera a la salud como un recurso esencial en la generación y el mantenimiento de las capacidades y las reservas en las personas y las poblaciones, a lo largo de la vida, con acciones que puedan mejorar la salud pública y la economía del país. Esto porque, la vida y la salud están entrelazadas, creando conciencia de que las decisiones en la salud no solo afectan nuestro curso de vida o el de nuestras familias, sino a la de la sociedad entera.

A continuación, la Figura 1 ilustra cómo la reducción de riesgos y las estrategias de promoción de la salud influyen en el desarrollo de la salud. Las estrategias de reducción de riesgos pueden mitigar la influencia de los factores de riesgo en la trayectoria de desarrollo y, cómo las estrategias de promoción de la salud pueden simultáneamente, apoyar y optimizar la trayectoria de desarrollo. En ausencia de una reducción efectiva del riesgo y promoción de la salud, la trayectoria de desarrollo será sub-óptima (curva de puntos). Tanto para los individuos como para las poblaciones, la cantidad y el tipo de factores de riesgo y factores de protección pueden dar como resultado diferentes trayectorias de salud y disparidades en los resultados de salud.

Figura 1: Resultados del desarrollo de la salud



Fuente: Halfon, Neal and Hochstein, Miles (38)

3.5 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem, presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general, compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: la Teoría de autocuidado, la teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (39) (40).

Siendo el enfoque de esta investigación la promoción de salud se ha seleccionado la Teoría de autocuidado, dado que básicamente a través del autocuidado se alcanza la promoción de la salud, con lo cual se fundamenta la realización por cada mujer de conductas de autocuidado de forma deliberada y continúa en el tiempo, para mantener su vida y su estado de salud en correcto desarrollo y bienestar. Esta teoría se rige por tres conceptos importantes: el autocuidado, los requisitos de autocuidado universales y las actividades de autocuidado (39) (40).

Se describe al autocuidado como un conjunto de acciones intencionadas y educativas que permiten el mantenimiento de la salud, en donde el autocuidado toma un rol articulador entre la adaptación y desarrollo de estrategias promotoras de salud, orientadas hacia el objetivo de prevenir el cáncer de mama, orientando a la población femenina sobre sí mismas en su entorno para regular los factores de riesgo de cáncer de mama que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, estableciendo el potencial de los factores protectores como una contribución constante a su propia existencias y reducción de riesgos en beneficio de su salud.

Los requisitos de autocuidado universales se conciben como el generador del autocuidado, ya que se entienden como la interacción de la actividad humana con el medio social - entorno, siendo los patrones de conducta que la población femenina posea, aquellos que definirán la forma de interactuar y mantener el equilibrio de todos los demás requisitos de autocuidado universal y la aplicación de los factores protectores de cáncer de mama.

Las actividades de autocuidado se relacionan con las conductas promotoras con respecto a los estilos de vida saludables que se adopten en su entorno, estas actividades son el tronco articulador del autocuidado, ya que dichas actividades serán el resultado de la conciliación de conductas protectoras del cáncer de mama para mantener el normal desarrollo y características específicas de salud.

3.6 ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DESDE LA PERSPECTIVA HERMENEUTICA DE HEIDEGGER

La fenomenología interpretativa o hermenéutica, fue propuesta por Martín Heidegger (41), como una metodología filosófica para descubrir e interpretar el significado del ser o de la existencia del ser humano en una manera diferente a la tradición positivista.

La utilidad del diseño fenomenológico en ciencias de la salud (41) (42), se ha derivado a partir de la necesidad de conocer los significados, percepciones y experiencias vividas por la persona, permitiendo en este estudio interpretar los resultados obtenidos de la población femenina sobre el significado de su vivencia con relación al proceso de promoción de la salud ante el cáncer de mama, con la finalidad de describir las percepciones de factores de riesgo y protectores de cáncer de mama que las mujeres posean, para posteriormente interpretarlas y proponer estrategias promotoras en base a su propia realidad y percepciones de salud.

Bajo la naturaleza humana (42) (43) y su vivo sentimiento de dualidad como dos seres heterogéneos (el cuerpo y el alma) y como “homo dúplex” (objeto de saber y sujeto que conoce), la fenomenología de Heidegger abona el concepto de la significación y explicación del fenómeno, abogando para que la persona (la mujer) manifieste sus percepciones reflejadas en sí misma y para sí misma (43). De esta manera, el rol de enfermería a través de la búsqueda e interpretación de significados y percepciones del fenómeno experimentado por las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz permitirá crear estrategias promotoras de salud y mejorar la concientización, aceptación y participación en programas preventivos de cáncer de mama, en pro de la adquisición de conductas promotoras de salud para la reducción de la incidencia de este cáncer.

Martín Heidegger fue un filósofo alemán considerado el más importante del siglo XX, su obra *Ser y Tiempo* escrita en 1927, rompió con la filosofía del conocimiento de esa época y de los idealistas adscritos a un objeto. Además, Heidegger, da un giro hermenéutico a la fenomenología y adopta una filosofía existencialista en donde el ente humano es el principal sujeto, a lo que le da el nombre de *Da-sein*, que significa “estar allí” (43) (44). *Dasein* o *Da-sein* es una palabra en idioma

alemán que significa también "presencia", y a menudo se traduce al inglés con la palabra "existencia". Heidegger utiliza la expresión *Dasein* para referirse a la experiencia del ser que es peculiar de los seres humanos. Por lo tanto, es una forma de ser que es consciente y debe enfrentar problemas tales como la personalidad, la mortalidad y el dilema o paradoja de vivir en relación con otros humanos mientras está en última instancia a solas con uno mismo.

Este Dasein es arrojado en el mundo, como persona, como sujeto existencial que se angustia y enfrenta los riesgos y la enfermedad y sabe que en algún momento enfrentará a la muerte, viviendo cada momento de su vida ante la posibilidad de morir, por lo que dependerá de cómo el Dasein vea los riesgos, la enfermedad y la muerte y cómo lo afronte, para tener una vida inauténtica o una vida auténtica.

Por otra parte, esta filosofía nos habla del mundo y menciona que, ya que la persona está inserta en el mundo, también está anexada a las posibilidades de este. En este sentido, una de las posibilidades es la propia persona que siempre aspira y puede llegar a hacer algo más y se proyecta a hacerlo, por ejemplo, la mujer que tiene riesgo de desarrollar el cáncer de mama, podría aplicar sus factores protectores para disminuir el riesgo y prevenir la enfermedad y dependerá de sus opciones de autocuidado que tome y de la calidad de información que le sea entregada o conocimiento que posea para esta enfermedad, para afrontarlo, ya que las decisiones y las acciones que la persona tome serán decisivos para el desarrollo de su salud, invitándolos a crecer y tener una vida auténtica.

Heidegger menciona, que la persona teme a la muerte y la niega, ya que esto es lo único que siempre está en sus posibilidades. A esta negación la denomina existencia inauténtica o "Das man" (44), en donde la persona inauténtica se entrega al mundo del Das-Man, al mundo "se dice", por ejemplo: se dice que el cáncer de mama se desarrolla solo en las mujeres con antecedentes familiares; el cáncer de mama no ocurre en mujeres jóvenes; las mamografías son dolorosas (45), entre otros dichos. Por lo que esta persona (mujer) se vuelve pasiva y no utiliza el DA-SEIN, sino se convierte en uno más de la masa a lo que Heidegger llama el "anonimato o los uno" y hace referencia a la persona que pasa a hacer uno más y no a pensar por sí mismo y en base a su contexto, negando la posibilidad de que

los riesgos, la enfermedad y la muerte está dentro de sus posibilidades, conformándose esta persona inauténtica, con todo lo ya dicho (mitos) sin cuestionarse el porqué de las cosas ni buscar cosas ni soluciones nuevas.

Cuando se apropia el mundo de la inautenticidad, se da cabida al señorío de los otros, en donde la existencia o mundo auténtico de la persona es parte de la historia y no historia, ya que somos lo que hacemos, somos temporalidad en el presente, pasado y futuro (44) (46), siendo seres que se encuentran en la nada y que deciden como actuar y que hacer frente a las posibilidades que tienen en frente de autocuidado, de prevención, y a informarse, llevándolo a un auténtico pensar, en donde se cuestionan las cosas y se decide lo que quiere o lo que no (enfermedad en este caso). Heidegger sostiene que la existencia auténtica es aquella que escoge sus posibilidades reales. Es la que acepta a la muerte como un proceso y no teme hablar del tema. Es la que sabe que todos tenemos un ciclo y que por lo tanto no debemos temer tanto de la moda o el qué dirán. Sólo aceptando la realidad podemos conocer nuestros propios límites y vivir plenamente.

3.7 MARCO EMPÍRICO

A continuación, se exponen estudios relacionados con la percepción de riesgo y estrategias promotoras de cáncer de mama. Para la revisión de la literatura, la búsqueda se dividió en dos instancias: para la primera se utilizaron los descriptores: percepción, factores de riesgo, cáncer de mama con el booleano AND; y para la segunda búsqueda: promoción de la salud, intervención, cáncer de mama con el booleano AND. Se realizó la búsqueda en las bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS), SCOPUS, SCIELO, Web of Science (WOS). Los artículos incluidos en la revisión fueron aquellos que como variable de estudio incluyeran la percepción de riesgo de cáncer de mama y estrategias promotoras en población sin diagnóstico de cáncer de mama.

En general, varios estudios señalaron, que las investigaciones realizadas con una mirada de promoción de salud en población sin presencia del cáncer de mama a nivel internacional son variadas, mientras que a nivel nacional son exiguas. Con respecto a los resultados, la mayoría de los estudios remarcó el desconocimiento de factores de riesgo modificables de cáncer de mama y la

necesidad de poner en práctica las políticas y estrategias de promoción de salud establecidas en cada país para la prevención del cáncer de mama, bajo acciones centradas en medidas que estén establecidas sin privilegio y al alcance de todas las mujeres de acuerdo a su entorno, su cultura, estrés financiero y psicológico, ya que a pesar de las políticas promotoras de salud existentes para la prevención y disminución de morbilidad de dicha enfermedad, la población no la aplica en su vida diaria (47) (48).

A continuación, basada en la evidencia de la primera instancia de búsqueda, se describirán algunos estudios, relacionados con percepción de riesgo:

En Indonesia en el año 2019, se estudió el nivel de conciencia sobre factores de riesgo de cáncer de mama, barreras, actitudes y detección de cáncer de mama (56), bajo el objetivo de investigar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de mama en donde participaron 856 mujeres de 18 a 80 años. Los resultados con respecto a la percepción de riesgo de cáncer de mama de este estudio demostraron que las mujeres urbanas tenían un nivel más bajo de conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de seno, en comparación con las mujeres que viven en áreas más rurales (49). Este resultado explica, de cierta forma, que la percepción de riesgo y conductas promotoras de salud se pierden a causa del ritmo de vida acelerado y alimentación poco saludable.

Otro estudio realizado en el mismo año en Hong Kong estudió la concientización de percepción de riesgo, conocimiento y prácticas de detección del cáncer de mama de las mujeres, a través de una entrevista transversal realizadas a 1000 participantes. Los resultados arrojaron que una de cada cuatro encuestadas percibieron más de dos factores de riesgo de cáncer de mama (50).

En el año 2018 en los países bajos, Reino Unido y Suecia se realizó un estudio cualitativo en mujeres elegibles para la detección temprana de cáncer de mama, basado en los factores de riesgo de desarrollar la enfermedad, para lo cual se trabajó con 143 mujeres mediante grupos focales cuyos resultados fueron analizados a través de un análisis temático. Los resultados a nivel de los tres países identificaron cinco temas principales: impacto del conocimiento, creencia en la ciencia, impacto emocional, toma de decisiones y actitud hacia la medicación.

Todos los temas poseen a la lectura un sentido de fondo similar expresando que el primer tema de impacto de conocimiento describe la preocupación de las mujeres por no poder percibir los factores de riesgo como un medio motivador de cambio en prevención del cáncer, sino como una carga que puede conducir a un estigma. En cuanto al segundo tema correspondiente a la creencia en la ciencia, explica la necesidad de las mujeres de confiar en la ciencia y la evolución de la evaluación de riesgos y en las vías de atención posterior. Con respecto al impacto emocional, explora la ansiedad percibida de las mujeres y la seguridad “falsa” acerca de conocer su riesgo, mientras que la toma de decisiones destaca las diferencias culturales en la toma de decisiones compartidas, versus las individuales, que influyen en el tema que hace referencia a la actitud hacia la medicación (51).

Asimismo, en el mismo año en Filipinas otro estudio con enfoque cualitativo investigó la percepción de riesgo de cáncer de mama en 12 mujeres que presentaban riesgo de desarrollar la enfermedad. A través de la fenomenología se estudió las implicaciones para el asesoramiento genético del cáncer de mama. Los resultados se analizaron mediante un análisis temático en donde los temas principales expresan, que la percepción de riesgo de cáncer de mama está formada por las creencias de causalidad de la enfermedad revelando también que las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama tienden a compararse con el familiar construyendo sus propios puntos de vista de vulnerabilidades ante la aparición de la enfermedad (52). Por los resultados encontrados, la importancia de un enfoque cualitativo busca conocer el sentido verdadero de cada mujer con respecto al riesgo de la enfermedad, abriendo campo a nuevos estudios y planes de acción (promoción y prevención de cáncer de mama) sin descuidar el norte para la resolución del fenómeno.

En el año 2017 se estudió la percepción de factores de riesgo de cáncer de mama en 21 mujeres de Francia con una historia personal de cáncer y 16 sin una historia personal de cáncer. Los datos fueron examinados a través de un análisis comparativo posterior a la realización de una entrevista semiestructurada cuyos resultados revelaron que las mujeres con una historia personal de cáncer poseen mayor percepción de factores de riesgo de cáncer de mama como ambientales (ondas electromagnéticas, sol), dieta, tabaco, estrés y emociones negativas,

mientras que la percepción del grupo de mujeres sin una historia personal de cáncer, percibían como factores de riesgo a pesticidas, tabaquismo y factores ambientales solamente (53). Estos hallazgos resultan consistentes ante el desarrollo de la idea de que una experiencia personal de cáncer puede influir en la experiencia personal de cada mujer.

Por otra parte, en Londres se estudió la percepción de riesgo de cáncer de mama y los factores que influyeron en la percepción y preocupación de este en 457 mujeres sanas posmenopáusicas que estaban a punto de comenzar la terapia hormonal. Los resultados indicaron que la preocupación se asoció con la percepción de alto riesgo absoluto y sus factores de riesgo percibidos fueron, el tabaquismo, la edad mayor a 60 años, estilos de vida en riesgo y depresión (54).

Otro estudio en Brasil, de índole cuantitativo, comparó la percepción de riesgo con el autocuidado en 211 mujeres sanas con y sin historia familiar de la enfermedad. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas en las participantes (5), entre la percepción de riesgo y las conductas de autocuidado, por lo que se podría especular que los resultados encontrados bajo este enfoque no indicaron la percepción y realidad vivida de cada participante dado que la comprensión de los factores de riesgo y las causas de la enfermedad así como su responsabilidad en el seguimiento enfocado en cada cultura y contexto se pueden estudiar mejor cualitativamente.

