



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES COGNITIVOS Y ACTITUDINALES Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO NICOLÁS MARTÍNEZ EN EL PERIODO FEBRERO 2014 – DICIEMBRE 2014”.**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Molina Guevara, Gabriel Enrique.

**Tutora:** Dra. Estenoz Alvarez, Maggy.

**Ambato – Ecuador,**

**Marzo 2015**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“FACTORES COGNITIVOS Y ACTITUDINALES Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO NICOLÁS MARTÍNEZ EN EL PERIODO FEBRERO 2014 - DICIEMBRE 2014”**, de Gabriel Enrique Molina Guevara estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero 2015

**LA TUTORA**

---

**Dra. Estenoz Alvarez, Maggy.**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**FACTORES COGNITIVOS Y ACTITUDINALES Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO NICOLÁS MARTÍNEZ EN EL PERIODO FEBRERO 2014 - DICIEMBRE 2014**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero 2015

### **EL AUTOR**

---

**Molina Guevara, Gabriel Enrique**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realicen respetando mis derechos de autor.

Ambato, Febrero 2015

## **EL AUTOR**

---

**Molina Guevara, Gabriel Enrique**

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema **“FACTORES COGNITIVOS Y ACTITUDINALES Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO NICOLÁS MARTÍNEZ EN EL PERIODO FEBRERO 2014 - DICIEMBRE 2014”** de Gabriel Enrique Molina Guevara estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo 2015

Para constancia firman.

---

**PRESIDENTE/A**

---

**1ER VOCAL**

---

**2DO VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida, y la oportunidad de seguir esta Carrera.

A mi padre a mi hermana y hermano por todo su apoyo incondicional y estar siempre  
cuando los necesito.

A mi viejita que está desde el cielo dándome su bendición.

A mi madre porque sin ella este sueño no se estaría cumpliendo.

**Molina Guevara, Gabriel Enrique**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer primeramente a Dios, a mis padres y familia por su apoyo para la realización de este trabajo. A mi Tutora de Tesis la Dra. Maggy Estenoz por sus sabios consejos, guía, y orientación. A los docentes de la Universidad Técnica de Ambato, Dra. Aida Aguilar, Ing. Carmen Viteri e Ing. Kléver Morales por su desinteresada y generosa colaboración, de manera especial agradezco a mis calificadores al Dr. Patricio Villacís por sus sabios consejos y Don de gente, al Dr. Becker Neto que de la manera más desinteresada me hizo notar que en esta vida un error se lo puede enmendar con responsabilidad y sacrificio.

Y a mi Querida Madre que además de darme la vida me brindó la posibilidad de ser lo que soy hoy en día.

**Molina Guevara, Gabriel Enrique**

## **PÁGINAS PRELIMINARES**

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
RESÚMEN.....	xv
SUMMARY.....	xvii

## **ÍNDICE GENERAL**

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA .....	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	3
1.2.1.- Contextualización .....	3
1.2.2 Análisis Crítico.....	9
1.2.3.- Prognosis .....	10
1.2.4.- Formulación del problema.....	10
1.2.5.- Preguntas directrices.....	10
1.2.6.- Delimitación del objeto de investigación .....	11
1.3.- Justificación.....	11
1.4.- Objetivos .....	12
1.4.1.- General.....	12
1.4.2.- Específicos.....	12



CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO .....	14
2.1.- Investigaciones previas.....	14
2.2.- Fundamentación filosófica .....	17
2.3.- Categorías fundamentales.....	18
2.3.1 Contenido teórico y científico .....	19
2.3.2 Mamografía (31).....	37
2.3.3 Autoexamen.....	42
2.3.4 Examen clínico .....	44
2.4.- Hipótesis .....	50
2.5.- Señalamiento de variables.....	50
2.5.1 Variable Independiente: .....	50
2.5.2 Variable Dependiente:.....	50
2.5.3 Término de relación: .....	50
CAPÍTULO III. ....	51
METODOLOGÍA .....	51
3.1.- Enfoque investigativo .....	51
3.2.- Modalidad básica de la investigación .....	51
3.3.- Nivel o tipo de la investigación.....	51
3.4.- Población y muestra.....	52
3.5.- Criterios de Inclusión y exclusión .....	52
3.6.- Operacionalización de las variables.....	53
3.7.- Técnicas e instrumentos .....	57
3.8.- Plan de recolección de la información.....	57
3.9.- Plan de procesamiento de la información.....	58
CAPÍTULO IV .....	59
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	59
4.1 Análisis e interpretación de encuestas .....	59
4.2 Verificación de la hipótesis .....	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	132

5.1. Conclusiones.....	132
5.2. Recomendaciones.....	133
CAPÍTULO VI.....	134
PROPUESTA.....	134
6.1 Datos informativos.....	134
6.1.1. Título.....	134
6.1.2. Institución Ejecutora.....	134
6.1.3. Beneficiarios.....	134
6.1.4. Ubicación.....	134
6.1.5 Tiempo estimado de ejecución.....	135
6.1.6 Equipo técnico responsable.....	135
6.1.7 Costo.....	135
6.2 Antecedentes de la Propuesta.....	135
6.3 Justificación.....	135
6.4 Objetivos.....	136
6.4.1 Objetivo General.....	136
6.4.2 Objetivos Específicos.....	136
6.5 Análisis de factibilidad.....	136
6.6 Fundamentación Científico Técnica.....	137
6.7 Plan Operativo.....	138
6.8 Administración de la propuesta.....	141
6.9 Plan de monitoreo y Evaluación de la propuesta.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
BIBLIOGRAFÍA:.....	143
LINKOGRAFÍA:.....	144
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.....	149

## ANEXOS

ANEXO 1 Cuestionario elaborado.....	152
ANEXO 2 Consentimiento informado.....	156
ANEXO 3 Imágenes.....	160
ANEXO 4 Cuestionario de evaluación del impacto de la propuesta.....	164

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Contingencia Cognitiva .....	60
TABLA 2: Chi cuadrado Cognitivo .....	61
TABLA 3: Contingencia Actitudinal .....	63
TABLA 4: Chi cuadrado actitudinal .....	64
TABLA 5: Regresión Lineal Cog. Examen Medico .....	65
TABLA 6: Regresión Lineal Cog. Autoexamen .....	66
TABLA 7: Regresión lineal Cog Mamografía .....	66
TABLA 8: Cognitivo: antecedentes de cáncer y tipo. ....	68
TABLA 9: Pacientes consideran que están informadas.....	69
TABLA 10: Subcentro informa sobre métodos de prevención y detección .....	70
TABLA 11: Variable examen clínico mamario .....	71
TABLA 12: Variable conoce autoexamen.....	72
TABLA 13: Variable sabe realizarse el autoexamen .....	72
TABLA 14: Variable se ha realizado el autoexamen.....	73
TABLA 15: Cognitivo: cuando se realiza el autoexamen .....	74
TABLA 16: Cognitivo: hijos .....	74
TABLA 17: Cognitivo: número de hijos .....	75
TABLA 18: Cognitivo: Mamografía .....	76
TABLA 19: Cognitivo: nivel de educación.....	76
TABLA 20: Cognitivo: conocimiento de otras personas.....	77
TABLA 21: Actitudinal: miedo al cáncer.....	77
TABLA 22: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario. ....	79
TABLA 23: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes conocen el autoexamen mamario.....	80

TABLA 24: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario. ....	82
TABLA 25: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.....	83
TABLA 26: Pruebas de chi-cuadrado - cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes se han realizado la mamografía.....	85
TABLA 27: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.....	86
TABLA 28: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes conocen el autoexamen mamario.....	88
TABLA 29: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.....	89
TABLA 30: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.....	90
TABLA 31: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes se han realizado la mamografía.....	91
TABLA 32: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario. ....	92
TABLA 33: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes conocen el autoexamen mamario .....	94
TABLA 34: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.....	95
TABLA 35: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.....	96
TABLA 36: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado la mamografía.....	97
TABLA 37: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario. .	99
TABLA 38: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes conocen el autoexamen mamario .....	100

TABLA 39: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario .....	101
TABLA 40: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario. ....	102
TABLA 41: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado la mamografía. ....	104
TABLA 42: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario. ....	105
TABLA 43: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes conocen el autoexamen mamario .....	106
TABLA 44: Pruebas de chi-cuadrado - cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario. ....	107
TABLA 45: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario. ....	108
TABLA 46: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes se han realizado la mamografía. ....	109
TABLA 47: Pruebas de chi cuadrado - Pacientes tienen hijos / VD Examen medico .....	110
TABLA 48: Pruebas de chi-cuadrado COGNITIVO Las pacientes tienen hijos / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario. ....	111
TABLA 49: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen hijos / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario. ....	112
TABLA 50: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen hijos / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario. ....	113
TABLA 51: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuántos hijos tienen / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario. ....	115
TABLA 52: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuántos hijos tienen / vd pacientes conocen el autoexamen mamario. ....	116
TABLA 53: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuántos hijos tienen / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario. ....	117