Los resultados encontrados en otro estudio realizado en 400 mujeres en Yemen, Arabia Saudita en el 2016, después de estudiar las percepciones de riesgo y las prácticas de autoexamen de mama, indicaron que dos tercios de las mujeres participantes tenían poco conocimiento sobre el cáncer de mama, respecto de los beneficios percibidos de las prácticas de autoexamen de mama, la autoeficacia y una percepción de las barreras de las prácticas del autoexamen. Este estudio también se realizó bajo un paradigma positivista por lo que los autores del estudio destacaron que el escaso conocimiento y las prácticas inadecuadas de autoexamen de mama en la población de Yemen sugiere la necesidad de implementar medidas educativas (comunicación efectiva) adecuadas culturalmente a la población abordando las creencias en salud de la población (56).

Por otro lado, para las mujeres de Apalache, New York, según resultados de un estudio realizado en el año 2014 para identificar la precisión del riesgo percibido de acuerdo con las construcciones de salud, modelos de creencias y características sociodemográficas y los factores relacionados con las respuestas de "no sé", en población femenina mayor de 40 años, las percepciones de riesgo identificadas de cáncer de mama son bajas. Se utilizaron datos transversales encontrados en la Encuesta de cribado y mamografía preventiva de Bonnie's Bus de 2009 a 2011 en Apalache, en donde la respuesta "no se" se daba en las mujeres con menos educación, ingresos más bajos, estar aseguradas por Medicaid (seguro público) y desconocer sobre el cáncer de mama; mientras que para las mujeres que percibieron con precisión su riesgo de cáncer de mama, tenían educación superior, conocimientos sobre el cáncer de mama y antecedentes familiares de cáncer de mama (57). El investigador sugirió crear estrategias de intervenciones educativas centradas en mejorar el conocimiento y las percepciones sobre el cáncer de mama para empoderarlas en el desempeño de un papel activo en su salud preventiva y tomar decisiones informadas basadas en su nivel individual de riesgo, para la construcción de estrategias promotoras de salud, sin privilegios dado que, las mujeres que indicaban respuestas de "no sé" y mantenían percepciones de riesgo inexactas eran una población vulnerable a las disparidades de salud.

Para la segunda instancia de búsqueda de literatura sobre estrategias promotoras en población sin diagnóstico de cáncer de mama, se identificó un estudio realizado en Estados Unidos, que atendió el llamado a la acción del Instituto de Medicina, OIM, que recomienda la identificación de estrategias efectivas para comunicar información precisa y confiable sobre el riesgo de cáncer de mama a diversos públicos, utilizando la metodología de grupos focales para explorar como las mujeres afroamericanas perciben y descifran información relacionada con el cáncer de mama y su relación con su entorno. El protocolo del grupo focal consistía en preguntas abiertas diseñadas para obtener información sobre las percepciones de las participantes sobre su entorno y su percepción de cáncer de mama. Los resultados identificaron temas relacionados con las categorías: conocimiento general y creencias sobre el cáncer de mama, factores de riesgo percibidos para el cáncer de mama, importancia de buscar conocimiento sobre el cáncer de mama y

el medio ambiente, y estrategias de comunicación recomendadas. Los temas emergentes reflejaron el conocimiento que los participantes poseían sobre el cáncer de mama y los factores de riesgo además de las preocupaciones sobre la importancia de poseer información precisa y cómo las estrategias de comunicación de salud culturalmente apropiadas pueden usarse para difundir el conocimiento del cáncer de seno en la comunidad (58).

También es de interés en este estudio, buscar estrategias para modificar hábitos o conductas que contribuyen a la detección precoz de este cáncer.

En Nigeria en el año 2018 se realizó una estrategia de intervención de campañas de concientización de la mama en adolescentes sostenibles y rentables. El estudio de cohorte intervencionista longitudinal de 6 meses de duración en 432 escuelas secundarias con alumnas en el sudeste de Nigeria evaluó la intervención, a través de la eficacia de una llamada con video asistida y el uso de folletos impresos. Los resultados reflejaron un total de 317 (73.4%) y 301 (69.7%) de respuestas válidas de preintervención (16.8 ± 1.5 años) y postintervención (17.2 ± 1.6 años) en las encuestas. La regresión logística reveló que los participantes que estaban "comprometidos" con las campañas ya sea a través de la asistencia cara a cara o leyendo folletos mostraron mejoras significativas en la mayoría de los aspectos del conocimiento sobre el cáncer temprano, síntomas y factores de riesgo, así como en el autoexamen de mamas. Sin embargo, la práctica mensual de autoexamen de mama no aumentó significativamente (Asistentes: OR = 1.44, P = 0,18; Folletos-lectores: OR = 1.52; P = 0,17). Además, cuando no se tuvo en cuenta el "compromiso" con las respectivas actividades de empoderamiento, un análisis de chi cuadrado que comparó los grupos preintervención y postintervención mostró mejoras significativas en el conocimiento específico sobre factores de riesgo y los primeros síntomas del cáncer de mama, así como las técnicas de autoexamen de mama (59).

Asimismo, en San Diego se examinó mediadores de una intervención eficaz de actividad física basada en internet en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, en donde los resultados mostraron una mediación significativa tanto para la autoeficacia y los procesos de comportamientos. Los coeficientes de

regresión de los efectos indirectos de efecto no estandarizado de la intervención sobre la actividad física que ocurrió a través del mediador fueron $ab = 38.58$ (intervalo de confianza del 95% CI: 8.66-92.76) para autoeficacia y $ab = 42.02$ (95% CI: 6,76-104,84) para procesos conductuales. Otros factores examinados en este estudio fueron los procesos cognitivos, el equilibrio decisional y el riesgo percibido de cáncer de mama los cuales no fueron estadísticamente significativa como mediadores. Los resultados sugieren que la autoeficacia y los procesos conductuales pueden ser clave para utilizar en la orientación de futuras intervenciones de actividad física entre mujeres con una historia familiar de cáncer de mama (60).

El propósito de un estudio realizado en Estados Unidos fue evaluar el proceso de implementación y los resultados del proceso de tres intervenciones para promover la mamografía de detección bianual en un ensayo aleatorio. En una gran práctica de atención primaria urbana durante un período de 4 años, se asignó al azar a mujeres de 40 a 85 años elegibles para mamografías a través de tres intervenciones: carta de recordatorio, carta de recordatorio + llamada de recordatorio y carta de recordatorio más llamada de asesoramiento. Los resultados de la intervención demostraron la factibilidad y la aceptabilidad a los pacientes y proveedores de una comunicación combinada por correo y teléfono para promover las mamografías de detección, llegando con éxito a una gran mayoría de pacientes (61).

A la luz de la evidencia presentada, es posible establecer que los hallazgos de estudios sobre percepción de riesgo indican que la mayoría de las mujeres atribuyen el desarrollo de la enfermedad a la genética y a los antecedentes personales de cáncer, denotando que existe una falta de conocimiento científico acerca del tema y una disminución de difusión promotora de los factores de riesgo y protectores de cáncer de mama por parte de entidades de salud, mientras que los estudios sobre estrategias promotoras señalan, que las mujeres concebían que la difusión de estrategias presentes en las políticas públicas de sus países no estaban al alcance de su realidad, y que la comunicación por parte del personal de salud no eran culturalmente apropiadas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Conocer las formas de fomentar la salud, la percepción de riesgo y de prevención hacia el cáncer de mama que poseen las mujeres de la Comuna de San Pedro de la Paz, para proponer estrategias de promoción y de prevención hacia este cáncer.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir la percepción de factores de riesgo del cáncer de mama, que poseen las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.
2. Describir la percepción de salud, de factores protectores y de prevención del cáncer de mama, que poseen las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.
3. Desarrollar la temática sobre factores de riesgo, de factores protectores y de prevención de cáncer de mama, de acuerdo con las categorías emanadas del discurso de las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.
4. Proponer estrategias de promoción de salud y de prevención de cáncer de mama, para poblaciones específicas de mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio y diseño

Este estudio de abordaje cualitativo, bajo la modalidad fenomenológica hermenéutica, está fundamentada en la filosofía del autor Martin Heidegger, a través del análisis e interpretación de la realidad en su propio contexto, aplicando una práctica interpretativa, activa, reflexiva y dialogada, comprendiendo la existencia humana, su existencia en el mundo y en sí mismo (el Da-sein) (41). En palabras de Heidegger, Da-sein indica el modo de ser propio del ser humano, usado con la finalidad de repensar la tradición metafísica (ontológica) occidental. Para Heidegger, el Da-sein es siempre una relación con su propio ser a cuyas características el filósofo llama existenciales. En su libro, Ser y Tiempo, el Da-sein es presentado desde su cotidianidad como un ser-en-el-mundo, que siempre se está proyectando en las posibilidades de ser, las cuales constituyen su propio ser. Es un término que en alemán combina las palabras “ser” y “ahí”, significando “existencia” (62).

Martin Heidegger plantea, que la pregunta principal de la filosofía es la pregunta sobre el SER, en donde plantea realizar un análisis existencial a través del Hombre (persona), porque es el hombre quien se pregunta por el SER, quien lo interroga y quien lo interpreta y puede dar una respuesta.

Por tanto, por medio de este abordaje, los datos se co-crearon en un ambiente de diálogo mediante entrevistas en profundidad, a través de práctica reflexiva con la persona entrevistada, en el proceso circular de construcción del conocimiento (50).

Para lo dicho, se aplicó lo que Heidegger propone, la articulación de cuatro momentos, que guiaron este diseño metodológico (41) (63): a) Aplicar la *epoché* o *epoché* (abstención o inhibición de cualquier forma de postura o juicio previo), b) realizar un momento descriptivo, en el que se analiza la intencionalidad y el ser en el mundo, (de las participantes) c) ejecutar una reducción, a través de la interpretación para lograr establecer patrones o categorías, “la esencia” y d) Hacer una constitución mediante la objetividad del investigador para construir el conocimiento (43).

5.2 Marco Muestral

- **Participantes del estudio:** Mujeres residentes en la comuna de San Pedro de la Paz que participan en grupos comunitarios, siendo la población total de 20 mujeres adscritas.
- **Unidad de análisis:** Mujer de 30 a 70 años residente en la comuna de San Pedro de la Paz, adscrita a un grupo comunitario.
- **Muestra:** La muestra de 7 participantes quedó conformada luego de la saturación de los datos. En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos (64). El muestreo fue por conveniencia, el cual fue realizado en los meses de abril y mayo del 2021.

La selección se llevó a cabo haciendo contacto con las encargadas de los grupos comunitarios de la Ilustre Municipalidad de San Pedro de la Paz, la jefa del Departamento de la Mujer y la Jefa de la Casa del Adulto Mayor, a quienes se dio a conocer el estudio y se solicitó la gestión para la autorización de cada participante para compartir su contacto telefónico con la investigadora responsable.

A consecuencia de la pandemia derivada de la enfermedad por coronavirus COVID – 19, se accedió a las participantes por vía telefónica, para exponer el estudio y aplicar los criterios de inclusión y de exclusión y se envió el consentimiento informado por vía correo electrónico como documento para lectura y descarga, se sumó además el enlace virtual del acta de consentimiento a través de Google forms transcrito textualmente.

Se les indicó que tomaran la decisión de participar posterior a la lectura del documento enviado por correo. Por otra parte, también se informó que aquellas participantes que no tuvieran destrezas informáticas y/o por la edad, se realizará dicha lectura y toma de decisión con la compañía o ayuda de familiar o persona de confianza.

La aceptación de participación se recibió favorablemente por medio del enunciado: “si acepto participar en esta investigación” a través del link del acta de consentimiento enviado. Seguidamente se activó el protocolo de resguardo de

información, que manifiesta que será preservado por 15 años los correos electrónicos.

La llamada de presentación y entrevista en profundidad fue realizada por plataforma Zoom y fue grabada a manera de audio y video. Toda la información se protegió bajo un protocolo de descarga a un disco duro único para su resguardo por 15 años.

5.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión se cumplían si las participantes:

- Residían en la comuna de San Pedro de la Paz.
- Habían tomado la decisión de participar voluntaria e informadamente.
- Poseían una edad entre 30 a 70 años.
- Las mujeres estaban adscritas a las distintas organizaciones comunitarias de la Municipalidad de San Pedro de la Paz.
- Poseían celular u otro dispositivo con cámara e internet.

Los criterios de exclusión se cumplían si:

- Las participantes que por su condición de salud de discapacidad psiquiátrica o cognitiva limitará la completa comprensión del estudio.
- Mujeres con antecedentes propios y/o familiares de cáncer de mama u otro tipo.

5.4 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información

Se llevó a cabo mediante la entrevista en profundidad. Los datos se recolectaron por medio de la telepresencia por plataforma Zoom, la técnica conversacional se reforzó utilizando anotaciones en una libreta de campo como complemento para los detalles de cada sesión.

El formato de la entrevista en profundidad fue guiado por preguntas norteadoras siguiendo un modelo de conversación utilizando términos entendibles y con sus propias palabras, manteniendo una conversación fluida y no una dinámica de pregunta respuesta.

5.5 Entrevista en profundidad

Con previa planificación y programación por ambas partes la recolección de datos se realizó por medio de un celular con cámara e internet, tratando en lo posible de mantener los ambientes naturales y cotidianos a pesar de no estar presencialmente. Se adecuó un ambiente de confianza en donde se logró un buen desenvolvimiento permitiendo observar cómo hablan, en qué creen, qué sienten, cómo piensan, cómo interactúan sin perder de vista las características propias de los entornos y contextos de realidad actual por la pandemia.

Se recalcó a cada participante que los datos obtenidos serían tratados de manera anónima, grabados a manera de audio y video para guardarlos mediante folios con identificación de códigos.

Antes de iniciar la recolección de datos se comunicó a cada participante que podía retirar su consentimiento o solicitar abandonar el estudio en cualquier momento sin importar el motivo, así también, se indicó que la investigadora podrá suspender temporal o permanentemente la participación de una entrevistada en el estudio por cualquier motivo que la vulnere o incomode. En efecto, en la segunda sesión de telepresencia dos participantes decidieron abandonar la investigación.

Aquellas participantes que no tenían destrezas informáticas, de accesibilidad a Zoom y/o personas mayores, estuvieron acompañadas por familiar de confianza (hijas) durante la entrevista para una fluida y tranquila recolección de información. En el transcurso de la recolección de datos, se establecieron diversas formas inclusivas y de preservar la autonomía para escuchar las visiones múltiples de las participantes, involucrándose en un rol más personal e interactivo a través de la sensibilidad, lo genuino y abierto, procurando minimizar tanto la influencia del familiar como de la investigadora sobre el ambiente, sus creencias, fundamentos o experiencias de vida asociadas al cáncer de mama. La duración de cada entrevista individual tuvo una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora.