TABLA 54: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.....	118
TABLA 55: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd pacientes se han realizado la mamografía.....	119
TABLA 56: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.....	120
TABLA 57: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes conocen el autoexamen mamario.....	122
TABLA 58: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.....	123
TABLA 59: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.....	124
TABLA 60: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes se han realizado la mamografía. ....	125
TABLA 61: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario. ....	126
TABLA 62: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes conocen el autoexamen mamario .....	127
TABLA 63: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo: pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario. ....	128
TABLA 64: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario. ..	129
TABLA 65: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes se han realizado la mamografía. ....	130
TABLA 66 .....	138
TABLA 67 .....	141

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	68
GRÁFICO 2.....	70
GRÁFICO 3.....	71

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES COGNITIVOS Y ACTITUDINALES Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO NICOLÁS MARTÍNEZ EN EL PERIODO FEBRERO 2014 – DICIEMBRE 2014.”**

**Autor:** Molina Guevara, Gabriel Enrique

**Tutora:** Dra. Estenoz Alvarez, Maggy

**Fecha:** Febrero 2015

**RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar los factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia Augusto Nicolás Martínez en el periodo Febrero 2014 – Diciembre 2014. Es un estudio cualitativo y cuantitativo, observacional, exploratorio de corte transversal en el período de Febrero a Diciembre del 2014, la información se obtuvo por cuestionario elaborado para las pacientes durante un período de diez meses y para su análisis se utilizó el programa Excel y SPSS. Los resultados obtenidos indican que existe gran influencia de los niveles tanto cognitivo como actitudinal por parte de las pacientes para adherirse al screening; los factores cognitivos como el conocimiento de la enfermedad por cualquier método influye en que las pacientes se realicen un adecuado control, y de igual manera la actitud de las pacientes a que se les brinde información es muy positiva comprobándose así la hipótesis planteada. Además se comprobó que el nivel de educación de las pacientes no influye en la adherencia al

screening, y que la mayoría de pacientes con antecedentes familiares de cualquier tipo de cáncer son las que se realizan con más frecuencia los controles, pero se comprobó que la información brindada no es suficiente para que se realice un correcto screening, iniciando por el autoexamen, la visita al médico para el examen clínico y posteriormente la mamografía. Debido a estos resultados y para cumplir con los objetivos se decide plantear como propuesta la realización de un nuevo estudio que evalúe la forma en la que se indica y aplica el programa de screening de cáncer de mama y el efecto a largo plazo de adherirse al programa, sus beneficios en las pacientes de 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.

**PALABRAS CLAVES:** SCREENING\_CÁNCER, AUTOEXAMEN\_MAMARIO, EXAMEN\_MAMARIO, MAMOGRAFÍA, DETECCIÓN\_TEMPRANA, CÁNCER.



TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

**“ATTITUDINAL AND COGNITIVE FACTORS AND THEIR INFLUENCE ON THE ADHESION OF BREAST CANCER SCREENING IN WOMEN BETWEEN 40 TO 64 YEARS ATTENDING HEALTH SUBCENTER OF THE PARISH NICHOLAS AUGUSTO MARTINEZ IN THE PERIOD FEBRUARY 2014 - DECEMBER 2014”**

**Author:** Molina Guevara, Gabriel Enrique

**Tutor:** Dra. Estenoz Alvarez, Maggy

**Date:** February 2015

### **SUMMARY**

The present study was aimed at determining overall cognitive and attitudinal factors and their influence on the adherence of breast cancer screening in women aged 40-64 years attending health sub-center of the parish Augusto Nicolás Martínez in the period February 2014 - December 2014. It is a qualitative and quantitative, observational, cross-sectional exploratory in the period from February to December 2014 study, information was obtained by questionnaire developed for patients over a period of ten months and was used for testing the Excel and SPSS. The results show a large influence both cognitive and attitudinal levels by patients to adhere to screening; cognitive factors such as knowledge of the disease by any method influences that patients adequate control is achieved; and likewise the attitude of patients to keep them informed is very positive and checked for our hypothesis. In addition it was found that the level of education of patients did not influence adherence to screening, and most patients with a family history of any cancer are those most frequently performed controls, but found that the information provided is

not sufficient for proper screening is performed, starting with the self, the visit to the doctor for clinical examination and mammography later. Because of these results and to meet the objectives decided pose as proposed conducting a new study to assess the way shown and apply the screening program for breast cancer and long-term effect of adhering to the program its benefits in patients 40-64 years attending health sub-center of the Parish Augusto Nicolás Martínez.

**KEYWORDS:**CÁNCER\_SCREENING,BREAST\_SELF,CLINICAL\_BREAST,  
MAMMOGRAPHY, DETECTION\_METHODS, CÁNCER

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una de las patologías que más afectan a la población a nivel mundial, en nuestra Provincia el cáncer de mama junto al cáncer cervico uterino son los tipos de cáncer con más incidencia en las mujeres mayores a los 40 años.

El screening de cáncer de mama se encuentra comprendido por el autoexamen que es realizado por la propia paciente, el examen clínico mamario que lo realiza el médico y la mamografía que es un examen especial de imagen que permite identificar signos patológicos en las pacientes que son sometidas a este estudio.

Tanto el conocimiento propio de las pacientes como las actitudes que tengan sobre el cáncer de mama, influyen en la decisión de si éstas se realizan un adecuado control, obviamente todo esto bajo la vigilancia del puesto de salud más cercano y del médico de cabecera, sea cual sea la forma mediante la cual las pacientes conocen sobre este tema, su aspecto cognitivo influye muchísimo ya que una adecuada información sobre la enfermedad permitirá que ésta sea prevenida y detectada de una mejor manera, las actitudes de las pacientes de igual manera influyen ya que únicamente de ellas depende si desean o no realizarse la base del screening mamario que es el autoexamen, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que la mujer es la única que conoce muy bien su cuerpo, y quién mejor que ella para examinarlo y detectar anomalías, bajo este contexto se realizó esta investigación, para identificar si este conocimiento es mucho o poco, y si la actitud de las pacientes influye a que exista un mejor control, y por ende una adecuada adherencia al programa de screening que se realiza en el lugar ya mencionado.

La investigación presente se centra en los factores propios de cada paciente, factores cognitivos, conocimiento propio, educación, al apego a programas de screening de cáncer mamario, y obviamente esto va de la mano con la actitud, de cada paciente, esta actitud dependerá de muchas influencias, siendo una de ellas el miedo, creencias

y mitos que existen en las pacientes, esto valorara que la actitud en cuanto se refiere a adherirse a un screening adecuado.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Tema**

**Factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez en el periodo febrero 2014 – diciembre 2014.**

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1.- Contextualización**

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todos los países sin distinción sean estos desarrollados o subdesarrollados.

La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Por eso la clave está en la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.

Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado o screening basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que

cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo. (1)

El cáncer de mama representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004). (26)

Se conocen bien varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos.

Los factores de riesgo para que una mujer padezca de cáncer de mama son los antecedentes familiares estos multiplican el riesgo por dos o tres. Algunas mutaciones, sobre todo en los genes BRCA1, BRCA2 y p53, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. (25)

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura cuando el primer parto figura entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama.

Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos. La lactancia materna tiene un efecto protector.

El control del cáncer de mama a nivel mundial está dirigido por la OMS, esta promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer. (29)

El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La prevención está dirigida al control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo. (28)

Su detección precoz se puede lograr mediante el diagnóstico o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje o screening en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Algunos datos sugieren que esta estrategia puede dar lugar a un "descenso del estadio TNM"

La presente investigación se centra en los métodos que facilitan su detección precoz siendo primeramente la mamografía esta es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos. (28)

La segunda forma de detección temprana es la autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

Se debe especificar la similitud de términos, el screening o cribado son similares ambas palabras se entienden como la utilización de pruebas sencillas en una población sana con el fin de detectar sistemáticamente a las personas que aún no presentan ningún síntoma pese a sufrir una determinada enfermedad.

Se debe recordar que la mayoría de los casos se diagnostican en edades comprendidas entre los 35 y los 80 años, pero la franja de mayor riesgo está entre los 45 y los 65 años. El diagnóstico precoz es la mejor herramienta para luchar contra esta enfermedad. A través de los programas de cribado con mamografías se pueden diagnosticar los tumores de mama en estadios iniciales en los que hay muchísimas posibilidades de curación. (11)

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta en las campañas de screening son la edad en la que se incluye a la población dentro del grupo de riesgo, la edad en la que se excluye y el método de screening empleado.

En la actualidad se llevan a cabo programas de screening de cáncer de mama dirigidos a las mujeres de mayor riesgo, cuya edad está comprendida entre los 50 y los 65 años, mediante la realización de mamografías cada 1-2 años.

Las estadísticas a nivel mundial mencionan que podría ser razonable participar en cribados con mamografía como método diagnóstico para cáncer de mama, aunque al mismo tiempo podría ser razonable no hacerlo ya que este cribado ha demostrado tener tanto beneficios como perjuicios.

Si 2000 mujeres son valoradas regularmente durante 10 años, una se beneficiará del cribado debido a que se evitará una defunción por cáncer de mama. (14)

Al mismo tiempo, de estas 2000 mujeres, 10 mujeres sanas serán diagnosticadas como pacientes con cáncer de mama y en consecuencia serán tratadas innecesariamente. Estas mujeres llegarán a sufrir la extirpación de una parte o la totalidad de su mama, muchas de ellas recibirán radioterapia y algunas de ellas quimioterapia. (14)



Adicionalmente, 200 mujeres sanas serán afectadas por una falsa alarma. La tensión psicológica durante el lapso de tiempo entre saber si tienen o no cáncer y, a veces después del diagnóstico, puede ser importante. (14)

Estas cifras se obtuvieron a partir de ensayos con asignación aleatoria de la mamografía de cribado. Sin embargo, desde que estos ensayos se llevaron a cabo, el tratamiento del cáncer de mama ha mejorado considerablemente. Estudios más recientes sugieren que el cribado mamográfico puede no ser eficaz para reducir el riesgo de morir por cáncer de mama. (14)

El cribado mamográfico diagnostica como pacientes con cáncer de mama a mujeres sanas que nunca desarrollarían síntomas de cáncer de mama. El tratamiento de estas mujeres sanas aumenta su riesgo de morir, por ejemplo, por enfermedades del corazón y cáncer.

Por lo tanto, no parece razonable participar en cribados de cáncer de mama. De hecho, al no participar en los cribados, el riesgo de tener un diagnóstico de cáncer de mama se reduce. Sin embargo, a pesar de ello, algunas mujeres todavía podrían desear ir al cribado.

El examen mamario consiste en examinar las mamas de una mujer para detectar la posible presencia de células cancerosas antes de que aparezcan los primeros síntomas o signos de la enfermedad. Hay tres tipos principales de pruebas para detectar el cáncer de mama.

Las mamografías son el mejor método de detección temprana del cáncer de mama, cuando todavía el tumor no ha crecido demasiado, no se han manifestado los síntomas y aún es fácil de tratar. Hacerse una mamografía de forma habitual puede reducir el riesgo de morir de cáncer de mama.

Un examen clínico de mama es un examen mediante el cual un médico palpa la mama para detectar la posible presencia de bultos u otras alteraciones.

El autoexamen de mama es cuando una mujer misma se palpa las mamas para detectar posibles bultos, cambios en el tamaño o la forma de la mama o cualquier otra alteración en las mamas o debajo de los brazos (axilas). (16)

Los exámenes clínicos de mama y los autoexámenes no han demostrado reducir el riesgo de morir de cáncer de mama.

Por lo general, las pruebas de detección pueden hacerse en una clínica, un hospital o un consultorio médico. (16)

En nuestro país las estadísticas son realmente alarmantes, este tipo de cáncer cada año se lleva la vida de 4.000 mujeres en Ecuador, según datos de la Organización Mundial de la Salud. (28).

Los datos que arroja la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dibujan un panorama cuanto menos preocupante: El cáncer de mama es la primera causa de muerte en el país, con un 35,4%, seguido del cáncer de piel, con un 32%. Curiosamente, en Quito las cifras aumentan: ocho de cada 100 mujeres de entre 25 y 64 años mueren por esta causa, según un informe del INEC. (30)

El Registro Nacional de Tumores de Solca, de 2009, señala que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer. De acuerdo con la OPS, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas de cáncer en Latinoamérica, con el 11,6%, mientras que el promedio de la región alcanza el 9%. (35)

El cáncer de mama puede desarrollarse en uno o ambos pechos y una alerta temprana puede hacer la diferencia. Un signo de alerta puede ser la detección de pequeñas hendiduras o grietas en la zona y una secreción color café, también pueden aparecer tumoraciones que deben ser inmediatamente comunicadas a un especialista. Cuando la enfermedad es detectada, existen varios tratamientos para combatirla: procedimientos quirúrgicos, radioterapia o quimioterapia y tratamientos hormonales. De ser necesaria la cirugía, esta puede ser conservadora o radical.

La prevención es lo más importante, especialmente cuando la mujer supera los 40 años. Es indispensable realizarse una mamografía cada año para detectar oportunamente la enfermedad. La Fundación Poly Ugarte es una de las principales organizaciones que luchan contra el cáncer, esta lleva más de 6 años realizando trabajos de información, educación y prevención. Su presidenta, Poly Ugarte, contempla una notable mejoría en el tratamiento que se realiza en Ecuador: “Cuando nos iniciamos, nos encontramos con que el 80% de las mujeres que ingresaban en una institución entraba con la enfermedad regada en el cuerpo. El 70% fallecían, por no tener recursos, ya que un cáncer de mama lo mínimo que costaba era 10.000 dólares. El mayor reto al que nos enfrentamos es encontrar una cura. Mientras no se encuentre, lo único que podemos hacer es la detención temprana”. (35)

En la ciudad de Ambato el cáncer de mama es manejado directamente por el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA, esta entidad junto al Hospital Docente Ambato desde el 2007 vienen realizando campañas frente a esta patología, de igual manera incentivan el autoexamen y la prevención del cáncer.

Esta forma de dar a conocer sobre la prevención en la ciudad es conocida como campaña de detección oportuna del cáncer de mama, se extiende en todo el país e incluye el desarrollo de actividades educativas sobre la importancia de la prevención y detección precoz, técnica de autoexamen mamario, examen físico y se complementa con el acceso fácil y oportuno a la atención en los establecimientos de salud y exámenes radiológicos cuando se requieran. (35).

### **1.2.2 Análisis Crítico**

En la Parroquia A.N Martínez de la ciudad de Ambato acuden muchas mujeres con una edad entre 40 a 64 años, casi nunca preguntan o tienen conocimiento acerca de un cáncer tan común en nuestro país como el cáncer de mama, la adherencia a un programa de screening no se manifiesta ya que desconocen sobre la enfermedad, tienen miedo de consultar y lo principal no se brinda la suficiente información, y las

pacientes ignoran sobre el tema a pesar de las campañas realizadas en nuestra ciudad. La problemática inicia en el instante que no se brinda información, varias mujeres conocen sobre el tema pero no lo abordan ya que en muchas ocasiones tienen miedo, temor o recelo de hablar sobre el tema, en dicho centro de salud se brinda charlas de prevención pero la población no es interesada en la temática.

Debido a la problemática se tiene la necesidad de diseñar una propuesta sobre el screening de cáncer de mama, para identificar los factores que influyen en la poca adherencia al mismo.

### **1.2.3.- Prognosis**

Si no se da solución a la problemática a futuro, nos encontraremos con un alto índice de pacientes con cáncer en etapa avanzada, y enfermedades propias de la glándula mamaria.

### **1.2.4.- Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez?

### **1.2.5.- Preguntas directrices**

- ¿Cuáles son los motivos que tienen las pacientes entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez para no adherirse al screening de cáncer mamario?
- ¿Qué conocimientos poseen las pacientes entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez respecto a la prevención del cáncer de mama y su detección temprana?
- ¿Cuál es la actitud de las mujeres entre 40 y 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez frente al screening de cáncer de mama?

- ¿Cuál es el diseño de la propuesta sobre la adherencia al screening de cáncer de mama entre las mujeres de 40 y 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez?

#### **1.2.6.- Delimitación del objeto de investigación**

- Delimitación del problema
  - ❖ Campo: Medicina, prevención en salud
  - ❖ Área: Patología mamaria
  - ❖ Aspecto: Factores cognitivos y actitudinales
- Delimitación Espacial: Esta investigación se realizará con las pacientes entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la Parroquia Augusto N Martínez.
- Delimitación Temporal: Esta problema será estudiado en el periodo comprendido entre Febrero 2014 – Diciembre 2014

#### **1.3.- Justificación**

El interés principal de la presente investigación es determinar los factores actitudinales y cognitivos que influyen en la adherencia al screening de cáncer de mama, en las pacientes que acuden al subcentro de salud de la parroquia Augusto Nicolás Martínez en una edad comprendida entre 40 y 64 años, con esto facilitaremos el desarrollo del bienestar físico y emocional que permiten un correcto y buen proceso de vida para todas estas pacientes, y de manera directa diagnosticar temprana y oportunamente el cáncer de mama.

La investigación tiene mucha importancia ya que prácticamente es viable de realizar, la interacción con las pacientes es fácil de realizarla gracias al puesto de salud ubicado en este sector.

El presente tema de investigación es novedoso ya que en la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, las líneas de

investigación propuestas, insisten en investigar sobre este tema, que envuelve no solo a las habitantes del sector ya mencionado sino también a los estudiantes y futuros médicos de la carrera.

Los principales beneficiarios en la investigación son: Las pacientes, sus familias, y los habitantes de la Parroquia, la comunidad y el investigador.

El impacto que se daría con la investigación sería positivo ya que se podrá recolectar datos verdaderos que pueden ser facilitados por las propias pacientes.

Es factible de investigar ya que dispone de bibliografía sobre el problema planteado y acceso a la investigación de campo, así como recursos materiales requeridos para la investigación.

#### **1.4.- Objetivos**

##### **1.4.1.- General**

Determinar los factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez en el periodo Agosto 2014 – Noviembre 2014.

##### **1.4.2.- Específicos**

- Identificar los motivos por los cuales las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez no se adhieren al programa de screening del cáncer de mama
- Definir si la actitud de las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez influye en la adherencia al screening del cáncer de mama.
- Detectar los conocimientos que poseen las pacientes entre 40 a 64 a que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez respecto a la prevención del cáncer de mama y su detección temprana.