La entrevista en profundidad estuvo guiada por las siguientes preguntas norteadoras: *¿Podría describir lo que es para usted salud? ¿Podría describir lo que usted percibe sobre el cáncer de mama, tanto para desarrollarlo como para evitar esta enfermedad?*

Como forma de otorgar mayor validez a los resultados, se utilizó triangulación a través de una nueva llamada telefónica a cada participante posterior a la

transcripción final de datos obtenidos, para el respectivo reconocimiento y aprobación de los resultados (discursos). Y por revisión y análisis externo por parte de profesor guía.

5.6 Procesamiento y análisis de los datos

El análisis y procesamiento de los discursos se realizó paralelo a la recolección de la información analizándolo por medio de Análisis de Contenido.

De acuerdo con el Análisis de Contenido sugerido por Laurence Bardin (65), se realizó la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de los mensajes recibidos por parte de las mujeres (percepciones).

A fin de otorgar sentido al análisis, este se realizó en función del planteamiento del problema y objetivos, de manera de comprender en profundidad, la información obtenida y el contexto que rodeaba a los datos.

La organización del Análisis de Contenido incluyó los siguientes momentos:

1. Organización: de acuerdo con el tipo de datos (grabaciones de audio y video, notas de campo).
2. Preparación: se transcribieron los datos verbales de los participantes, se digitalizó el mensaje (percepciones) lingüístico y no lingüístico, verbal y no verbal, gestos y sonidos. Las grabaciones fueron transcritas literalmente de manera anónima, así también se incluyeron en la transcripción las narraciones de la investigadora anotadas en la bitácora o libreta de campo. Se mantuvo doble espacio entre cada párrafo de transcripción con fecha y hora al inicio de cada transcripción.
3. Revisión: se realizó una lectura fluctuante (leer y releer) y se realizó una observación de manera panorámica de los datos que se transcribieron. Posteriormente se verificaron los datos realizando otra llamada de audio a cada participante para corroborar que las transcripciones realizadas fueron correctas.
4. Descubrir las unidades de significado: la información se analizó de acuerdo con párrafos, renglones y líneas, permitiendo una descripción precisa de las características pertinentes del contenido de acuerdo con la pregunta realizada, y que diera respuesta a los objetivos planteados.

La triangulación de datos se realizó en dos instancias: 1. a través de una llamada a cada participante en donde se confirmó que la información analizada y pesquisada fuera lo que realmente quisieron expresar. y 2. Por profesor guía.

6. Codificación de unidades y tratamiento de los resultados, la inferencia y la interpretación de los datos.

Asimismo, para el cumplimiento del objetivo de proponer estrategias de promoción de salud y de prevención de cáncer de mama, inicialmente se transitó en las percepciones ideológicas y/o afectivas que implican una posición o proyección valorativa - por parte de la mujer y se comparó con la literatura encontrada en el marco empírico. Por esta parte, para que las intervenciones derivadas del conocimiento generado por esta investigación se enraícen en los intereses y preocupaciones de la población y a partir de ahí permitan propiciar cambios, se tuvo una doble perspectiva para mirar e interpretar los hechos sociales y los factores que caracterizan los estados de salud de cada participante (65).

La perspectiva técnica acerca de aquellos protocolos otorgados por entidades de salud en el marco de la pandemia por COVID – 19, y de acuerdo con las situaciones de la predisposición individual de cada participante. Y la perspectiva que surge desde los grupos sociales basados en la percepción acerca de sus estados de salud, las representaciones y patrones culturales que ellas poseen, sus expectativas y vivencias sobre su salud – enfermedad, sus necesidades, demandas y prioridades. Todo ello contemplado desde un conocimiento co-creador real y no imaginario, basado en los acontecimientos conductuales de cada mujer permitiendo así legitimar las estrategias propuestas (65).

En Anexo N° 4 se incorpora Plan de Trabajo.

5.7 Criterios de calidad:

Con el fin de garantizar el rigor metodológico del estudio, la presente investigación siguió los criterios de calidad propuestos por Calderón (66):

1. **Credibilidad:** Se realizó análisis de cada entrevista individualmente, cotejando este análisis con el realizado profesor guía, con el objetivo de triangular los datos. Los resultados obtenidos fueron presentados a las

propias participantes con el objetivo de mostrarles los resultados obtenidos, de forma que reconocieran su descripción de percepción de salud, de los factores protectores, de prevención y de factores de riesgo del cáncer de mama.

2. **Transferibilidad:** Se cumplió mediante la recogida exhaustiva de datos y una descripción detallada del contexto, bajo una mirada colectiva y social, conservando la individualidad de cada participante y fenómeno. De igual modo, se ejecutó el método de selección de la muestra y la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión, con la finalidad de asegurar que el fenómeno de estudio pudiera ser captado en su esencia.
3. **Confirmabilidad y reflexividad** (neutralidad, objetividad): Todos los documentos digitales, como audios y videos de las entrevistas realizadas a las participantes, fueron plasmados textualmente en cada transcripción de las entrevistas. Se realizó un contraste de los resultados con la literatura existente, comparando y revisando hallazgos realizados por otros investigadores para lograr identificar semejanzas, limitaciones y alcances, además los resultados obtenidos fueron resguardados en un dispositivo de uso exclusivo para este fin. Por esta parte, los documentos escritos, como las notas de campo, se mantienen guardados en el domicilio de la investigadora. Este material se mantendrá disponible para una posible auditoría externa durante 15 años.
4. **Adecuación teórica – epistemológica:** El enfoque cualitativo, fenomenológico-hermenéutico, fue aplicado mediante entrevista en profundidad, permitiendo el análisis reflexivo a partir de la experiencia recogida-situada, permitió reconstruir con la participación de las mujeres, las temáticas centrales del estudio con vinculación y relación a categorías y subcategorías temáticas, de forma tal que permitiera responder a los objetivos planteados, dando cabida a una co- creación y adquisición de nuevo conocimiento.

5.8 Aspectos éticos involucrados:

Estos se cautelaron a través de la investigación, desde los Requisitos éticos de Ezequiel Emanuel (67) (68).

Las entrevistas se realizaron posterior a la explicación de lo que consistía el estudio y su participación, finalmente con su aprobación y decisión voluntaria de participación se procede a firmar el consentimiento informado el cual siguió lo dispuesto en la Ley 20.120 y 20.584 (69) (70).

Los datos personales y los discursos han tenido en todo momento un tratamiento confidencial y serán custodiados por la investigadora durante los próximos 15 años. El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité Ético - Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (Anexo N°1) y por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción (Anexo N° 2).

El Formulario de Consentimiento Informado 2da versión se adjunta como Anexo N° 3.

Con respecto a los principios éticos de Ezequiel Emanuel, se describen a continuación:

1. **Asociación colaborativa:** Serán presentados a la Dirección de las organizaciones del Departamento de la Mujer y Casa del Adulto Mayor de San Pedro de la Paz los resultados y el documento final. Además, al co-crear conocimiento en conjunto con la población femenina, se produjo una activa participación de su parte, por lo que se expondrá los resultados a las participantes a través de una reunión por plataforma virtual zoom, en virtud de la Reglamentación Sanitaria para prevenir contagio Covid-19.
2. **Valor:** Dos de los mayores factores de riesgo para el cáncer de mama se encuentran prácticamente fuera del control humano: ser mujer y envejecer, es por eso, que las mujeres de organizaciones de San Pedro de la Paz de entre 30 a 70 años fueron la población de estudio. Gracias a su participación y descripción de información con base a sus percepciones, se pretende visibilizar el nivel de conocimiento acerca de este cáncer y las prácticas de autocuidado que poseían. Por otra parte, permitió detectar herramientas y estrategias promotoras de salud para una oportuna y correcta toma de decisiones comportamentales para el control y prevención del desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias irreversibles.

3. **Validez Científica:** Se aplicó el método científico, un referencial filosófico, teórico y metodológico, la técnica de recolección de los datos, el método de análisis de los datos y el punto de saturación y se preservó el rigor metodológico cualitativo descrito por Calderón 2009 (74) (78).
4. **Selección equitativa de la muestra:** Se respetó lo especificado en el método de selección de la muestra, estableciendo criterios de inclusión y exclusión; lo que permitió abarcar a todas aquellas mujeres que proporcionaron la mayor riqueza de información posible para dar respuesta a los objetivos de la investigación.
5. **Proporción favorable de riesgo beneficio:** El objetivo de la investigación no suponía riesgo para la salud física de las participantes. En este sentido se dejó constancia que en caso de ser necesario por presentar alguna alteración psicoemocional a causa de posibles vivencias y experiencias o simplemente no desear continuar, constituiría una razón suficiente para suspender la entrevista, y en caso de presentar síntomas psicoemocionales se derivaría al Centro de Salud Familiar, para su atención, realizando una primera contención en el momento de la entrevista por parte de la investigadora. Se espera que los resultados permitan a corto plazo aplicar las estrategias promotoras de salud elaboradas para que mejoren su autocuidado y se conviertan de este modo en las principales promulgadoras de conocimiento entre sus familias y comunidades, y de forma conjunta disminuya la incidencia de este cáncer y permita la temprana detección de esta enfermedad.
6. **Evaluación independiente:** La investigación previamente fue sometida a la evaluación y aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción; por el Comité Ético - Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y posteriormente por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción. Esta investigación fue autofinanciada.
7. **Consentimiento Informado:** Se realizó a través de un proceso de información verbal de lo que consistía la investigación por medio de una llamada telefónica en donde se grabó la lectura al consentimiento

informado y la respectiva aceptación del mismo por parte de cada participante, y a través de un proceso escrito por medio de correo electrónico como documento adjunto para su descarga y link de consentimiento informado en Google Forms. En el Consentimiento Informado (Anexo N° 3), se expuso la finalidad del estudio, riesgos - beneficios y cómo sería su participación en el estudio, asimismo las dudas, confusiones e interrogantes que se presentaron antes y durante el proceso fueron aclaradas a cada participante. Posterior a su consentimiento se inició la recolección de los datos, conservando la autonomía de cada participante.

8. **Respeto a los sujetos inscritos:** La investigación se realizó respetando los derechos humanos, su autonomía y aceptación voluntaria de participación bajo carácter confidencial de las informaciones. Las participantes del estudio fueron libres de cambiar de opinión y retirarse en el momento que así lo consideran aun habiendo firmado el consentimiento informado, sin efectos de ninguna especie con respecto a su trato y atención en salud. Una vez concluido el estudio, se realizará la presentación de los resultados a las participantes.

6. RESULTADOS

Los resultados de este trabajo de investigación se obtuvieron tras el análisis de datos obtenidos en las entrevistas en profundidad. El análisis de la información y co-creación del conocimiento se trianguló en conjunto con la experta en análisis cualitativo. Posteriormente se procedió al desarrollo de resultados para dar respuesta a los objetivos propuestos, emergiendo 7 temáticas centrales.

Con el objetivo de mantener la confidencialidad de las participantes, se establecieron códigos, los cuales corresponden a: AB01, AB03, AB04, AB05, AB07, AB09, AB10.

De las temáticas centrales que emergieron, 4 dan respuesta a los objetivos planteados:

1. Percepción de salud.
2. Percepción de factores protectores.

3. Percepción de prácticas preventivas presentes.
4. Percepción de factores de riesgo del cáncer de mama.

Emergiendo otras 3 temáticas, también centrales, que se pesquisaron con base a los discursos de las mujeres:

1. Percepción del cáncer de mama.
2. Concepciones culturales sobre el cáncer de mama.
3. Factores de riesgo en las mujeres.

Cada una de estas 7 grandes temáticas, está compuesta por sub- temáticas como se visualiza en la siguiente tabla:

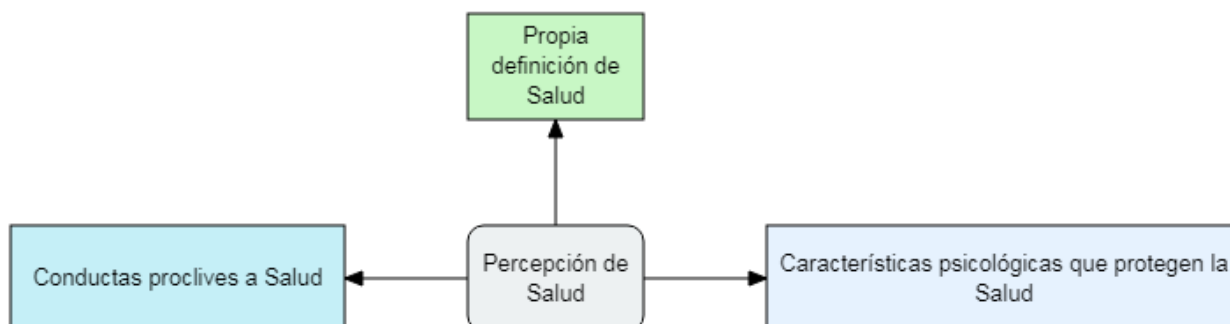
Tabla N°: 1 Temáticas y sub-temáticas emergentes del análisis de las entrevistas	
TEMÁTICAS CENTRALES	SUB -TEMÁTICAS
1ª. Percepción de Salud	<ol style="list-style-type: none"> a. Propia definición de salud b. Conductas proclives a salud c. Características psicológicas que protegen la salud
2ª. Percepción de Factores Protectores	<ol style="list-style-type: none"> a. Factor biomédico b. Factor conductual c. Factor asistencial d. Factor socioambiental
3ª. Percepción de Prácticas preventivas presentes	<ol style="list-style-type: none"> a. Individuales b. Fisiológicas
4ª. Percepción de factores de riesgo del cáncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> a. Factor de conducta b. Factor fisiológico c. Factor demográfico d. Factor sociocultural e. Factor hereditario f. Factor asistencial
5ª. Percepción del cáncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> a. Caracterización psicosocial del cáncer de mama por las mujeres
6ª. Concepciones culturales sobre el cáncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> a. Conocimientos que se adquirieron en el curso de vida b. Vivencias experimentadas durante los testeos de prevención

7ª. Factores de riesgo en las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> a. Factor de riesgo conductual b. Factor de riesgo asistencial c. Factor de riesgo fisiológico d. Competencias profesionales deficientes del personal de Salud
Fuente: Resultados del estudio Percepciones de riesgo y estrategias promotoras para el cáncer de mama, en mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz, 2022.	

A continuación, se describe cada una de las 7 grandes temáticas resultantes del estudio:

1ª. PERCEPCIÓN DE SALUD: En el Diagrama 1 se muestra esta 1ª Temática, la cual está constituida por tres sub-temáticas, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 1: Percepción de Salud como primera Temática surgida y sus tres sub-temáticas.



Fuente: Ídem a Tabla N° 1.

La Percepción de Salud está constituida por tres sub-temáticas:

a.- **Propia definición de salud:** En esta sub-temática las mujeres expresan sus propias definiciones de Salud, entre las cuales se puede mencionar: “Ausencia de enfermedad” (AB01); “Tener bienestar emocional y psicológico (por el bien individual y de los hijos)” (AB03, AB04); “Identificarse como individuo único y tener una atención plena de nuestro cuerpo”(…); “Identificar las capacidades funcionales propias y reconocer las características intrínsecas” (...); “Respetar las creencias de salud personales y tener una cultura en salud receptiva”(…); “Tener controles frecuentes por cambios fisiológicos que ocurren por la edad (controles de enfermería, matrona y médico para ECNT)” (...); “Tener estrategias de

afrontamiento frente a diagnósticos clínico crónicos personales y familiares (*TEA*, artritis, diabetes, HTA) (...); Ausencia de dolor (es indispensable para las personas mayores)” (...); “Tener ayuda profesional para cambio de hábitos y conductas para mejorar autoestima y autoconcepto (AB07); Tener conexión entre mente y cuerpo y reconocer alteraciones (el cuerpo avisa)” (AB01, AB05).

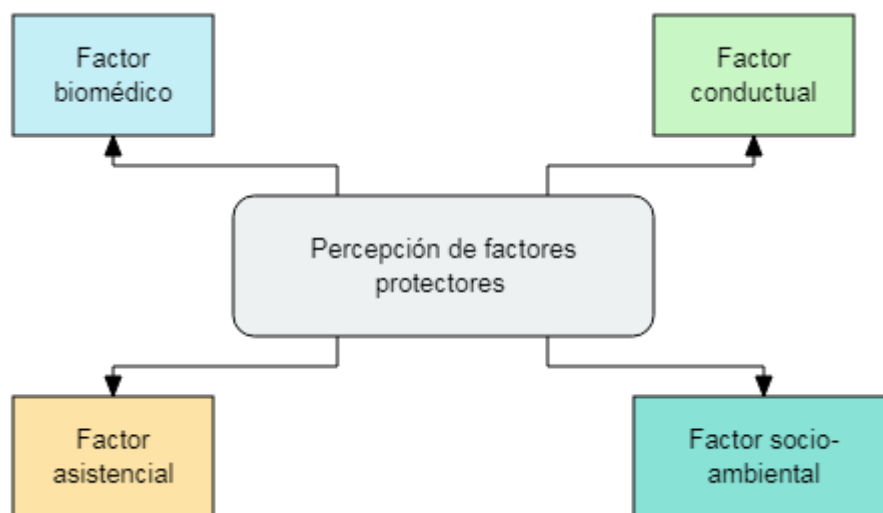
b. – **Conductas proclives a salud:** En esta sub temática, las mujeres identifican a la salud como un proceso, no como un estado invariable, o definitivo, sino como un proceso de adquisición sujeto a las estrategias de aprendizaje, entienden que sólo hacer algo una vez, aunque sea un comportamiento que parezca saludable no se traduce en salud instantánea, la salud no sería de generación espontánea, sino de una conducta continua en el tiempo. Así describen algunas conductas aplicadas en su cotidiano: “Realizar actividades de satisfacción y gozo (*contacto con la naturaleza, bailar, hacer huertos, manualidades*)” (AB01); “Mantener prácticas alimenticias saludables y de actividad física permanentes”(...);”Realizar terapias complementarias (*meditación*)” (AB01);”Tener hábitos educativos e informativos, evitar la infodemia y la automedicación” (AB07);” Aplicar la medicina tradicional (*cosmética natural, flores de bach*)”(AB01,AB05); “Tener asesoramiento profesional sobre la salud ginecológica de la mujer y realizar exámenes ginecológicos preventivos (*la salud es responsabilidad individual y social*)” (AB10); “Tener actividades de autocuidado y mantenerlas en el cotidiano (contagio de COVID -19)” (AB03,AB04).

c. – **Características psicológicas que protegen la salud:** Las mujeres participantes refieren dentro de esta sub-temática que, las enfermedades psicosomáticas o la somatización de las experiencias estresantes o traumáticas, sobre la condición biológica de las personas traen consecuencias a la salud. Es por eso que expresan en sus discursos que para mantener una “buena salud” se necesita: “Ser resolutivas frente a los problemas cotidianos de la vida diaria”(...); “Tener empoderamiento en el hogar y mantener una estabilidad emocional para evitar una sobrecarga emocional” (AB05); “Vivir con actitud positiva, ser resiliente y desarrollar una inteligencia emocional” (...); “Aplicar estrategias de afrontamiento

frente al estrés, disfrutando del presente y siendo optimistas para evitar la somatización” (...); “Mantener una espiritualidad no religiosa y religiosa” (AB03).

2ª. PERCEPCIÓN DE FACTORES PROTECTORES: Esta segunda temática que se muestra en el diagrama 2, está constituida por cuatro sub-temáticas, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 2: Percepción de Factores Protectores como segunda Temática surgida y sus cuatro sub-temáticas.



Fuente: Ídem a Tabla N° 1

a.- **Factor biomédico:** En esta sub-temática algunas participantes entienden que la medicina y los profesionales médicos “tratan” a una persona desde la enfermedad y promueven la salud después de la consulta médica por enfermedad. Consideran que la manera de proteger la salud ocurre cuando: “Se previene con tratamiento médico al tomar suplemento vitamínico” (AB03); “Tener asesoramiento por matrona sobre edades de realización de mamografía” (...); al “Obedecer las indicaciones médicas de los profesionales de la salud durante los controles” (AB03, AB04); al “Concientizar sobre el alumbramiento y la calidad de vida (a través de la esterilización y el desuso de Anticonceptivos)” (AB07); “Tener controles rutinarios para concientizar sobre la importancia de prevenir el cáncer de mama *“la enfermera*

podría como le dijera yo.... influir en algo también podría ser...llevar el caso explicar qué cosas faltan para que puedan prevenir el cáncer” (AB03, AB09).

b.- **Factor conductual:** En esta sub-temática las participantes más jóvenes consideran que un modelo de promoción dirigido a las fortalezas, para incrementar el nivel de bienestar, es de gran aporte a la hora de promover factores de protección. Ellas consideran que los estilos de vida son aquellos factores que se basan en decisiones individuales y personales sobre la práctica de hábitos saludables o nocivos. En este sentido, los factores protectores conductuales referidos son: “Adecuar y mantener conductas alimenticias saludables (*Alta ingesta de leche, verduras y legumbres y pescado, evitar consumir carne roja*)” (AB10); “Tener autoconocimiento sobre el cuerpo (*revisarse si existe la presencia de un “porotito” en la mama*)” (AB04); “Realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria” (AB03, AB09); “ Usar la medicina tradicional como complemento (*cosmética natural*)” (AB05); “Planificar rutina diaria, realizar actividad física e incorporar instrumentos eléctricos para rutinas de ejercicio en casa” (AB07); “Realizar autoexamen de mama” (AB01,AB04,AB10); “Siendo autovalente (*persona mayor*)” (AB03).

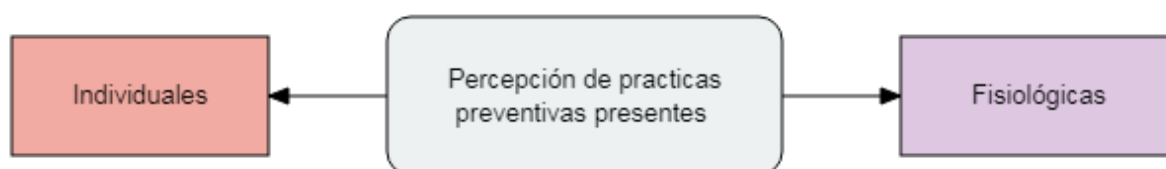
c.- **Factor asistencial:** Esta sub-temática emerge con la necesidad de representar lo que conocen las participantes acerca de la Atención Primaria de Salud (APS). Las participantes conocen que, en este nivel de atención, se resuelven las necesidades básicas y los problemas de salud más frecuentes por medio de estrategias de prevención, promoción y procedimientos terapéuticos, de recuperación y de rehabilitación no complejos. Es por eso, que consideran que la accesibilidad a este primer escalón se debe dar de manera que las usuarias puedan ser atendidas por profesional médico en el mismo día en que se acercan al consultorio. Manifiestan que para promocionar la salud y prevenir el cáncer de mama se debe: “Aumentar rangos de edad para la pesquisa con exámenes preventivos” (...); para “Tener bienestar físico” (..); y “Tener peso ideal” (...).

d.- **Factor socioambiental:** En esta sub-temática dicho factor al ser el reflejo del entorno social que afecta o beneficia al desarrollo del aprendizaje y el desarrollo del

contexto en el que se está inmerso, es considerado por las participantes como un factor inserto en la realidad sanitaria actual, ya que la pandemia de coronavirus (COVID-19) puso al descubierto la necesidad de desarrollar una estrategia global e integrada para proteger la salud humana. La exposición a la contaminación en espacios cerrados y en viviendas produjo la imposibilidad de establecer redes sociales y familiares como anteriormente ocurría, lo que para las personas de todas las edades produjo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos de salud mental y del desarrollo, así como el riesgo de muerte prematura, acentuando la vulnerabilidad de la población frente al COVID-19. Los conciben como protectores, tales: “Tener redes de apoyo familiares, estabilidad y unión familiar (hijas, pareja, esposo)” (AB03,AB09); “Ser resiliente” (...); “Estar empoderada sobre el rol de la mujer en el hogar y en el desarrollo de la familia y sociedad a pesar de estar en pandemia” (AB07); “Tener motivación familiar y personal para cambios en hábitos y prácticas saludables (AB05, AB07). “Revisar los anuncios que en Facebook sale o de pronto cuando leemos noticias de último momento” (AB07).

3ª. PERCEPCIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS PRESENTES: Esta tercera temática que se muestra en el diagrama 3, está constituida por dos sub-temáticas, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 3: Percepción de prácticas preventivas presentes como Tercera Temática surgida y sus sub-temáticas.



Fuente: Ídem a Tabla N° 1

a.- **Individuales:** En esta sub-temática las mujeres consideran que son sus propias prácticas las que podrán evitar la aparición del cáncer de mama, comprendiéndolas como una prevención primaria mediante el control de los agentes causales que

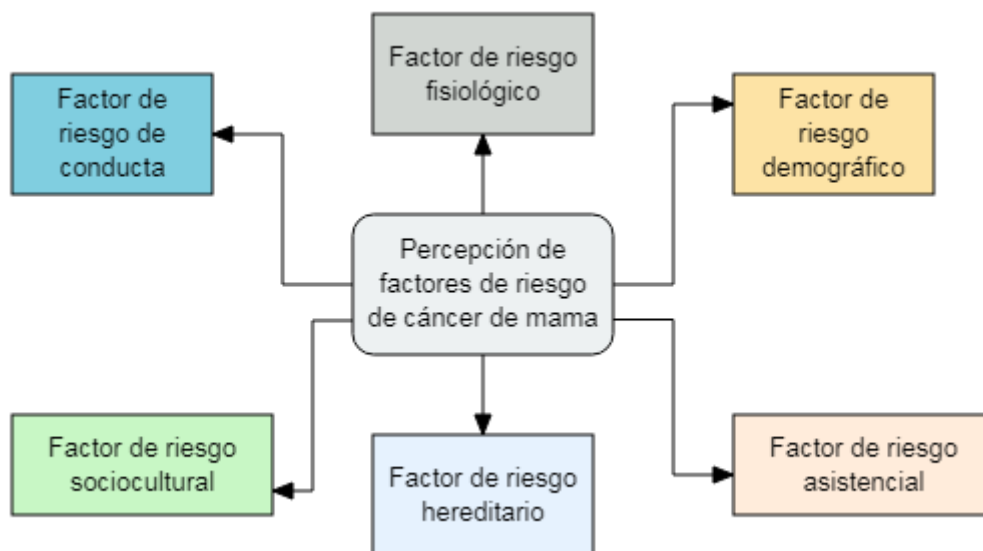
ellas consideran factores de riesgo. Como por ejemplo: “Autoeducación por medio de propias fuentes (internet)” (AB01, AB07); “Por medio de exploración diagnóstica temprana (autoexamen de mama)” (AB01, AB03, AB07, AB10); y “Realización de mamografías” (...).

Dentro de esta sub-temática es importante mencionar que las participantes durante las entrevistas recomendaron entre sus discursos realizar campañas de sensibilización adecuadas en los medios de información para disminuir la incidencia del de mama y controlar a la población vulnerable. “*Debería existir un sistema en el que las mujeres pudieran hacerse, así como lo hacen los autos, un chequeo o una revisión técnica una vez al año y que no se la puedan salvar, sino... no pueden circular*” (AB01).

b.- **Fisiológicas:** Sobre esta sub-temática se describen dos apartados que las participantes exponen durante sus relatos: “Lactancia materna prolongada” (AB07, AB01) y “menarquía en la edad adecuada”, siendo en este último que las participantes desconocen qué edad es la correcta, pero presumen podría ser “*tener la regla a tiempo*” (...).

4ª. PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA: Esta cuarta temática que se muestra en el diagrama 4, está constituida por seis sub-temáticas, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 4: Percepción de factores de riesgo del cáncer de mama como Cuarta Temática surgida y sus sub-temáticas.



Fuente: Ídem a Tabla N° 1

a.- **Factor de riesgo de conducta:** Dentro de esta subcategoría se describen a los factores de riesgo de tipo conductual que han manifestado las participantes en sus discursos y que están relacionados con acciones que creen no deberían realizar, expresando que mediante dichas elecciones de estilo de vida o de conducta, el riesgo de desarrollar cáncer de mama podría aumentar. De ello se describe lo siguiente: “Alimentación no saludable “ (AB07,AB06, AB10,AB03); “Automedicación” (AB05); “Estar desinformado y la falta de interés en conocer sobre el cáncer de mama (AB01); “Desinterés social sobre el cáncer de mama” (...); “Discontinuidad de atención y asesoramiento sobre la salud ginecológica de la mujer”(AB03,AB09); “Subestimar la importancia del asesoramiento en controles rutinarios”(…); “Sedentarismo por malas condiciones climáticas” (AB04); “No realizarse controles médicos”(…); “No realizar autoexamen de mama”(…); “Aplicación de antitranspirantes o desodorantes” (AB05); “Desmotivación para adquirir conductas saludables”(AB03); “Tomar anticonceptivos orales” (AB07).

b.- **Factor de riesgo fisiológico:** En esta sub-temática teniendo en cuenta que son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto, se describen aquellos factores de riesgo relacionados con el organismo o la fisiología de la mujer en combinación con factores genéticos y de estilos de vida o de hábitos y consumo preexistentes. Dentro de sus relatos, dichos factores se expresan como: “Presencia de síndrome climatérico sin asistencia de profesional médico” (...); “Ser obeso (*la*

grasa daña a todo el sistema)” (AB07); “Tener dolores crónicos en diferentes zonas del cuerpo” (AB03, AB09); “Tener hipogalactina y alimentación deficiente durante la lactancia materna” (...); “Antecedentes de nódulos benignos mamarios” (AB10).

c.- Factor de riesgo demográfico: En esta sub-temática se han agrupado aquellos factores cuyas características están relacionadas estadísticamente con la población en general y con los subgrupos de población, a quienes se otorga atención, así como percepciones de dimensiones y estructuras relacionadas con las políticas para la atención. Entienden que la Atención Primaria de Salud es para ellas la primera manera de poder tener atención, manifestando que, la pobreza por ejemplo, es un factor de riesgo: “La pobreza, ya que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados” (...); y “Limitados rangos de edad para realización de exámenes preventivos” (AB03, AB07, AB04).