- Diseñar una propuesta sobre el screening de cáncer de mama brindada a mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- Investigaciones previas**

**Marcela Uchida S – Chile (2010) (35);** “Se sabe que el cáncer mamario detectado precozmente tiene una excelente sobrevida, alcanzando hasta un 98% a 10 años. El diagnóstico precoz ofrece además a la paciente la posibilidad de una cirugía menos mutilante y permite disminuir la morbi-mortalidad asociada a los tratamientos complementarios, como la radioterapia y quimioterapia.”

La forma de diagnosticarlo precozmente se ha discutido extensamente en la literatura, existiendo varios métodos para hacerlo: el auto-examen, el examen clínico, la mamografía y los exámenes complementarios convencionales y emergentes.

Dentro de los métodos de detección precoz de cáncer mamario, el único que ha demostrado hasta el momento beneficios en cuanto a la reducción de la mortalidad, es la mamografía

#### **Conclusión:**

Un diagnóstico temprano y oportuno del cáncer de mama permite un mejor manejo del mismo, la paciente con malignidad mamaria detectada precozmente, recibe un tratamiento menos agresivo y una sobrevida mucho más alta que una paciente con un cáncer avanzado, existen varios métodos para un screening de cáncer mamario, el primordial examen con beneficio es la mamografía, pero existen alternativas como el autoexamen y examen clínico brindado por un médico.

**Sociedad Argentina de terapia radiante oncológica - Argentina (2006) (13);** “Beneficios del Control mamográfico: Los beneficios del screening mamario, han



sido demostrados en numerosos estudios randomizados, desde mediados de la década de 1980 a la fecha. En dichos estudios se ve una reducción del índice de mortalidad por cáncer de mama en por lo menos un 25%. Esto quedó claramente demostrado en la población de 50 años o más, y en los últimos años, una gran parte de las sociedades científicas internacionales recomendaron comenzar el “tamizaje o screening” partir de los 40 en forma anual la incidencia y riesgo del cáncer de mama tienen un promedio del 13%, o sea que una cada 8 mujeres, tiene la posibilidad de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida. Las mujeres con un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) que haya padecido cáncer de mama tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor, que la población femenina en general.”

El alto riesgo familiar queda definido por 2 tumores de mama u ovario en una sola persona o varias, en familiares de I grado (madre, hermanas, hijas). En familiares de II y III grado (el resto de la familia), se requieren 3 tumores o más con similar distribución.

A partir de los 20 años, las mujeres pueden comenzar a realizarse su autoexamen mamario una vez por mes. El mejor momento para realizarlo es de 7 a 10 días después del comienzo del ciclo menstrual, cuando las mamas están menos tensionadas.

El valor real del autoexamen mamario, sigue siendo debatido por cuanto su aplicación no logró beneficios en la mortalidad, no obstante lo cual mantiene su importancia en el hecho de la concientización por parte de la mujer del cuidado de sus mamas.

### **Conclusión:**

Los riesgos de una mujer de padecer cáncer de mama son sumamente altos, 1 de cada 8 mujeres tienen riesgo de padecer esta enfermedad, el riesgo aumenta en pacientes con antecedentes familiares y no únicamente de mama si no de ovario también, la mamografía es el método de elección en el screening mamario, pero el autoexamen no pierde validez ya que es la manera más fácil de hacer conciencia en la mujer para

que revise su cuerpo en busca de anomalías y esta sea la manera inicial de iniciar el tamizaje

**Mario Pera, Ajendra Sanfurgo - Argentina (2013) (31);** “Un método de screening debe buscar el mayor beneficio en el hallazgo de la enfermedad en cuestión sometiendo a la mujer a un menor número de estudios, esto implica evaluar la relación costo-beneficio, los costos financieros y otros producidos por el screening en sí, la bibliografía reporta que la mamografía detecta imágenes sospechosas con una sensibilidad del 94% al 97% en mujeres por encima de los 50 años, versus 75 a 90% en mujeres de 40 – 49 años, por este motivo en mujeres menores de 50 es mayor la repetición de estudios y la utilización de otros estudios complementarios como la ecografía mamaria de alta resolución proyecciones mamográficas adicionales e intervencionismo mamario, lo que conlleva a un mayor presupuesto en una sola mujer.”

#### **Conclusión:**

El screening del cáncer de mama debe ser realizado de una manera correcta, evaluando los costos y beneficios del mismo, todo esto implica el examen con mamografía, la ecografía que a pesar de no ser tan validada como la mamografía de todas maneras se la realiza, las mujeres mayores a los 50 años son quienes

**Jesús García, Foncillas López – España (2014) (19);** “A través de un mejor entendimiento de los factores genéticos y ambientales que predisponen al desarrollo de cáncer de mama, se podría poner en marcha programas de screening más eficaces y actitudes terapéuticas y preventivas más eficientes, la mayor parte de los casos de cáncer de mama son esporádicos, presentándose en mujeres sin historia familiar, en general un incremento de 2 a 3 veces en el desarrollo de cáncer de mama se ha asociado con el diagnóstico de cáncer de mama en madre o hermanos, así pues el riesgo de una mujer de sufrir cáncer de mama está fuertemente relacionado con el número y tipo de parientes afectos, además la edad en la que estos fueron diagnosticados, esta agregación familiar constituye el resultado de múltiples

influencias genéticas, genes de susceptibilidad a cáncer con baja penetrancia y factores de riesgo ambientales, de forma estricta solo un 5-10% del cáncer de mama puede ser debido a un patrón de herencia autosómica dominante localizado en genes BRCA 1 Y BRCA 2.”

### **Conclusión:**

Se debe entender de mejor manera el ambiente en el que se desenvuelve una mujer con cáncer de mama, las estadísticas afirman que muchos de los casos detectados son casos de pacientes sin antecedentes familiares, pero la incidencia es alta también con pacientes que si presentan antecedentes en la familia, el estudio de los genes debe ser más exhaustivo ya que este es el principal factor que nos permitirá realizar mejores programas de screening.

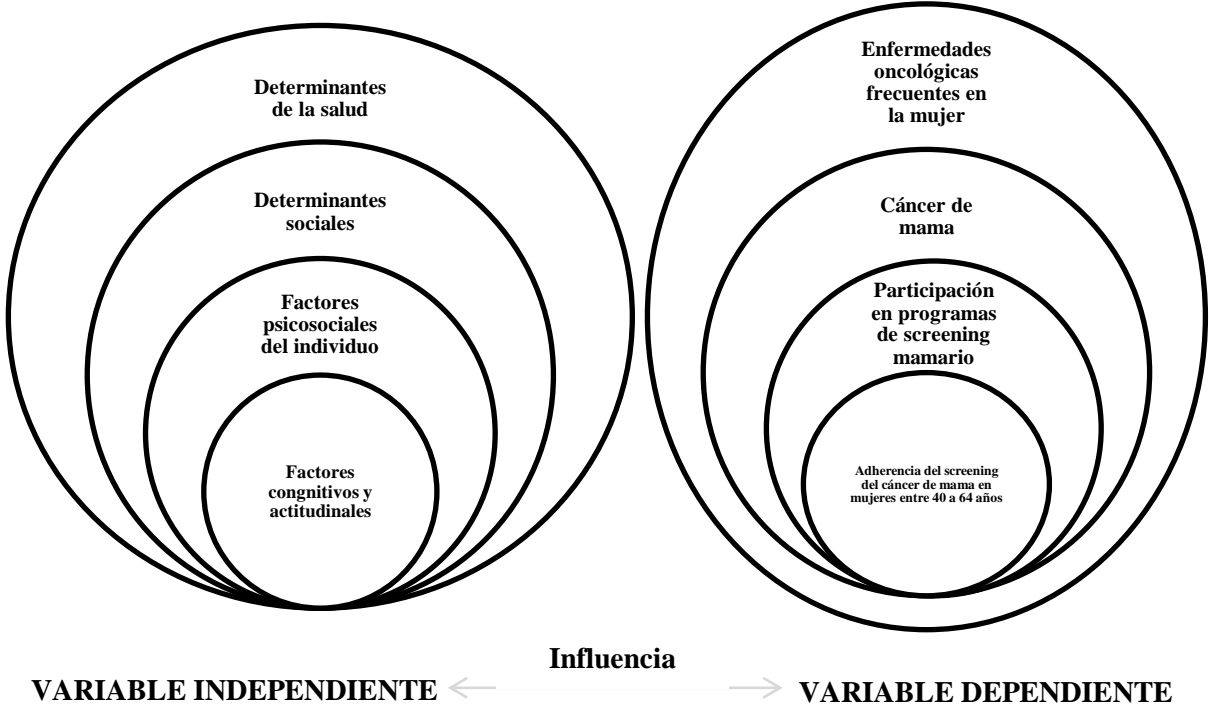
### **2.2.- Fundamentación filosófica**

El presente tema de investigación se enfoca en el Paradigma Crítico Propositivo, crítico porque pretende investigar los factores asociados a la adherencia del screening de cáncer de mama en las pacientes entre 40 a 64 años que acuden al Subcentro de salud de la Parroquia Augusto N Martínez, y propositivo porque se desea diseñar una propuesta de screening de cáncer de mama.

En el aspecto Axiológico está influida por valores, se necesita hacer una concienciación en las pacientes las cuales deben realizarse la autoexploración y acudir al puesto de salud a recibir información acerca de la patología mamaria.