Considerando los riesgos descritos anteriormente, para las participantes el sistema dual de salud nacional es un tema que les preocupa. Manifiestan que a pesar de pagar por una ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), muchas veces se “desconectan” de programas según su curso de vida y que se ven enfrentadas a los problemas usuales de los seguros individuales (selección de riesgos, cobertura de corto plazo, elevados gastos de administración y ventas, falta de transparencia de planes y beneficios). (AB01): “Déficit de protocolos de salud de la mujer en atención y controles por ISAPRES”. Evidenciando al mismo tiempo que las deficiencias del sistema público se concentran en los problemas de atención a los usuarios típicos de los esquemas de organización y financiados sobre la base de la oferta. (AB04), (AB05), (AB07), (AB10): “La falta de continuidad de atención ginecológica en APS por prioridad COVID”.

Por lo que consideran las participantes que la conjunción de ambos sistemas separa a la población en grupos segmentados según las variables socioeconómicas y de riesgo de salud, haciendo de este modo difícil la adherencia a una frecuente atención preventiva.

d.- Factor de riesgo sociocultural Dentro de esta sub temática, para las mujeres, los factores de riesgo de tipo sociocultural abarcan un amplio abanico de temas,

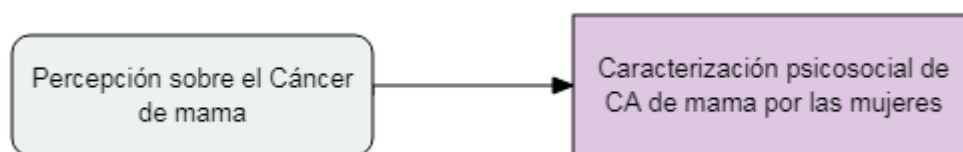
entre ellos aquellos factores culturales por el hecho de ser mujer y por factores sociales y sanitarios actualmente vividos por pandemia. Por lo que manifiestan que: “La falta de tiempo para realizar actividades saludables por sobrecarga en el hogar y rol de madre (*la muerte es lo único que llega si no hay tiempo para uno mismo*)” (AB05); “Tabú sobre la salud ginecológica anteriormente por sus padres” (AB03); “Tener traumatismos en la mama y no controlar médicamente el trauma producido en la mama” (...); y por la “Influencia de la pandemia y encierro bajó la vigencia del autocuidado” (...).

e.- Factor de riesgo hereditario: Las participantes expresan que el cáncer de mama está determinado genéticamente por los rasgos heredados de padres a hijos o algún otro familiar. La mayoría de las participantes consideran también, que el cáncer de mama está directamente influido por los genes y no en su mayoría por el ambiente o por algún factor que se puede modificar. Perciben que: “*En realidad yo pienso que el cáncer no tiene que ver una cosa con la otra... ¿podría ser hereditario como se le dice? Ahí no sé en realidad en cuanto a la salud*” (AB04); “*Pero más que nada esto viene de genética por lo que yo sé o herencia, hereditario de otros familiares, si la mamá tiene al final la hija también lo tiene entonces igual así ha sucedido pero, yo por lo menos de cercanos de cáncer de mama no tengo*” (AB07).

f.- Factor asistencial: Las participantes expresan en sus discursos una definición de regular calidad de los servicios de salud y reconocen también lo difícil que ha sido actualmente mejorar, ya que principalmente la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional y necesidad que posean. Ejemplo: Una participante que debe pagar por una atención hace alusión a las ISAPRES: “Déficit de protocolos de salud de la mujer en atención y controles por ISAPRES” (AB07), y otra participante que no debe pagar por una atención expresa que: “La mamografía produce cáncer de mama” (AB04). Se encuentran también reflexiones acerca de: “La falta de medicamentos y profesionales especializados necesarios para una atención” (...), “La baja calidad de medicamentos en el sector público” (...); y “La falta de continuidad de atención ginecológica en APS por prioridad COVID” (...).

5ª. PERCEPCIÓN SOBRE EL CÁNCER DE MAMA: Esta quinta temática que se muestra en el diagrama 5, está constituida por una sub-temática, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 5: Percepción sobre el cáncer de mama como Quinta Temática surgida y su sub-temática.

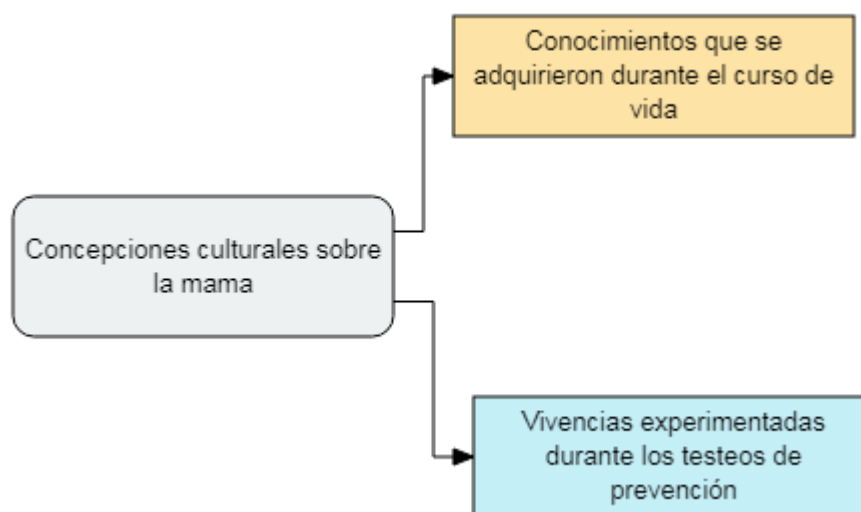


Fuente: Ídem a Tabla N° 1

a.- Caracterización psicosocial del cáncer de mama por las mujeres: Frente a esta sub-temática, posterior a la pregunta: *¿Podría describir lo que usted percibe sobre el cáncer de mama, tanto para desarrollarlo como para evitar esta enfermedad?*, se hicieron evidentes los sentimientos de tristeza, temor, angustia e incertidumbre al futuro y estados de ambivalencia emocional. En otras palabras, sus respuestas fueron: “Cáncer rápido en su evolución y asintomático”(…), “Es un cáncer letal” (...); “Mastectomía (*cuando sobrevives a ese cáncer terminas con los senos amputados*)” (AB03); “Es un cáncer metastásico”; “CA de mama igual a otro tipo de cáncer”; “*por lo que he visto un poco así en propagandas pero no lo sé*”, “*no sé cómo llega al órgano, no sé si es por un tema sexual que pueda llegar o la verdad que no se lo desconozco*”, “*Si alguien de la familia no ha tenido cáncer, no hay riesgo de CA de mama*” (AB04), “Se visita médico cuando hay dolor y cuando se produce una bolita en el pecho” (AB09); “La aparición de un “*porotito*” alerta sobre el CA de mama” (AB01); “Diagnóstico que coloca en una posición muy difícil” (AB05); “Con una detección temprana es menor el tratamiento de quimioterapia y no hay complicaciones” (AB07); “Cáncer silencioso y complicado”(…); “Constante incertidumbre sobre el desarrollo de CA y temor a la probabilidad de desarrollar CA de mama en el futuro” (AB10), “Perversa enfermedad”(…); “El tratamiento funciona solo si el diagnóstico es reciente frente al desarrollo del CA”(AB04).

6ª. CONCEPCIONES CULTURALES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA: Esta sexta temática que se muestra en el diagrama 6, está constituida por dos sub-temáticas, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 6: Concepciones culturales sobre el cáncer de mama como Sexta Temática surgida y sus sub-temáticas.



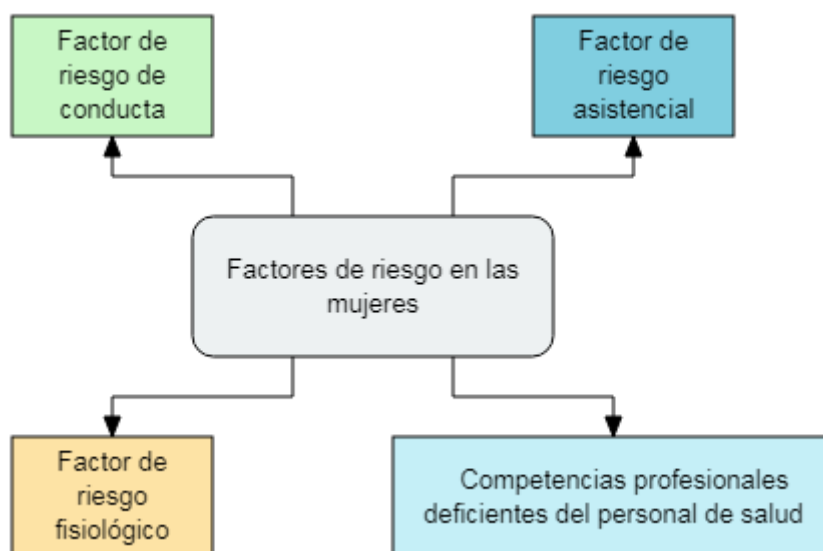
Fuente: Ídem a Tabla N° 1

a.- **Conocimientos que se adquirieron durante el curso de vida:** Dentro de esta sub-temática, las mujeres recordaron su desarrollo humano y los resultados en salud que poseen actualmente, ya que rememoraron los momentos del continuo de su vida y reconocieron que su pensamiento actual fue resultado de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, ya sea de sus experiencias acumulativas y de situaciones presentes influenciadas por el contexto familiar. De modo que de acuerdo con los discursos se pudo obtener datos como: "La mama no debe tocarse" (AB03); "Es la identidad femenina (*sin esa parte que es tan importante yo me imagino que debe ser una situación tremendamente dolorosa para toda mujer, debe ser doloroso no tener, es como tener una mutilación, debe ser psicológicamente muy fuerte*)" (AB01); "Tabú sobre desarrollo sexual y reproductivo de la mujer (*nunca me enseñaron también sobre mi cuerpo, mi mama*)" (AB09).

b.- **Vivencias experimentadas durante los testeos de prevención:** En esta sub-temática, al ser una vivencia un suceso, un hecho o situación que experimentó una mujer en un momento lleno de incertidumbre y/o temor, la mamografía según la mayoría de las mujeres participantes, se convirtió en una experiencia de miedo, ansiedad y apatía: Dicha percepción la describen como: “La pechuga se aplasta y la mamografía es invasiva para algo tan íntimo” (AB01); “Sensación de terror que aprieten la pechuga” (AB09).

7ª. FACTORES DE RIESGO RECONOCIDOS EN LAS MUJERES: Esta séptima y última temática que se muestra en el diagrama 7, está constituida por cuatro sub-temáticas, según los discursos de las mujeres entrevistadas:

Diagrama 7: Factores de riesgo reconocidos en las mujeres como Séptima Temática surgida y sus sub-temáticas.



Fuente: Ídem a Tabla N° 1

a. **Factor de riesgo de conducta:** En esta sub-temática posterior a la transcripción de datos, se pesquisa en las mujeres entrevistadas, los siguientes factores de riesgo: “Ausencia de conductas de autoexploración frecuentes y desconocimiento sobre aplicación de práctica correcta del autoexamen de

mama” (...); “Inseguridad de toma de decisiones sobre su salud por desconocimiento en controles médicos (*la ignorancia es la peor consejera*)” (...); “Sensación de miedo a la realización de mamografías” (AB01, AB09); “Desconocimiento sobre la etiopatogenia del CA de mama” (...); “Inconformidad con la realización de mamografía como examen de pesquisa única de imagen” (...); “Falta de adherencia y persistencia terapéutica en ECNT “ (...); Rechazo a un diagnóstico crónico (..); “Sedentarismo” (AB10, AB03, AB09, AB01); “Desmotivación personal” (AB03); “Antecedentes de hospitalizaciones por síndrome climatérico” (AB03); “Ausencia de controles para su salud ginecológica” (AB03); “Deficiente asesoramiento y empoderamiento de la mujer sobre su salud ginecológica (AB03, AB05, AB09,AB10); “Autoexamen de mama ocasionalmente (*cáncer mamario con una mirada desde afuera*) (...); “Actividades y prácticas deficientes de detección temprana y disposición para mejorar en sus actividades y prácticas (*pero no ha dado el tiempo como se dice para verme la mama siempre siempre*)” (AB04); “Rechazo a la atención por profesionales de salud mental (*la psiquiatra en una oportunidad me preguntó, me dijo si piensa que necesita ayuda o si nosotros podemos tenerla aquí también a usted y todo, y yo le dije que no porque yo tengo otras vías de escape*)” (AB05); “Falta de continuidad en la atención preventiva ginecológica de la mujer (*la última vez fui a matrona me derivaron hacer una mamografía pero la hora no llegó*)” (AB05); “Pensar que mujeres jóvenes no deben realizarse mamografías a pesar de riesgos”(AB07); “Polifarmacia” AB03); “Ausencia de controles prenatales y ginecológicos durante los embarazos (múltipara, G:5 P:5 A:0) (AB03).

- b. **Factor de riesgo asistencial:** Aunque el concepto actual de APS en Chile se encuentra más reflejado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria establecido por el Ministerio de Salud, se ha visto actualmente por el panorama sanitario, que este marco aporta una disminuida referencia útil para desarrollar, planificar, administrar, monitorear y evaluar la salud de la mujer, ya que se ha venido dando prioridad por la pandemia de COVID-19, y a pesar de restablecerse algunas de las atenciones, aún se mantienen atenciones rezagadas en la mujer. Por tal motivo, es necesario mencionar lo que las

participantes perciben respecto del tema: “Déficit de cartera de servicios preventivos de salud ginecológica en APS frena las mejoras asistenciales y el empoderamiento de la mujer sobre su salud” (...).