En el aspecto Epistemológico habrá una acción transformadora para las pacientes ya que conocerán más acerca del screening y se identificara la adherencia al mismo.

**2.3.- Categorías fundamentales**



## **2.3.1 Contenido teórico y científico**

### **Factores cognitivos y actitudinales**

#### **2.3.1.1 Factores cognitivos:**

El aprendizaje se da de acuerdo a diversos procesos, tales como: operaciones del pensamiento, funcionamiento de los hemisferios, concentración y memoria, técnicas y estrategias de estudio. (38)

Operaciones del pensamiento:

Son procesos cognitivos (es decir, ocurren a nivel cerebral). Para enseñar a pensar, se debe fortalecer o estimular las siguientes operaciones del pensamiento:

- Percibir a través los órganos de los sentidos el mundo exterior según nuestra propia percepción.
- Observar descubriendo el mundo que nos rodea fijándonos en detalles tales como aromas, colores, sonidos, etc.
- Interpretar y analizar todo tipo de información, es decir, otorgándole un significado propio a las experiencias y separando las partes, desde los detalles a lo general.
- Asociar una cosa con otra buscando el punto en común.
- Clasificar en categorías los elementos según características o principios en común.
- Comparar estableciendo semejanzas, diferencias y relaciones entre dos cosas o conceptos.
- Expresar en forma oral o escrita nuestras ideas.
- Retener información, sintetizar resumiendo lo que comprendimos de una idea, deducir, entre otros.

Lo cognitivo es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de

aprendizaje o a la experiencia. La corriente de la psicología encargada de la cognición es la psicología cognitiva, que analiza los procedimientos de la mente que tienen que ver con el conocimiento. Su finalidad es el estudio de los mecanismos que están involucrados en la creación de conocimiento, desde los más simples hasta los más complejos.

El desarrollo cognitivo se enfoca en los procedimientos intelectuales y en las conductas que emanan de estos procesos. Este desarrollo es una consecuencia de la voluntad de las personas por entender la realidad y desempeñarse en sociedad, por lo que está vinculado a la capacidad natural que tienen los seres humanos para adaptarse e integrarse a su ambiente. La modalidad más frecuente de analizar los datos y de emplear los recursos cognitivos es conocido como estilo cognitivo. Cabe destacar que esto no está vinculado a la inteligencia ni al coeficiente intelectual, sino que es un factor propio de la personalidad. Otro concepto relacionado es el de prejuicio cognitivo, una distorsión que afecta al modo en que una persona capta lo real. A nivel general, se habla de distorsiones cognitivas cuando se advierten errores o fallos en el procesamiento de información. La terapia cognitiva o terapia cognitiva-conductual, por último, es una forma de intervención de la psicoterapia que se centra en la reestructuración cognitiva, ya que considera que las distorsiones mencionadas anteriormente producen consecuencias negativas sobre las conductas y las emociones. (38)

Aunque se describen funcionalmente de manera individual, interactúan en conjunto para obtener un comportamiento determinado. Para tener una idea de las implicaciones sociales y biológicas del desarrollo evolutivo del ser humano hay que mencionar brevemente algunos de los puntos más relevantes de las funciones cognitivas. Estas son la memoria, el lenguaje, la atención, el léxico, la percepción y la inteligencia

### **2.3.1.2 Factores actitudinales:**

El término se utiliza para referirse a todo aquello que tiene por objetivo determinar las disposiciones de ánimo manifestadas de algún modo para realizar ciertas actividades, ya sean de tipo educativas, sociales, laborales, etcétera.

Los aspectos actitudinales de las personas son determinantes a la hora de seleccionar a un determinado profesional, porque no solo es importante su nivel intelectual sino también actitudinal, que nos dice si realmente estás preparado para desempeñar dicha actividad.

No debe confundirse con aptitud, porque es la “capacidad o idoneidad para algo”: «Superará la prueba porque tiene una gran aptitud musical».

La actitud en sí es la predisposición positiva o negativa que el individuo demuestra hacia persona, objetos, ideas o situaciones. Predisposiciones estables a valorar y actuar que se basan en una organización relativamente duradera de creencias en torno a la realidad que predispone a actuar de determinada forma.

Los factores actitudinales se ven envueltos de la siguiente manera:

Sensibilidad a los problemas; Es el factor más característico de la persona creativa, es el que le lleva a buscar, indagar y preguntar. Generalmente, la persona creativa desconfía de lo establecido, ve fallos, problemas o deficiencias en su entorno. El individuo creativo es sensible a los problemas, necesidades, actitudes y sentimiento de los otros, presentando una aguda percepción ante todo lo extraño e inusual. Esta sensibilidad va unida a una disposición de apertura hacia los planteamientos y necesidades ajenas y personales, implica conocimiento y un uso profundo de los sentidos y la percepción, con la finalidad de descubrir, insistimos, nuevas formas, incongruencias y deficiencias. Gracias a ella se muestra un interés especial por lo afectivo. La sensibilidad se puede adquirir y mejora. (26)

Tolerancia; La podemos definir como la actitud que lleva al respeto y consideración hacia las opiniones y prácticas ajenas (Tejada, 1989). La adquisición y el desarrollo de esta actitud son necesarios tanto para los alumnos como para el profesorado o padres, ya que el proceder rígido mata la iniciativa, mientras que la tolerancia la estimula. Se debe estimular de manera especial la tolerancia al cambio, a la ambigüedad, a la complejidad y a la incertidumbre, ya que son características definitorias de nuestro mundo. Para fomentar esta actitud se ha de luchar contra la disposición natural del individuo al equilibrio y estabilidad de la verdad adquirida. (26)

Independencia y libertad; Consiste en adquirir la facultad de formular los juicios y decisiones necesarias para actuar de forma autónoma, por eso defiende que al niño y a la niña hay que enseñarles desde pequeños a asumir la responsabilidad de su conducta como autores y actores de los hechos.

Estas actitudes son las más características de las personas creativas. Por independencia entendemos igualmente, falta de subordinación. En cuanto a la libertad hemos de decir que influye bastante en el aprendizaje, pues para que éste sea posible, ha de contar con la actividad del sujeto, esta actividad necesita de la libertad y la voluntad, solo así el sujeto se desarrolla y crece (Gervilla, 1987). Las actitudes de tipo muy autoritario dificultan el crecimiento y desarrollo creativo de los sujetos.

Curiosidad; Es una de las actitudes más importantes, ya que se suele decir, que todo hombre es creativo en la medida en que es curioso. La curiosidad es el factor que genera inquietud en el individuo y le conduce a la búsqueda. Sin búsqueda no hay respuestas, la cantidad de ideas disminuirá hasta casi desaparecer, y de las pocas que aparezcan, si no hay cierta motivación por comunicarlas, morirán encerradas en la mente. En este sentido los niños tienen una mayor disposición a la creatividad que los adultos, ya que los primeros mantienen viva la curiosidad por lo que les rodea, no mostrándose satisfechos con explicaciones superficiales, sino que tratan de



profundizar, mientras que los adultos hacen alarde de prescindir de la incertidumbre, de esta manera, matan la curiosidad que les lleva a la búsqueda.

## **Conducta**

Está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

A la hora de hablar de conducta y del ser humano es muy frecuente que dentro de lo que es la inteligencia emocional se establezcan tres diferentes tipos del término que nos ocupa. Así, por ejemplo, en primer lugar se habla de lo que se da en llamar conducta agresiva que es la que tienen aquellas personas que se caracterizan por tratar de satisfacer sus necesidades, que disfrutan del sentimiento de poder, que les gusta tener la razón, que tienen la capacidad de humillar a los demás y que suelen ser enérgicas.

El segundo tipo de conducta establecida es el pasivo. En este caso concreto, quienes se caracterizan por tenerla son personas tímidas, que ocultan sus sentimientos, que tienen sensación de inseguridad y de inferioridad, que no saben aceptar cumplidos, que no cuentan con mucha energía para hacer nada y que los demás se aprovechan de ellos con mucha facilidad. (15)

La conducta asertiva es el tercer tipo citado. Las personas que la poseen tienen entre sus principales señas de identidad el que siempre cumplen sus promesas, que reconocen tanto sus defectos como sus virtudes, se sienten bien consigo mismos y hacen sentir también bien a los demás, respetan al resto y siempre acaban consiguiendo sus metas.

La conducta de un espécimen biológico está formada por patrones de comportamiento estables, mediados por la evolución, resguardada y perpetuada por la genética. Esta conducta se manifiesta a través de sus cualidades adaptativas, dentro de un contexto o

una comunidad. Es un indicador observable, físico de los procesos internos del individuo.

La conducta es un conjunto de actos de un hombre o un animal, exteriores y visibles para su observador. La conducta de un hombre revela, más que sus palabras, sus verdaderos pensamientos, sus propósitos y sus ideales. (38)

### **Acciones.**

Dejar de tener un rol pasivo para pasar a hacer algo o bien a la consecuencia de esa actividad. Se trata también del efecto que un agente tiene sobre una determinada cosa, del desarrollo de un combate, una lucha o una pelea, de un conjunto de determinados movimientos y gestos o de una sucesión de hechos o circunstancias. (15)

Actos que realiza una persona, con un fin determinado, en un ámbito específico y que afecta, incluye o comparte con otras personas.

### **Afectos sentimientos**

El afecto es un proceso interactivo que involucra a dos o más personas, si bien no existe una división estricta entre ambos conceptos. En otros autores, las afecciones se refieren al cuerpo, mientras que las emociones están vinculadas a la mente.

Según Baruch de Spinoza, las afecciones fundamentales son tres:

- 1) Alegría
- 2) Tristeza
- 3) Deseo

Trató de que esas partes fueran puramente corporales, de que estuvieran al nivel del apetito, es decir, no acompañadas por la conciencia. Las emociones, estrictamente hablando, suponen una idea del objeto; el amor, por ejemplo, es un modo de la conciencia que incluye una idea del objeto amado. Podemos mencionar las definiciones de los afectos, según Spinoza: El deseo es la esencia misma del hombre en cuanto es concebida como determinada a obrar algo por una afección cualquiera

dada por ella. La alegría es la transición del hombre de una menor a una mayor perfección. La tristeza es la transición del hombre de una mayor a una menor perfección.

El afecto Es una de las pasiones del ánimo. Se trata de la inclinación hacia a alguien o algo, especialmente de amor o cariño.

Los sentimientos se refieren a tanto a un estado de ánimos como a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. Por tanto, «estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, animal, cosa, recuerdo o situación en general»

También definido como el estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.

### **Creencias (37)**

Estado de la mente en el que un individuo considera como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa;1 cuando se objetiva, el contenido de la creencia contiene una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como afirmación.

Como mera actitud mental, que puede ser inconsciente, no es necesario que se formule lingüísticamente como pensamiento; pero como tal actúa en la vida psíquica y en el comportamiento del individuo orientando su inserción y conocimiento del mundo.

Antes de entrar de lleno a analizar el término creencia que nos ocupa, debemos determinar su origen etimológico. En este sentido, tendríamos que establecer que procede del latín, y más concretamente de lo que sería la suma del verbo credere, que

puede traducirse como “creer”, y del sufijo –entia, que es equivalente a “cualidad de un agente”.

Una creencia es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera.

Las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean.

Muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente del de los demás. Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento. Lo que vivimos tal como lo vivimos, depende más de la representación y elaboración de nuestro mapa mental, que del territorio "real" en sí. Por lo tanto el mapa no es el territorio.

A través de nuestro sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, al que estamos profundamente vinculados. Cuestionar una de nuestras creencias puede desestabilizar todo el sistema al afectar a aquellas otras que se derivan o están relacionadas con ella. Esta es la razón por la que somos muy reacios, en muchas ocasiones, a modificar alguna de nuestras creencias.

Las creencias se forman a partir de ideas que confirmamos o creemos confirmar a través de nuestras experiencias personales.

Cuando una creencia se instala en nosotros de forma sólida y consistente, nuestra mente elimina o no tiene en cuenta las experiencias que no casan con ella.

Las creencias son una fuerza muy poderosa dentro de nuestra conducta. Es bien sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es

imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que éste sea logrará convencerlo de que se puede realizar. Todos tenemos creencias que nos sirven como recursos y también creencias que nos limitan. Nuestras creencias pueden moldear, influir e incluso determinar nuestro grado de inteligencia, nuestra salud, nuestra creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito.

Son ideas que en un momento determinado llegaron a nosotros y porque si creímos, como el que cree que mañana sale el sol. Las creencias se han ido formando, ocupando un espacio, una energía, se han ido materializando dentro de nuestros conceptos más arraigados. Vienen a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido, son maneras que nosotros creemos tener y ser, y que vienen más de otras personas, educadores, padres, experiencias de nuestros padres, por los medios de comunicación o en el momento que algo nos ha sucedido muy fuerte y se ha producido una impregnación en nuestro consciente o en nuestro inconsciente. Creencias a veces escondidas en nuestro inconsciente, y que están teniendo una repercusión extraordinaria en nuestras vida, y es difícil acceder a ellas.

Tipos de creencias; Existen dos tipos de creencias:

- Creencias globales: Son generalizaciones que hacemos sobre la vida, el mundo, las personas, etc.
- Reglas; Son pautas que rigen nuestro comportamiento.

Las creencias, por otro lado, pueden ser potenciadoras o limitantes. Las primeras nos ayudan y potencian la confianza en nosotros mismos y en nuestras capacidades, permitiéndonos afrontar con éxito situaciones complejas. Las segundas nos restan energía y nos inhabilitan para afrontar determinadas situaciones.

Si nos creemos incapaces de aprender o consideramos que ya pasamos el período de nuestra vida en el que nos era fácil aprender cosas nuevas, estaremos bloqueando cualquier oportunidad de desarrollar nuevas competencias y habilidades.

También puede ocurrir que nos cueste mucho esfuerzo aprender muchas habilidades, porque al adquirirlas fácilmente nos quitarían la razón a nosotros mismos (de esta forma confirmamos nuestra propia creencia).

Para conseguir un pleno control de nuestra vida, debemos conocer cuáles son nuestras creencias esenciales, cambiar aquellas que nos están limitando y resolver los conflictos que pueden existir entre distintas creencias.

Cuando somos capaces de ver nuestras sombras y aceptar nuestras partes somos capaces de poner luz a nuestro camino. Es importante conocer nuestras creencias. Yo creo algo con respecto a lo que oigo, veo, vivo, hago. Yo puedo decir las mismas palabras a muchas personas, y cada una entender cosas distintas, porque cada uno tenemos creencias distintas.

### **Conocimiento (38)**

El conocimiento suele entenderse como:

Hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Lo que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo.

Conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación.

Representa toda certidumbre cognitiva mensurable según la respuesta a: ¿Por qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?

No existe una única definición de "Conocimiento". Sin embargo existen muchas perspectivas desde las que se puede considerar el conocimiento, siendo la consideración de su función y fundamento, un problema histórico de la reflexión filosófica y de la ciencia. La rama de la filosofía que estudia el conocimiento es la epistemología o teoría del conocimiento. La teoría del conocimiento estudia las

posibles formas de relación entre el sujeto y el objeto. Se trata por lo tanto del estudio de la función del entendimiento propia de la persona.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental.

La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información.

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito.

## **Adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años. (11)**

Screening, en medicina, también denominado cribado o tamizaje, es un anglicismo utilizado para indicar una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. La intención del screening es identificar enfermedades de manera temprana dentro de una comunidad. Esto permite la rápida gestión e intervención con la esperanza de que se reduzcan los efectos (dolor, fallecimiento) provocados por la enfermedad. (15)

La definición de screening mamario es la siguiente: examen de rutina realizado a una población asintomática para la detección de una enfermedad. Una vez diagnosticada la enfermedad esta debe tener tratamiento eficaz para disminuir la mortalidad. En el cáncer de mama este examen es la mamografía.

Actualmente, la evidencia publicada demuestra que en cáncer de mama existen tres caminos por medio de los cuales disminuir la mortalidad:

Quimioprevención: el P-1 publicado por Fisher demostró que el uso de tamoxifeno en mujeres de alto riesgo disminuía la incidencia de cáncer de mama al compararlo con el grupo placebo. Así, indirectamente disminuye la mortalidad.

Tratamiento adecuado en cuanto a calidad y oportunidad. El uso racional de la terapéutica locorregional (cirugía y radioterapia) y sistémica (quimioterapia y hormonoterapia) mejora la sobrevida y el control local.

Detección precoz o screening a través de la mamografía anual después de los 40 años de edad; diagnostica lesiones no palpables, que por lo tanto son estadios precoces que pueden tener un 98% de sobrevida a 10 años.

En Chile, el único programa de screening publicado fue realizado con mujeres de una institución bancaria y sus resultados son similares a los internacionales. (32)



### Tasa de incidencia en programas de screening según edad

- 40 - 49 años 1,6 x 1000 mamografías
- 50 - 59 años 2,5 x 1000 mamografías
- 60 - 69 años 3,8 x 1000 mamografías
- 70 - 79 años 4,3 x 1000 mamografías

En una población asintomática, sobre 40 años, que inicia un programa, se detectan seis a siete cánceres por año, después esta cifra se mantiene en 3,5 mujeres por año.

Otro concepto interesante es el de los factores de riesgo: historia familiar de cáncer de mama, antecedente personal de enfermedades proliferativas con atipias de la mama, menarquia precoz, edad del primer hijo, menopausia tardía entre otros, están presentes sólo en el 25% de las mujeres con cáncer de mama. El 75% no los tienen. Es por esto que el principal factor de riesgo es ser mujer y que, por lo tanto, basta eso para ingresar a uno de esos programas. (10)

Los criterios de elegibilidad son:

- Ser mayor de 40 años
- Asintomática
- Ser menor de 40 años pero con un familiar con cáncer de mama, en este caso el inicio es 10 años antes
- No estar embarazada
- No estar en período de lactancia
- No tener una mamografía los últimos 11 meses
- Vivir en el área definida para el centro de screening determinado

Evidencia (26).

Desde 1960 se han realizado nueve estudios randomizados importantes, que incluyen más de 500.000 mujeres entre 50 y 69 años de edad, y sus resultados han sido

concluyentes en demostrar el beneficio de la mamografía, con o sin el examen físico (evidencia nivel 1).