- c. **Factor de riesgo fisiológico:** Anteriormente ya se había destacado una subtemática semejante con lo fisiológico, de igual forma, dentro de esta subtemática de factores de riesgo pesquisados también es necesario mencionar a aquellos factores que están relacionados con el organismo o la biología de la mujer y con la combinación de factores genéticos, de estilos de vida o de hábitos y consumo, por lo que se destaca a continuación el siguiente discurso: “Negación de relación entre antecedentes ginecológicos experimentados y CA de mama” (ese porotito, pero fue bueno y ahora no he visto medico de nuevo) (AB10); Nuliparidad (AB10).
- d. **Competencias profesionales deficientes del personal de salud:** Cada profesional para lograr una educación y promoción en salud que contribuya a la salud universal y finalmente prevenir el cáncer de mama, debe aplicar las competencias esenciales de su rol profesional. Los conocimientos, las habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud permiten compartir y co-crear conocimiento con y para la comunidad y, de ese modo, lograr otorgar una atención integral de salud de manera efectiva y eficiente. Sin embargo, mediante vivencias experimentadas por cada mujer participante en un tiempo determinado, permiten expresar sentires que denotan un riesgo que dificulta que efectivamente se cumpla la promoción de la salud y prevención del cáncer de mama. Por ende a continuación se describen percepciones pesquisadas en los discursos: “Ausencia de información sobre resultados post exámenes preventivos” (...); “Deficiente educación de estrategias preventivas y difusión abstracta sobre el CA de mama” (...); “Ausencia de humanización en la práctica preventiva y baja empatía entre profesional y usuaria durante la mamografía” (AB01,AB10); “Baja dimensión educativa en APS sobre prevención de CA de mama” (...); “Necesidad de educación por profesionales de la salud sobre la transición fisiológica en la vida de la mujer” (AB01,AB04, AB05); “Débiles competencias de educación otorgados por profesionales de la

salud acerca de exámenes para la salud de la mujer” (...); “Pandemia y labilidad de la salud mental de la mujer y su familia (*solo atienden lo que uno está enfermo pero no se pregunta cuál es el trasfondo, que hace que ocurra y así no debe de ser*)” (AB05).

7. DISCUSIÓN

Luego del análisis de los relatos de cada mujer, como fue descrito anteriormente, emergieron siete temáticas con sus respectivas sub-temáticas. Consecuentemente como se presenta en cada sub temática, se constata un déficit en cuanto al conocimiento general de salud, así también denota el limitado conocimiento y percepción de riesgo que se tiene sobre el cáncer de mamá.

Expuestos los resultados, se hace necesario ratificar que, mediante la aplicación cualitativa de la investigación, se pudo comprender la forma en que las participantes perciben la realidad y la manera en que actúan día a día para incidir en el cambio de una situación mediante la reflexión. Martin Heidegger, a través de la fenomenología hermenéutica (41), no pretende la comprobación de teorías en la realidad, sino más bien, explorar y comprender fenómenos desde una perspectiva contrastante a la que generalmente se cuantifica.

Los resultados muestran que las mujeres poseen sus propias definiciones de Salud, implicando que han analizado este concepto en relación con su influencia en su vida; identificando también factores de riesgo para el cáncer de mama como “no tener la menstruación a la edad adecuada” sin embargo, el conocimiento es incierto sobre cuál es esa edad adecuada. Esta falta de conocimiento en profundidad coincidiría, filosóficamente hablando, con lo que señala Heidegger, el vivir una existencia inauténtica o “Das man” (44), en donde la persona inauténtica se entrega al mundo del Das-Man, al mundo “se dice” y no al *Dasein*, que es la forma de ser que es consciente, que enfrenta los problemas, en este caso, la posibilidad cierta de tener cáncer de mama y morir por esa causa. Depende así de cómo el *Dasein* vea los riesgos, la enfermedad y la muerte y cómo lo afronte, para tener una vida inauténtica o una vida auténtica.

Por esta parte, se puede señalar que algunos conceptos vertidos como “la edad adecuada de la menstruación”, “Lactancia materna prolongada”, “Adecuar y mantener conductas alimenticias saludables (*Alta ingesta de leche, verduras y legumbres y pescado, evitar consumir carne roja*)”, “Ser obeso”, si tienen asidero en estudios al respecto. El estudio denominado “Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica” (72) sostiene que la menarquia precoz, seguida del no ofrecimiento u ofrecimiento menor de cuatro meses de lactancia materna, se consideran factores de riesgo endocrino-reproductivos que con más frecuencia se reportaron en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

Así también, se demostró por medio de la investigación: “Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas (73)”, que a mayor tiempo de lactancia materna exclusiva se redujo el riesgo de desarrollar cáncer mamario.

Por otro lado, se evidencia que las percepciones de riesgo de cáncer de mama son bajas, al igual que en el estudio donde se verificaba la respuesta “no se” (57), la cual se daba en las mujeres con menos educación, ingresos más bajos y por estar aseguradas con seguros públicos, mientras que para las mujeres que percibieron con precisión su riesgo de cáncer de mama, tenían educación superior, conocimientos sobre el cáncer de mama y antecedentes familiares de cáncer de mama. En el recorrido de este estudio, sucede algo similar, destacando sentimientos de tristeza, temor, angustia e incertidumbre al futuro y estados de ambivalencia emocional, lo cual sorprende, al ser mujeres que no tenían diagnóstico de cáncer de mama, dando a entender que la socialización respecto de este cáncer produce efectos emocionales en las mujeres. A la vez, respecto a lo asistencial, las participantes insertan implícitamente en sus discursos una definición de regular calidad de los servicios de salud y reconocen también lo difícil que ha sido actualmente mejorar por pandemia, ya que principalmente la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, ya que depende directamente de intereses, situación económica, costumbres, nivel educacional y necesidad que poseen.

Otro estudio realizado en Colombia, pone de manifiesto que el cáncer es una enfermedad que se puede prevenir y, que se puede ayudar con factores modificables. Menciona, que son las hijas de quienes vivieron el proceso de la enfermedad o sus mismas familias, los que ven reflejado su padecer en el presente propio por lo que sus conductas de autocuidado mejoran (74). Dichas percepciones fueron obtenidas de mujeres que padecen o fueron diagnosticadas de cáncer de mama sin embargo, lo que podría ser decidor frente a este estudio realizado en mujeres sin antecedentes familiares ni personales de cáncer de mama, es que ya sea por el seguimiento continuo –como mayor información desde la atención primaria en salud– o a través de pruebas clínicas continuas desde la base genética para confirmar la presencia de dichos genes, la información se acerca más certeramente para una mejor percepción sobre este cáncer, puesto que la mayor vinculación con personal de salud durante su tratamientos mejoraron sus conocimientos sobre la enfermedad y en su defecto, mejoró las prácticas saludables posterior al tratamiento otorgado.

Los resultados revelaron temáticas de: percepción de salud, percepción de factores protectores, prácticas preventivas aplicadas, percepción sobre cáncer de mama y concepciones culturales sobre el cáncer de mama. Estos datos aportan información que, en investigaciones analizadas dentro del marco empírico y búsquedas posteriores para contrastar información, no se vislumbraron, ya que se analizaron varios estudios con una mirada de promoción de salud en población sin presencia del cáncer de mama a nivel internacional y nacional, obteniendo a nivel nacional investigaciones exiguas con objetivo similar.

Con respecto a dichos resultados, la mayoría de los estudios remarcaron el desconocimiento de factores de riesgo modificables de cáncer de mama y la necesidad de poner en práctica las políticas y estrategias de promoción de salud establecidas en cada país para la prevención del cáncer de mama, bajo acciones centradas en medidas que estén establecidas en grupos de riesgo determinados, haciendo de este modo una promoción integral con base a contextos y percepciones culturales de salud.

Un dato importante que revela este estudio fue el tipo de muestra. Al ser mujeres sin antecedentes de cáncer personal ni familiar, su capacidad y percepción de autocuidado estuvieron basadas en lo que conocían según sus conocimientos, sus vivencias extrafamiliares, prácticas aplicadas y su contexto. Es por eso que se destacan los datos nuevos encontrados con respecto a estudios semejantes anteriormente analizados.

En cuanto a la percepción de salud, sus percepciones estuvieron influenciadas por un complejo conjunto de factores y sensaciones de “bienestar” que experimentaba cada mujer según sus condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas. No es de extrañar que a medida que aumenta la edad, más baja sea la percepción de salud y de gozar de buena salud. Por otra parte, a dicha percepción estuvieron ligados los factores protectores que las mujeres entendían que protegen su salud de las enfermedades. Dentro de esta percepción refirieron mayoritariamente que “alimentarse bien” reducía la probabilidad de tener consecuencias negativas, pero sin profundizar mayormente en esos elementos protectores.

En cuanto a las prácticas preventivas presentes en cada mujer, se pudo pesquisar minoría de prácticas individuales, ya que aquellas actividades realizadas se basaron en autoexamen de mama que muy ocasionalmente se llevaba a cabo, realización de mamografías por algunas mujeres y actividad física ejecutada por la minoría. Por esta parte, entendiendo que dichas prácticas se pesquizaron según sus relatos, la probabilidad de reducir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas es baja, por tanto, es ahí la importancia de las estrategias a proponer para lograr que estos factores cumplan una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo.

En cuanto al cáncer de mama, se pudo notar que, para las mujeres, es una enfermedad de alto riesgo, tanto económico como social desde la visión de salud pública y, en el ámbito personal genera en las mujeres sentimientos de angustia y miedo los cuales conllevan a dudas por su futuro y temor a desarrollar cáncer. Esta percepción fue interesante descubrirla, al ser construcciones socio-cognitivas propias del pensamiento ingenuo o del sentido común que construyeron durante su trayecto de vida, forjadas por sus familias, sus creencias y contextos en los que se

criaron. También se incluye el conjunto de informaciones, opiniones y actitudes buscadas o encontradas por medio de publicidades en el cotidiano vivir.

Es por eso que resulta importante proponer estrategias de intervenciones educativas centradas en mejorar el conocimiento y las percepciones sobre el cáncer de mama e iniciar con grupos de riesgo determinados, para de este modo empoderar a desempeñar un papel activo en su salud preventiva y tomar decisiones informadas basadas en su nivel individual de riesgo, con la participación activa para la construcción de estrategias promotoras de salud, sin privilegios dado que se mantenían percepciones de riesgo inexactas en mujeres que se consideraban vulnerables a las disparidades de salud.

"Por falta de conocimiento, nuestra gente perecerá" (61) describe un estudio que a través del uso de la metodología de grupos focales, exploró las percepciones de las comunidades afroamericanas sobre el cáncer de mama y el medio ambiente. Reflejaron los resultados, que la cultura puede influir en las percepciones sobre el riesgo de cáncer de mama, ya que las percepciones de las comunidades sobre el cáncer pueden guiar la educación culturalmente apropiada. Se propusieron estrategias de comunicación recomendadas por los participantes, las cuales se centraron en formas de construir materiales sobre el cáncer de mama y presentar información relacionada con la enfermedad y la falta de referencia a los factores de riesgo ambientales. En cuanto a la información que querían recibir, prefirieron información física (tangible) sobre el cáncer de mama que fuera específica de la raza y que contuviera gráficos y un lenguaje sencillo sin jerga técnica. Por ejemplo, los participantes dijeron: "Me gustaría algo que pueda mirar", "Algo a lo que pueda regresar y hacer referencia" y "Quiero un folleto, un folleto o algo". Un participante del grupo de enfoque sugirió un "artículo de plástico duro o laminado, algo que pueda poner en el refrigerador o en su baño o algo así" (61).

Por esa razón la propuesta de estrategias se considera debe iniciarse desde lo individual para llegar a lo grupal.

En cuanto a lo individual, la proposición de calendarizar los días específicos para realizar el autoexamen de mama permitirá conocer el estado de sus mamas de manera frecuente, lo que contribuirá a comprender cuáles son la apariencia y la

palpación normales de las mamas. Si se nota un cambio en las mamas que parece anormal, o si nota que una mama es diferente en comparación con la otra, en cada atención por enfermera cada cuatro meses (o antes según necesidad) se realizará una primera evaluación para según la pertinencia sea derivada a un centro de mayor resolutiveidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio y la detección precoz.

Dentro de la estrategia grupal, se realizaría una educación en salud y talleres con enfoque formativo e interactivo sobre el cáncer de mama y su detección temprana, para procurar concientizar a la población femenina sobre este importante tema de salud, de tal forma que educando y capacitando a la población en riesgo sobre la importancia de la detección temprana y cómo ésta mejora la sobrevida del paciente, fortalecerá a la salud mental, emocional y, de hábitos y conductas.

8. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como propósito conocer las formas de fomentar la salud, la percepción de riesgo y de prevención hacia el cáncer de mama para proponer estrategias de promoción y de prevención hacia este cáncer. Para lo cual se entrevistó a 7 mujeres adscritas a grupos comunitarios de la comuna de San Pedro de la Paz.

Con respecto a los objetivos específicos planteados: es posible señalar lo siguiente: Las mujeres participantes implícitamente consideran que la concepción y desarrollo de la salud es a través del curso de la vida, ya que los cimientos para la salud parten desde las familias y de cómo las madres contribuyen en las prácticas de autocuidado con base a conocimientos.

También se constata que estos conocimientos no están presentes en profundidad en la mayoría de las mujeres, porque no saben cómo adquirirlos, ya que en su curso de la vida no lo tuvieron, por lo que debería ser el profesional de salud quien desarrolle una instancia para fomentar salud y en este caso prevenir que el cáncer de mama se desarrolle. Sin embargo, de acuerdo con sus relatos mantienen que, en los centros de atención, sea esta primaria o por ISAPRES, la educación, consejería y asesoramiento no está presente, aluden a esto que los tiempos para una atención son limitados o que los cupos para horas están siempre copados. Es por eso, que la propuesta de estrategias contempla crear en dicha organización un primer pilar en donde se fomente la salud, para crear la relación entre profesional de salud y la confianza de sentirse monitorizada frecuentemente a pesar de estar en pandemia. Al mencionar este último punto de pandemia, es necesario destacar también, que la mayoría de las participantes se sintieron excluidas de la atención cuando les correspondía sus controles ya que existía prioridad por COVID-19, por lo que a la fecha han dejado de ser adherentes a un control de salud.

Se reconoce como urgente la necesidad de poner en marcha todas las estrategias posibles para prevenir esta enfermedad y favorecer su diagnóstico precoz. Teniendo algunos elementos en contra, ya que esta instado en ellas el miedo, la tristeza, a incertidumbre frente al cáncer de mama. Resulta fundamental el rol de la

enfermera dentro de la promoción y la prevención, para poder sobreponer a las mujeres a esos sentimientos y empoderarlas, capacitándolas, así como a sus familias y comunidades sobre sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado.

Promover el trabajo en equipo y colaborativo a través de organizaciones femeninas contribuiría a los planes en ejecución por el gobierno y además el rol humanizador e integral de las y los enfermeras/os se transparentaría dando tiempos de calidad y adecuados durante la atención preventiva.

De acuerdo con las temáticas y sub temáticas desarrolladas con base a los datos obtenidos en cada entrevista, y en cumplimiento del objetivo 4 se proponen estrategias de promoción de salud y de prevención de cáncer de mama, para poblaciones específicas de mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.

Los discursos de las mujeres orientan al mejoramiento de entornos saludables, considerados como los escenarios comunitarios o locales, donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, y mejorar la calidad de vida y estado de salud, fortaleciendo la capacidad de las personas a través de una educación en salud. Asimismo, la prevención del cáncer de mama o su detección temprana está enlazada a la modificación de hábitos o conductas que contribuyen a estar saludable. Incentivar la actividad física, promover una alimentación saludable y educar permanentemente en salud se convierte en los mejores aliados para lograr una incidencia menor de este cáncer.

A continuación, se proponen las siguientes estrategias individuales y grupales para las poblaciones específicas de mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.

INDIVIDUALES:

- Calendarizar los días específicos para realizar el autoexamen de mama: Se entregará un calendario educativo de carterita, en donde se describirán los pasos para realizar el correcto autoexamen de mama, los días sugeridos

para una mejor pesquisa y fechas calendario de todos los días del año calendario.

- Una atención por enfermera cada cuatro meses: durante la atención se realizaría la toma de medidas antropométricas, toma de signos vitales y educación sobre riesgos encontrados, derivaciones si corresponde, resolución de dudas, control de calendario y consejerías sobre salud.

También se realizaría el EMP (examen de medicina preventiva) ó EMPA (Examen de medicina preventiva del Adulto Mayor), cada año, en caso de presentar alteración se derivará a consultorio donde se encuentre inscrita. Del mismo modo, se culminará la atención con una educación sobre riesgos encontrados, derivaciones si corresponde y consejerías sobre salud.

GRUPALES:

Dentro de la estrategia grupal, se realizaría una educación en salud y talleres para fortalecer la salud mental y emocional y, de hábitos y conductas. Para lo cual, su organización se realizaría bajo el cumplimiento de ciertos parámetros de:

- Infraestructura: respetando aforos, protocolos sanitarios y consentimiento de asistencia presencial a cada organización, siempre y cuando la comuna se encuentre habilitada de acuerdo con el Plan Paso a Paso.
- De salud: Se solicitará presentar el pase de movilidad vigente y no presentar síntomas respiratorios.
- De tiempo: Cada dos meses, según fecha concretada y con una duración de 90 minutos.
- De materiales: Para cada educación se entregará previamente el contenido que se abordará durante el año. En cada educación se entregaría material de apoyo y para cada taller se solicitará equipo de signos vitales a la organización, o se creará convenios para adquirirlos, y otros insumos serán solicitados por cada participante para prevenir el contagio por COVID - 19, ejemplo: mascarilla, toalla.

9. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Se reconoce como limitación en el desarrollo de la presente investigación, el contexto nacional e internacional de salud por COVID- 19, ya que dificultó el encuentro presencial con las participantes. Es por tal motivo que se innovó con la virtualidad a través de la utilización de la tecnología, por esta parte las participantes de edad adulta mayor tuvieron todo un reto para aprender y tener una conexión exitosa. Finalmente, con ayuda de sus redes familiares y por medio de una guía telefónica para su conexión se pudo cumplir con el objetivo.

Se sugiere investigar en grupos de mujeres adherentes a controles preventivos y posteriores al término de la declarada pandemia, con el objetivo de establecer sus percepciones, pero en un contexto diferente.

En este estudio llama la atención la falta de empoderamiento por la mujer, sobre todo en las que desarrollan actividades cotidianas en casa y que no poseen un trabajo, ya que implica que no participen plenamente en actividades salutogénicas ni sociales que promuevan salud.

Se necesitan más estudios que profundicen en la concepción sobre la necesidad de cada grupo de riesgo para la planificación de políticas públicas y estrategias específicas para disminuir la incidencia de cáncer de mama.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama, Prevención y Control [Internet]. Gco.iarc.fr. 2018 [cited 19 February 2022]. Available from <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
2. Instituto Nacional del Cáncer. Prevención del cáncer de seno (mama) (PDQ®)–Versión para pacientes [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. 2019 [cited 12 October 2019]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [cited 19 February 2022]. Available from: https://gco.iarc.fr/today_
4. International Agency for Research on Cancer. Cancer today [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 19 February 2022]. Available from <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?projection=globe>
5. McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(6):1159-69. PubMed PMID [cited 19 February 2022]. Available from [doi:10.1158/1055-9965.EPI-06-0034](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-06-0034)
6. Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. Plan Nacional de Cáncer 2018 - 2028 [Internet]. Minsal.cl. 2018 [cited 9 October 2019]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf
7. Halfon N, Hochstein M. Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *Milbank Quarterly* [Internet]. 2002 [cited 12 January 2020];80(3):433-479. Available from: <http://10.1111/1468-0009.00019>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cancer tomorrow [Internet]. Gco.iarc.fr. 2018 [cited 17 February 2022]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-bar?type=0&population=900&mode=population&sex=2&cancer=39&age_gr

- [oup=0 65&apc male=0&apc female=0](#)
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control del cáncer. Aplicación de los Conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas desarrollados [Internet]. Apps.who.int. 2007 [cited 17 February 2022]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43690/9789243546995_spa.pdf;jsessionid=6444E9E1A0ED4B53008FDBB3A56FB8D0?sequence=1
 10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud [Internet]. New.paho.org. 2008 [cited 17 October 2019]. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf
 11. Kushi L, Doyle C, McCullough, M, Cheryl L, Demark-Wahnefried W, The American Cancer Society 2010 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. Reducing the Risk of Cancer With Healthy Food Choices and Physical Activity. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2012 [cited 10 October 2019];(62):30–67. Available from: <http://cacancerjournal.com>
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [cited 10 October 2019]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
 13. Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Estudios Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria. Norma Técnica de Enfermedades no Transmisibles y sus factores de riesgo [Internet]. Epi.minsal.cl. 2011 [cited 10 October 2019]. Available from: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/NormaTecnicaVENT.pdf>
 14. Departamento de Epidemiología. Encuesta nacional de salud 2016-2017 Segunda entrega de resultados [Internet]. Minsal.cl. 2018 [cited 15 October 2019]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
 15. Ministerio de Salud. Promoción de Salud y Participación Ciudadana

- [Internet]. Mejor Fonasa. 2015 [cited 12 January 2020]. Available from: https://www.minsal.cl/promocion_participacion_evs/
16. Diario Independiente de Contenido Enfermero. El triple impacto de la enfermería - Diario Dicen [Internet]. Enfermería21. 2016 [cited 12 October 2019]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-triple-impacto-de-la-enfermeria-DDIMPORT-045792/>
 17. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Acerca del Programa de enfermería [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [cited 10 October 2019]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11170:about-nursing-program&Itemid=42273&lang=es
 18. Nursing Now is a programme of the Burdett Trust for Nursing. Universal Health Coverage [Internet]. Nursing Now. 2019 [cited 12 October 2019]. Available from: <https://www.nursingnow.org/nursing-now-programmes/>
 19. Schober M. Introduction to Advanced Nursing Practice Madrean Schober. An International Focus [Internet]. Link.springer.com. 2016 [cited 12 October 2019]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-3-319-32204-9%2F1.pdf>
 20. Superintendencia de Salud. Cáncer de mama en personas de 15 años y más - Cáncer de mama en personas de 15 años y más [Internet]. Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. 2019 [cited 19 January 2020]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-582.html>
 21. Global Cancer Observatory. Cáncer de mama en las Américas [Internet]. Paho.org. 2018 [cited 24 November 2019]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
 22. Clínica las Condes. Importancia del Cáncer de mama en Chile [Internet]. Clinicalascondes.cl. 2018 [cited 24 November 2019]. Available from: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Clinico-del-Cancer/Unidad-de-Prevencion-del-Cancer/Previmama/importancia-cancer-mama-chile>
 23. American Cancer Society. Factores de riesgo del cáncer de seno que usted

- no puede cambiar [Internet]. Cancer.org. 2019 [cited 20 November 2019]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-del-cancer-de-seno-que-usted-no-puede-cambiar.html>
24. Breastcancer. Factores de riesgo del cáncer de mama [Internet]. Breastcancer.org. 2019 [cited 19 November 2019]. Available from: https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores?gclid=CjwKCAiA_MPuBRB5EiwAHTTvMXdJPT_dtbIPchW87srkMqOWIra_H3FkDYQq5Mrr88sj8Ktbq-fNShoCJ-4QAvD_BwE
25. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Prevención: Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama [Internet]. Paho.org. 2018 [cited 18 November 2019]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/prevencion-factores-riesgo.pdf>
26. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2019 [cited 20 November 2019]. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>
27. Instituto Nacional del Cáncer. Riesgo de cáncer para mujeres portadoras de mutaciones en BRCA [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2017 [cited 20 November 2019]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2017/brca-mutacion-cancer-riesgo>
28. American Society of Clinical Oncology. Cáncer de mama - Estadísticas [Internet]. Cancer.Net. 2019 [cited 20 November 2019]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estad%C3%ADsticas>
29. Peña Y, López Y, Utría L, Maceo M, Ávila D. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 20 November 2019]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n4/rf08407.pdf>
30. American Society of Clinical Oncology. Cáncer de mama - Factores de riesgo y prevención [Internet]. Cancer.Net. 2018 [cited 20 November 2019].

- Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>
31. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. CDC - ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama? [Internet]. Cdc.gov. 2018 [cited 20 November 2019]. Available from: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
 32. American Cancer Society. Factores de riesgo del cáncer de seno relacionados con el estilo de vida [Internet]. Cancer.org. 2019 [cited 21 November 2019]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-seno-relacionados-con-el-estilo-de-vida.html>
 33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Who.int. 2018 [cited 23 November 2019]. Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>
 34. Organización Mundial de la Salud. Actividad física [Internet]. Who.int. 2018 [cited 23 November 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
 35. American Society of Clinical Oncology. Actividad física y riesgo de cáncer [Internet]. Cancer.Net. 2018 [cited 23 November 2019]. Available from: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/prevenci%C3%B3n-y-vida-saludable/actividad-f%C3%ADsica-y-riesgo-de-c%C3%A1ncer>
 36. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. El alcohol y el cáncer | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2019 [cited 23 November 2019]. Available from: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/alcohol/index.htm>
 37. Molina L, Miranda M, Hidalgo M. La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica. Matronas Hoy [Internet]. 2017;5(1):43 - 51. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/110/la-lactancia-materna-como-factor-protector-del-cancer-de-mama-una-revision-bibliografica/>
 38. Halfon N, Hochstein Miles. Life Course Health Development: An Integrated

- Framework for Developing Health, Policy, and Research. *Milbank Q.* 2002 Sep; 80(3): 433–479. doi: 10.1111/1468-0009.00019. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1468-0009.00019>
39. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem [Internet]. *Scielo.sld.cu.* 2017 [cited 24 November 2019]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
40. Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 9th ed. España: Elsevier; 2018.
41. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez J, Fuerte J. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2015;33(3):433 - 443. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a14.pdf>
42. López A. Vida humana fenomenológica [Internet]. *Scielo.org.co.* 2016; 1 (1): 158- 181. [cited 1 December 2019]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/idval/v65n161/v65n161a09.pdf>
43. Ross J. Durkheim and the Homo Duplex: Anthropocentrism in Sociology. *Sociological Spectrum* [Internet]. 2016 [cited 1 December 2019];37(1):18-26. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02732173.2016.1227287>
44. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. Martín Heidegger M Caminos [Internet]. *Biblioteca.clacso.edu.ar.* 2009 [cited 19 January 2020]. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20100503124646/Heidegger.pdf>
45. Centro Integral de la mama. Clínica Las Condes – Líder en Atención [Internet]. *Clinicalascondes.cl.* 2020 [cited 12 January 2020]. Available from: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Integral-de-la-Mama/Mitos-y-Realidades>
46. Gosetti-Ferencei J. Muerte y autenticidad. Reflexiones sobre Heidegger, Rilke y Blanchot 15 [Internet]. *Redalyc.org.* 2017 [cited 19 January 2020].

- Available from:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/628/62849641007/html/index.html>
47. Rutherford E, Kelly J, Lehane E, Livingstone V, Cotter B, Butt A et al. Health literacy and the perception of risk in a breast cancer family history clinic. *The Surgeon* [Internet]. 2018 [cited 2 December 2019];16(2):82-88. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1479666X16300257?via%3Dihub>
48. Kartal M, Ozcakar N, Hatipoglu S, Tan M, Guldal A. Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* [Internet]. 2014 [cited 1 December 2019];14(1). Available from:
<https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-014-0152-3>
49. Solikhah S, Promthet S, Hurst C. Awareness Level about Breast Cancer Risk Factors, Barriers, Attitude and Breast Cancer Screening among Indonesian Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [Internet]. 2019;20(3):877-884. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/331977847_Awareness_Level_about_Breast_Cancer_Risk_Factors_Barriers_Attitude_and_Breast_Cancer_Screening_among_Indonesian_Women_httpjournalwaocporgarticle_84288.html
50. Yeung M, Chan E, Wong S, Yip B, Cheung P. Hong Kong female's breast cancer awareness measure: Cross-sectional survey. *World Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2019 [cited 5 December 2019];10(2):98-109. Available from: <https://www.wjgnet.com/2218-4333/full/v10/i2/98.htm>
51. Rainey L, Jervaeus A, Donnelly L, Evans D, Hammarström M, Hall P et al. Women's perceptions of personalized risk-based breast cancer screening and prevention: An international focus group study. *Psycho-Oncology*. 2019;1(28):1056 - 1062. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.5051>
52. Lagarde J, Laurino M, San Juan M, Cauyan J, Tumulak M, Ventura E. Risk perception and screening behavior of Filipino women at risk for breast

- cancer: implications for cancer genetic counseling. *Journal of Community Genetics* [Internet]. 2018 [cited 2 January 2020];10(2):281-289. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30259342>
53. Genton M, Carretier J, Gafni A, Medina P, Charles C, Moumjid N. 'There's a before and an after': effects of a personal history of cancer on perception of cancer risks and adoption of behaviours. *Health, Risk & Society* [Internet]. 2019 [cited 2 January 2020];21(5-6):246-267. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698575.2019.1652729?journalCode=chrs20>
54. Rondanina G, Puntoni M, Guerrieri-Gonzaga A, Marra D, Bonanni B, DeCensi A. Worry and risk perception of breast cancer in a prevention trial of low dose tamoxifen in midlife postmenopausal hormone users. *The Breast*. 2017;34(1):108-114. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.05.008>
55. Ribeiro C, Peuker A, Armiliato M, Alves de Souza M, Kern de Castro E. Early detection of breast cancer: the role of risk perception and family history. *Psicooncología* [Internet]. 2017 [cited 29 November 2019];1(14):83 - 92. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/86a7/e536eb78ed99ce0943c29e6d2dcb437e1cd5.pdf>
56. Al-Sakkaf K, Basaleem H. Breast Cancer Knowledge, Perception and Breast Self-Examination Practices among Yemeni Women: an Application of the Health Belief Model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [Internet]. 2016;17(3):1463-1467. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27039790>
57. LeMasters T, Madhavan S, Atkins E, Vyas A, Remick S, Vona-Davis L. "Don't Know" and Accuracy of Breast Cancer Risk Perceptions Among Appalachian Women Attending a Mobile Mammography Program: Implications for Educational Interventions and Patient Empowerment. *Journal of Cancer Education* [Internet]. 2014 [cited 1 December 2019];29(4):669-679. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896074/>
58. Fehniger J, Livaudais-Toman J, Karliner L, Kerlikowske K, Tice J, Quinn J et al. Perceived Versus Objective Breast Cancer Risk in Diverse Women.