La reducción de la mortalidad por cáncer de mama es de alrededor de un 30% y este beneficio comienza a partir de los 5 años. Donde han existido algunas discrepancias son en la edad de comienzo, frecuencia, edad de término y el uso o no del examen físico hecho por especialista o autoexamen.

Edad de comienzo: existen siete estudios randomizados y un meta análisis que incluyen mujeres entre 40 y 49 años.

La reducción de la mortalidad es estadísticamente significativa, 16%, pero es la mitad del beneficio que en mujeres mayores de 50 años. La otra diferencia es que los beneficios se ven después de los 10 años de seguimiento. La recomendación del National Cancer Institute, American Cancer Society y Sociedad Chilena de Mastología es control desde los 40 años.

Los riesgos de iniciar el screening a esta edad radican en que la mamografía disminuye su sensibilidad, no detectando un 25% de los cánceres ductales infiltrantes, comparado con sólo un 10% de falsos negativos después de los 50 años.

La mamografía disminuye su especificidad, detectando mayor número de anormalidades que requieren estudios complementarios. De las biopsias realizadas a esta edad, una de cada ocho será un cáncer; en las mujeres mayores de 50 años, es una de cada cuatro.

Los hechos anteriores tienen consecuencias psicológicas importantes: las mujeres que no se sienten seguras y acusan temor de tener un cáncer que no se ve en la mamografía.

La detección precoz de cáncer in situ y de cánceres de bajo grado, muchas veces no le reporta beneficio a la paciente por cuanto su crecimiento es muy lento y tendría los

mismos resultados que diagnosticarlos después de los 50 años; así evitaríamos todas las consecuencias de este diagnóstico tan precoz.

Frecuencia: algunos sugieren que un control cada dos años sería suficiente. Actualmente existe evidencia que el examen anual es más beneficioso.

La dosis de radiación es de 0,3 rad por cada exposición mamográfica.

Disminución de la mortalidad según intervalo de controles:

- 40 - 49 años anual 36% cada 2 años 18%
- 50 - 59 años anual 46% cada 2 años 39%
- 60 - 69 años anual 44% cada 2 años 39%

La recomendación es de realizar el control una vez al año.

Edad de término: en la mayoría de los estudios randomizados, la edad límite de ingreso era 64 años de edad. Sólo existen dos con pacientes entre 70 y 74 años, cuyos resultados no son concluyentes.

La recomendación es informar a la paciente y decidir junto a su médico tratante si continuará con el programa después de los 69 años.

Un estudio de Satariano publicado en 1994, demostró que la detección precoz de un cáncer de mama, independiente de la edad, no se asocia con una disminución de la mortalidad si la paciente tenía tres de las siguientes condiciones: enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, diabetes o colelitiasis

Autoexamen: ninguno de los nueve estudios randomizados ha entregado datos que demuestre beneficio del autoexamen en la disminución de la mortalidad.

Hay dos estudios randomizados en marcha, de los que sólo tenemos resultados parciales.

El trabajo ruso incluyó 120.000 mujeres. Después de cuatro años, se ha logrado que sólo un 56% de ellas se haga el examen por lo menos cinco veces al año.

El estudio chino incluyó 267.040 mujeres. Después de cinco años no se ha demostrado beneficios en la detección de cáncer ni en la disminución de la mortalidad.

La recomendación actual es que no habiendo evidencias suficientes para incluirlo o eliminarlo, se considera un suplemento al screening.

"La solución del cáncer de mama no es la mamografía, ya que no todas las vidas se salvan con la detección precoz y no todos los cánceres son detectados con este método, pero hasta que no se descubra como prevenirlo, se encuentre una cura universal o un mejor método diagnóstico, el screening mamográfico es la mejor oportunidad que tienen hoy las mujeres para reducir la posibilidad de morir por un cáncer mamario".

Las posibilidades de curación de los cánceres de mama que se detectan en su etapa inicial (in situ) son prácticamente del 100%.

Se ha podido demostrar que, gracias a la realización de campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, la mortalidad por esta enfermedad ha disminuido de una forma significativa, al menos cuando se realiza en la edad de mayor incidencia (por encima de los 50 años).

Pruebas de diagnóstico precoz (6)

La técnica utilizada más eficaz es la mamografía, que consiste en una radiografía de las mamas capaz de detectar lesiones en estadios muy incipientes de la enfermedad (más información)

La mamografía permite detectar lesiones en la mama hasta dos años antes de que sean palpables y cuando aún no han invadido en profundidad ni se han diseminado a los ganglios ni a otros órganos.

Cuando el tumor se detecta en estas etapas precoces es posible aplicar tratamientos menos agresivos, que dejan menos secuelas físicas y psicológicas en la mujer.

La dosis de radiación empleada en la mamografía es mínima, por lo que resulta inofensiva.

Otros métodos complementarios a la mamografía son la exploración física, realizada periódicamente por el médico o por la propia mujer. Sin embargo, este método es poco eficaz y no permite diagnosticar tumores pequeños, que sí serían diagnosticados con una mamografía. Se estima que la mamografía permite detectar el 90% de los tumores y el examen físico menos de un 50%.

No se recomienda la realización de autoexploración de las mamas como único método de diagnóstico precoz, debido a su baja fiabilidad.

No existe evidencia para recomendar otros métodos diagnósticos distintos a la mamografía.

#### Campañas de screening (11)

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta en las campañas de screening son la edad en la que se incluye a la población dentro del grupo de riesgo, la edad en la que se excluye y el método de screening empleado.

En la actualidad se llevan a cabo programas de screening de cáncer de mama dirigidos a las mujeres de mayor riesgo, cuya edad está comprendida entre los 50 y los 65 años, mediante la realización de mamografías cada 1-2 años.

Recientemente, se está incorporando a los programas de screening las mujeres en edades entre 45-49 años y 65-69 años. No han demostrado un beneficio las campañas de diagnóstico precoz por encima de los 69 años ni por debajo de los 45 años.

En mujeres entre los 40 y 45 años solamente puede ser aconsejable si existen factores de riesgo elevado como el genético. Hay que tener en cuenta que la mamografía es menos sensible en mujeres con mamas densas como ocurre en el grupo de mujeres jóvenes.

A partir de los años sesenta, se diseñaron varios estudios clínicos para intentar responder si la Mamografía como método de screening tenía algún efecto sobre la mortalidad por cáncer de mama, en comparación con otras estrategias, tales como el auto-examen mamario y el examen físico mamario.

Ocho estudios randomizados han evaluado la efectividad de la Mamografía: en Estados Unidos (23), Suecia (48), en el Reino Unido (9) y Canadá (10-11). Se ha reclutado más de medio millón de mujeres, con seguimiento de más de 20 años, y se han realizado varias meta-análisis. Seis de los trabajos mencionados examinan la efectividad del screening en mujeres entre 40 a 74 años; uno enrola a mujeres de 40 años y sólo uno a mujeres de 50 años. Todos los estudios han sido ampliamente criticados por el sesgo de selección, tamaño de la muestra, técnicas, mamógrafos no óptimos etc., sin embargo, la evidencia obtenida de los meta-análisis concluye que la Mx de screening disminuye la mortalidad por cáncer de mama en un promedio de 24 % (18 a 30%). La excepción fue el polémico meta-análisis de Gotzche y Olsen ampliamente publicitado, que sólo incluye dos trabajos y concluye que no hay evidencia de que la Mx reduzca la mortalidad del cáncer mamario, opinión que ha sido refutada; incluso el trabajo se retiró de la base de datos Cochrane. (35).

El cáncer de mama es el más frecuente de los tumores maligno de la mujer. La incidencia en España es de 40-60/100.000 habitantes/año siendo la mortalidad en España de 28,2/100.000 habitantes/año. (37)

Hay que señalar que en nuestro país sólo se diagnostica un 15-20 % de tumores menores de 2 cm. frente al 60-70% de otros países. Asimismo, es importante destacar que las campañas de detección precoz pueden disminuir un 30-40% la mortalidad por cáncer de mama.

Shapiro, en 1963, demostró una reducción de la mortalidad producida por el cáncer de mama en un 30% (estudio HIP, Nueva York). Posteriormente, otros estudios (Suecia, Gran Bretaña, Utrecht) confirmaron los resultados de Shapiro y mejoraron la supervivencia hasta un 40%.

Por tanto, parece justificado la implantación en nuestro país de un screening para el cáncer de mama, ya que la única medida eficaz en la lucha contra la mortalidad producida por el cáncer de mama es su diagnóstico precoz.

Algunas personas visitan al médico únicamente cuando sienten dolor o cuando notan cambios, como por ejemplo, una masa o nódulo en el seno. Pero no se debe esperar hasta ese momento para ser examinado(a) debido a que el cáncer en las etapas iniciales puede no tener síntomas. Esa es la razón por la cual los programas de prevención en la detección de cáncer son importantes, particularmente a medida que se envejece.

La prevención primaria está dirigida a eliminar causas u origen del cáncer de mama. Al no ser esto posible, la acción a ejercer será la de suprimir los factores de riesgo nocivos y crear condiciones óptimas para el equilibrio de salud y enfermedad.

La prevención secundaria del cáncer de mama, es decir, el diagnóstico oportuno y precoz y el tratamiento adecuado en base a éste, va a condicionar claramente la disminución de la morbilidad y mortalidad general por cáncer de mama en la mujer.