- Journal of Women's Health [Internet]. 2014 [cited 1 December 2019];23(5):420-427. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2013.4516>
59. Ifediora C, Azuike E. Tackling breast cancer in developing countries: insights from the Knowledge, Attitudes and Practices on breast cancer and its prevention among Nigerian teenagers in secondary schools. Journal of preventive medicine and hygiene [Internet]. 2018 [cited 19 January 2020];59(4):282-300. Available from: <https://www.jpnh.org/index.php/jpnh/article/view/964>
60. Marinac C, Dunsiger S, Marcus B, Rosen R, Gans K, Hartman S. Mediators of a physical activity intervention among women with a family history of breast cancer. Women & Health [Internet]. 2017 [cited 2 January 2020];58(6):699-713. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28532339>
61. Lewis K, Kulkarni S, Adams S, Brandt H, Lead J, Ureda J et al. "For lack of knowledge, our people will perish": Using focus group methodology to explore African-American communities' perceptions of breast cancer and the environment. Environment International [Internet]. 2018 [cited 2 January 2020];121(2):111-118. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30195624>
62. Vial M, Dutra E. Dasein, la concepción Heideggeriana sobre el modo de ser humano. Avances En Psicología Latinoamericana [Internet]. 2013. [cited 2 January 2020]; 32(1):105-113. Available from: <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.07>
63. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Revista médica de Chile [Internet]. 2017;145(3):373-379. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300012
64. Morse J. The significance of saturation. Qual Health Res 1995;5(2):147-149.
65. Bardin L. El análisis de contenido. 3rd ed. Madrid: Akal Ediciones; 2002.
66. Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Internet]. 2009 [cited 1 January 2020];10(2).

- Available from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/1294/2766>
67. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, octubre de 2008. Journal Of Oral Research [Internet]. 2013 [cited 1 January 2020];2(1):42-44. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
68. Programa Regional de Bioética. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas [Internet]. Libros.uchile.cl. 2003 [cited 19 January 2020]. Available from: <http://www.libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/258/submission/proof/files/assets/basic-html/page89.html>
69. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Legislación Chilena. Decreto 114 - aprueba reglamento de la ley nº 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana [Internet]. vLex. 2020 [cited 2 January 2020]. Available from: <https://legislacion-oficial.vlex.cl/vid/humano-genoma-prohibe-clonacion-humana-333813034>
70. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley-20584 24-abr-2012 ministerio de salud, subsecretaría de salud pública - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 2020 [cited 2 January 2020]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
71. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OECD. Salud ambiental y resiliencia antes las pandemias [Internet] OCDE 2020 [cited 18 february 2022]. Available from: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/salud-ambiental-y-resiliencia-ante-las-pandemias-3788e625/>
72. Ramos Y, Marimón E, Crespo C, Junco C, Valiente W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 619-629, ago. 2015. ISSN 1561-3194. Available from: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2134>.

73. Navarro M, Caire G, Ortega M, Bolaños A, Tamayo M. Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Nutr Hosp.* 2015; 32(1):291-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9049>
74. Molano N, Velez P, Universidad del Cauca. Percepción acerca del cáncer de mama en un grupo de mujeres del Hospital Popayan, Colombia. *MH Salud.* 2017; 13 (2): 1-14. Available from: <doi://dx.doi.org/10.15359/mhs.13-2.5>

11. ANEXOS

11.1 Anexo N° 1: Resolución por el Comité Ético - Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo.



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 712-2-2020

Concepción, enero de 2021.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del PROYECTO DE TESIS titulado "PERCEPCIONES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS PROMOTORAS PARA EL CÁNCER DE MAMA, EN MUJERES DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE LA PAZ" presentado por la Enfermera SRTA. MÓNICA ALEXANDRA GARCÍA GALARZA, en calidad de candidata al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO, docente del Departamento del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

El objetivo general del presente Proyecto de Tesis es conocer la percepción de riesgo y las estrategias promotoras para el cáncer de mama en mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.

Para la ejecución de la investigación se contempla desarrollar 04 (cuatro) objetivos específicos, cuyas actividades buscarán inicialmente, describir la percepción de salud y de factores protectores del cáncer de mama, en base a las percepciones mencionadas por las mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz, así también, la percepción de factores de riesgo de cáncer de mama, por las mismas. Posterior a esto, pretende desarrollar la temática sobre los factores de riesgo y los factores protectores de cáncer de mama, de acuerdo con las categorías más relevantes mencionadas por estas mujeres para, al final proponer estrategias de promoción de salud y de prevención de cáncer de mama, para poblaciones específicas de mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz.

En este estudio cualitativo, bajo la modalidad de investigación fenomenológica hermenéutica, la participación de cada mujer de 30 a 70 años de edad pertenecientes y residentes en la comuna de San Pedro de la Paz, integrante de Grupos Comunitarios adscritos a la Municipalidad de San Pedro de la Paz estará basada en el proceso de consentimiento informado, el cual será debidamente aplicado y documentado, conforme modelo presentado a este comité institucional. Todo lo anterior está rigurosa y detalladamente descrito en "3. METODOLOGÍA" del Proyecto de Tesis.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevri@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, será de cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. Mónica Alexandra García Galarza.

La ejecución del Proyecto de Tesis en pauta asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de las participantes en el estudio, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de las mismas, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos.

En atención a todo lo anterior y dado que el proyecto de tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería presentado por la SRTA. MÓNICA ALEXANDRA GARCÍA GALARZA titulado "PERCEPCIONES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS PROMOTORAS PARA EL CÁNCER DE MAMA, EN MUJERES DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE LA PAZ", no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.



Andrea Rodríguez

DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS

PRESIDENTA

**COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile

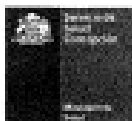


Este documento ha sido firmado electrónicamente por
María Andrea Rodríguez Tastets - andrea@deec.udec.cl
Certificado por C-Sign SA, en conformidad a la Ley 19.799



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPÍRITU

11.2 Anexo N° 2: Resolución por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BICINIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963 / 08.09.17

Concepción, 14 de junio 2021

Srita. Mónica García
Investigador Responsable
Presente.

Ref: Percepciones de riesgo y estrategias promotoras para el
cáncer de mama. En mujeres de la comuna de San Pedro de la
Paz.

Código CEC-SSC: 21-03-18

Estimada investigadora

Junta con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión extraordinaria mediante videollamada de fecha 08 de junio 2021 tomó conocimiento y evaluó respuesta a observaciones planteadas por este comité en reunión de fecha 13 de abril 2021.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión videollamada del 08 de junio 2021:

Q: 09 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Sylvia Aseño M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
María A. Bidegain S.	Médico Pediatra Nefrólogo	Integrante permanente / externa
Claudio Buzios	Psicólogo	Integrante permanente / externo
María Cristina Felloy	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado
Mónica Zúñiga	Matrona	Integrante permanente / externo
Salvador Cabrera	Químico farmacéutico /HGGB	Integrante permanente / Vice Presidente
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario

El comité tomó conocimiento de los siguientes documentos:

- Carta control de cambios
- Carta compromiso Investigador responsable
- Acta aprobación comité ético científico Fac. de Enfermería UdeC
- Respuesta aprobación modificación de lugar de proyecto emitido por CEC Fac. Enfermería UdeC
- Carta de confidencialidad investigador responsable y docente guía
- Carta de Presentación
- Carta de Respaldo del Jefe CASA DEL ADULTO MAYOR, Municipalidad San Pedro de la Paz.
- Carta de Respaldo Jefa Departamento de la Mujer, Municipalidad San Pedro de la Paz
- Carta uso recursos
- Certificado aprobación CEBB 712-2-2020
- CV Investigadora responsable y docente guía
- Declaración BPC investigador responsable y docente guía
- Lista de chequeo
- Protocolo de investigación Versión II 2021
- Formulario de consentimiento informado 3da versión, junio 2021.



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BÍO BÍO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2983 / 08.09.17


CONCLUSION: Con fecha 08 de junio 2021, el Comité aprueba el estudio y procede a timbrar los siguientes documentos:

- Protocolo estudio: Percepciones de riesgo y estrategias promotoras para el cáncer de mama. En mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz. Versión II 2021
- Formulario de consentimiento informado 2da versión, junio 2021.

Además, este Comité solicita que:


1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. El Investigador responsable debe cumplir con el adecuado manejo de la información, asegurando la no utilización de datos que pueda identificar a los participantes.
3. Las enmiendas, reportes de eventos adversos y desvíos de protocolo se entregan al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto.
4. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
5. La validez de esta aprobación es por un año.
6. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
7. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
8. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado
9. Cumplir con la normativa y protocolos de seguridad del establecimiento y/o centro de investigación.

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC-SSC

CC: CEC-SSC




Dr. Nelson Pérez Jerán
Presidente CEC-SSC

11.3 Anexo N° 3: Consentimiento Informado 2da versión



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería
Programa de Magister en Enfermería



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

2da versión, junio 2021.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres de Grupos Comunitarios adscritos a la Municipalidad de San Pedro de la Paz y se les invita a participar de la investigación "Percepciones de riesgo y estrategias promotoras para el cáncer de mama, en mujeres de la Comuna de San Pedro de La Paz"

Autora: Mónica Alexandra García Galarza, Estudiante del Programa de Magister en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Prof. Guía: Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

PARTE I: Información

1. Introducción

Mi nombre es Mónica García Galarza, soy enfermera y actualmente estoy realizando un magister en la Universidad de Concepción. Estamos investigando la percepción de riesgo y de factores protectores de cáncer de mama que usted tiene. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Le enviaré un el consentimiento informado y un link a su correo electrónico (a una dirección de correo que usted me facilite), para que ingrese al consentimiento informado y haga "click" sobre la opción que elija: "si acepto participar en esta investigación" o negación: "no acepto participar en esta investigación". No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a miembros del equipo

Cabe mencionar que esta investigación fue evaluada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, el Comité Ético Científico de la Vicectoria de Investigación y Desarrollo, ambos de la Universidad de Concepción y por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción.



2. Propósito

La razón de este estudio es conocer su percepción de riesgo y de factores protectores de cáncer de mama para proponer estrategias de promoción de salud y de prevención de este cáncer, entendiendo que ha habido un aumento considerable de mujeres que han desarrollado la enfermedad.

3. Tipo de Intervención de Investigación

La investigación constará de una entrevista en profundidad de aproximadamente una hora de duración, la cual será coordinada con anticipación de acuerdo a su conveniencia, la misma que será registrada durante la video llamada y en una grabadora de voz para posterior análisis. En respuesta al contexto sanitario actual, la entrevista podrá ser llevada a cabo mediante video llamada en la plataforma de su preferencia.

4. Selección de participantes

Usted ha sido elegido porque cumple con los criterios de inclusión a la investigación ya que reside en la Comuna de San Pedro de la Paz, tiene una edad entre 30 a 70 años, está adscrita a una organización comunitaria de la Municipalidad de San Pedro de la Paz, declara no tener dificultades o limitaciones auditivas y cuenta una conectividad que permite desarrollar una entrevista a través de video llamada estable.

5. Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Su decisión de participar o no, no interviene en las actividades y servicios que recibe actualmente por su organización, ya que, si elige participar o no, todo continuará igual dentro de su organización, nada cambiará. Usted puede cambiar de decisión más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

6. Duración

La investigación durará 6 meses en total. Durante este período realizaremos la entrevista y podríamos volver a contactarle para revisar el análisis de su entrevista y cerciorarnos que lo que usted quiso decir está presente en el análisis realizado. La duración de la entrevista en profundidad es de 1 hora aproximadamente.



7. Efectos Secundarios

Esta investigación no contempla ningún efecto secundario asociado.

8. Riesgos

El riesgo asociado a esta investigación es muy bajo. Si durante la entrevista presenta tristeza o algún otro sentimiento no confortable se procederá a realizar una intervención en crisis y usted determinará si se prosigue con la entrevista o se suspende.

9. Molestias

Esta investigación no contempla molestias físicas.

10. Beneficios

Es probable que no exista un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación ayude a visibilizar su percepción y diseñar estrategias para el equipo de salud en relación a los hallazgos. Este estudio no contempla retribución o compensación económica para quienes participan de él.

11. Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, solo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un código en vez de su nombre y sólo los investigadores sabrán cuál es dicho código. Por tanto, sus datos y su entrevista no pueden ser visualizados por otra persona.

Esta información será resguardada en el domicilio de la investigadora principal durante el transcurso de la investigación hasta su publicación, estimando un periodo de tiempo de 15 años desde la entrevista.

12. Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Posteriormente, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería
Programa de Magister en Enfermería



aprender de nuestra investigación. Si usted conocer los resultados del estudio puede solicitarlos a la investigadora principal y los recibirá de manera expedita.

13. Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma dentro de su organización. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

14. A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede consultar a cualquiera de los siguientes contactos:

Mónica García Galarza.

Fono: +569-56930164.

Correo electrónico: monicagarcia@udec.cl

Presidente Comité Ético Científico Servicio de Salud Concepción, Dr. Nelson Pérez.

Fono: 56-41-2722745, red. Minsal 412745.

Correo electrónico: cec@ssconcepcion.cl



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería
Programa de Magister en Enfermería



Nº de Folio: _____


CONSENTIMIENTO INFORMADO


He sido invitado a participar en una investigación de magister que estudia la percepción de riesgo y de factores protectores de cáncer de mama en mujeres de la comuna de San Pedro de la Paz. Entiendo que concretaré una entrevista remota vía online, a través de video llamada con la investigadora y seré contactado posteriormente para la revisión del análisis de la entrevista. He sido informado de que los riesgos son mínimos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Yo, (nombre de participante), declaro hoy (fecha de la entrevista) aceptar términos y condiciones de la investigación y manifiesto voluntariamente aceptar participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

11.4 Anexo N° 4: Plan de Trabajo

Duración en años		2019					2020		2021									2022						
ACTIVIDAD PLANIFICADA	Duración en meses	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Diciem	Enero	Feb rero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero - Marzo	Abril	
		Delimitación de problemática sujeta a investigación																						
Definición de lineamientos generales de investigación																								
Establecer fundamentación y pregunta de investigación																								
Establecer marco referencia de investigación																								
Determinar objetivos de investigación																								
Determinar metodología de investigación																								
Establecer plan de análisis de investigación																								
Presentación de proyecto de investigación ante comisión evaluadora																								
Presentación y aprobación de aplicación de proyecto de investigación en comité de ética Servicio de Salud de Concepción																								
Solicitud de entrevista con Directivos de Instituciones																								
Muestreo y Aplicación de CI y entrevistas en profundidad																								
Análisis de datos y discusión de resultados																								
Establecimiento de conclusiones y limitaciones																								
Redacción de informe final																								
Presentación de resultados e informe final a comisión evaluadora																								
Difusión de resultados																								

 = Actividades realizadas

 = Actividades por realizar