En nuestro país está recomendado iniciar cribado de cáncer de mama mediante mamografías a partir de los 40 años y cada uno o dos años.

### **2.3.2 Mamografía (31)**

La mamografía es una radiografía de la mama que permite detectar de forma precoz la presencia de cáncer de mama. Es una radiografía especial, pues emite una dosis muy baja de radiación, y es capaz de detectar lesiones sospechosas de cáncer incluso menores a 100 micras de tamaño.

Existen dos tipos de mamografía, la de cribado y la diagnóstica:

- La mamografía de cribado se realiza en mujeres asintomáticas. Permite la detección de cáncer de mama en fases muy tempranas de su desarrollo, por lo que aumenta la probabilidad de realizar un tratamiento curativo de forma

precoz. Aunque cambia en los distintos países, en general el cribado (en inglés screening) se recomienda cada 1-2 años en mujeres entre 40 y 50 años, y cada año en mujeres de más de 50 años. A veces se recomienda realizar un cribado en mujeres menores de 40 años con una historia familiar de cáncer de mama, antecedentes de patologías mamarias, o mamas muy densas. La eficacia del cribado se ha demostrado claramente incluso en mujeres mayores de 80 años.

- La mamografía diagnóstica se realiza en mujeres sintomáticas, por ejemplo cuando hay un flujo anormal por el pezón, cuando se palpa un nódulo mamario, o cuando la mamografía de cribado no es normal. La mamografía diagnóstica lleva más tiempo que la de cribado, pues se realizan radiografías en distintas posiciones para estudiar adecuadamente el posible tumor y el tejido circundante. En mujeres con implantes mamarios o antecedentes personales de cáncer de mama muchas veces se realizan como cribado las técnicas propias de la mamografía diagnóstica para aumentar la sensibilidad de la prueba.

Estas son las cuestiones que debes tener en cuenta a la hora de someterte a una mamografía:

Duración: la prueba dura unos 15-30 minutos.

Ingreso: la prueba se hace de forma ambulatoria.

Medicamentos: no es necesario tomar ningún medicamento previo. Puede tomar su medicación habitual.

Comida: no hace falta ir en ayunas.

Ropa: puede llevar la ropa que desee aunque conviene algo que sea fácil de quitar, pues le pedirán que deje al descubierto el pecho. Tampoco conviene llevar objetos metálicos (pendientes, pulseras, etcétera) pues le solicitarán que los retire durante la prueba.



Documentos: puede llevar los informes previos con información sobre su salud, y mamografías previas por si es necesario compararlas con la que se va a realizar.

Contraindicaciones: no hay contraindicaciones absolutas. No se suele realizar en mujeres por debajo de 30 años pues el tejido mamario es más denso y la prueba no es fiable. Conviene informar al médico de la posibilidad de estar embarazada o si está dando de mamar.

Embarazo y lactancia: la realización de una mamografía se considera segura durante el embarazo y la lactancia pues la dosis de radiación es muy baja. Sin embargo, las mamas son más densas durante el embarazo y la lactancia, por lo que la prueba es menos fiable. Conviene consultar con el médico sobre el riesgo y el beneficio de realizar o posponer la prueba, o sobre la posibilidad de sustituirla por otra prueba como la ecografía de mamas.

Otras consideraciones

No utilice desodorante, polvos de talco, ni ningún tipo de loción o crema sobre las mamas o las axilas el día de la prueba, pues podría interferir en el resultado de la misma.

El mejor momento para realizar la prueba es una semana después de la regla pues es cuando las mamas están menos sensibles.

Conviene informar al médico del uso de tratamientos hormonales, antecedentes de cirugías sobre la mama, o si tiene antecedentes personales o familiares de cáncer de mama.

Para la realización de la mamografía le pedirán que se desvista y se desprenda de joyas y objetos metálicos de cintura para arriba. Le facilitarán una bata desechable para cubrirse. Se examina cada mama de forma individual. Para ello, se comprime la mama entre dos placas de plástico. Esta compresión permite obtener imágenes de calidad de toda la mama y con menos dosis de radiación. Habitualmente se toman

imágenes de arriba a abajo y de un lado al otro de la mama. Pueden ser necesarias imágenes desde otras posiciones. A veces se hacen unas pequeñas marcas en la piel para localizar regiones que conviene estudiar con detenimiento, o lesiones en la piel. En el momento en el que se toman las imágenes hay que permanecer muy quieta y le pueden pedir que mantenga un instante la respiración. El técnico que toma la radiografía estará en un cuarto adyacente desde el que activará la emisión de rayos X. Tras la prueba, puede que le pidan que espere un poco, pues el técnico examinará las imágenes y le dirá si es necesario repetir la toma de alguna de ellas.

Las posibles complicaciones de esta prueba son muy escasas:

- La radiación es extremadamente pequeña por lo que se considera una prueba muy segura.
- No queda ningún resto de radiación en el cuerpo tras el procedimiento.
- La compresión de la mama entre las dos placas puede resultar algo molesta. En caso de que la compresión sea dolorosa, se le puede indicar al técnico para que realice la prueba con una compresión menor.

Tras la realización de la prueba, un médico especialista examinará detenidamente las imágenes. El resultado suele estar disponible en unos días. Si no le dan los resultados en unos días, conviene preguntar por ellos y no asumir que la prueba es normal.

Hay que tener en cuenta que la mamografía tiene algunas limitaciones. Puede no detectar algún cáncer, dando lugar a lo que en medicina llamamos falsos negativos, o puede diagnosticar erróneamente un cáncer cuando no lo hay, lo que llamamos falsos positivos.

En general los resultados pueden ser los siguientes: (31)

- Todo normal.
- Hallazgo de alguna lesión benigna, no cancerosa, que no requiere un seguimiento diferente al habitual.

- Hallazgo de alguna lesión probablemente benigna, pero que requiere un seguimiento más estrecho.
- Hallazgo de una lesión sospechosa de ser maligna por lo que se sugiere considerar la realización de una biopsia.
- Hallazgo de una lesión con alta probabilidad de ser maligna. Se sugiere tomar medidas para un diagnóstico preciso.

La mamografía es la exploración más eficaz para detectar precozmente los tumores malignos de mama. Consiste en la realización de una radiografía especial de las mamas con un aparato de rayos X diseñado para tal fin llamado mamógrafo. Con muy baja dosis de radiación (0,1 a 0,2cGy por radiografía) se detectan múltiples problemas, fundamentalmente el cáncer de mama incluso en etapas muy precoces de su desarrollo.

Es una prueba sencilla y no dolorosa, aunque en ocasiones puede resultar molesta, ya que es preciso realizar presión sobre la mama para mejorar la calidad de la imagen. Para que ninguna zona de la mama quede sin explorar generalmente se realizan dos proyecciones por cada mama. Si la imagen observada en la mamografía es compatible con una lesión benigna lo más probable es que se repita la exploración pasados 4 a 6 meses.

Si se detecta una imagen sospechosa de malignidad, el médico solicitará más pruebas de imagen para conocer la naturaleza de la lesión (ecografía, resonancia nuclear magnética) y/o la realización de biopsia.

La mamografía tiene limitaciones, especialmente en las mujeres jóvenes debido a que sus mamas suelen tener un tejido glandular denso. En ese caso, se complementa con una ecografía. Es muy importante comparar la prueba con mamografías previas. Procura facilitar las que tengas de años anteriores.

En la mamografía se pueden apreciar una serie de signos que indican, con bastante precisión, si la lesión es sospechosa de malignidad o no. Entre ellos destacan:

Calcificaciones: se trata de pequeños depósitos de minerales que aparecen como pequeñas manchas blancas en las radiografías. Las muy pequeñas se llaman micro calcificaciones y pueden aparecer aisladas o en grupo. Significa que hay cambios en la mama que requieren una vigilancia. Las calcificaciones pueden corresponder a tumores benignos y, menos a menudo, a tumores malignos.

Masas: pueden corresponderse ser lesiones benignas, como es el caso de un fibroma, o malignas. Pueden contener calcificaciones o no.

Quistes: es una colección de líquido en el seno de un pequeño saco dentro de la mama. La exploración diagnóstica se debe completar con una ecografía mamaria. Puede ser necesario evacuar el líquido para ser analizado histológicamente. Es raro que un quiste sea maligno.

### **2.3.3 Autoexamen (10) Remitirse a la sección de ANEXO 3.**

El examen personal de seno es uno de los métodos más eficaces y que tiene la mujer a su alcance para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Este examen consiste en la palpación detallada de cada seno para detectar la aparición de alguna alteración o anormalidad.

Es muy importante que se realice cada mes con el fin de que la mujer se familiarice con la apariencia y consistencia de sus senos.

Paso 1:

Colóquese frente a un espejo, observe y revise ambos senos en busca de hoyuelos, desviaciones del pezón o descamación de la piel, especialmente en la areola.

Paso 2:

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

Paso 3:

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

Paso 4:

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

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

Paso 5:

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

Paso 6:

Los médicos recomiendan, además, realizar el paso número 4 acostada boca arriba con una almohada o toalla doblada debajo del hombro. Levante el brazo y colóquelo

sobre la cabeza. Esta posición distribuye el tejido mamario uniformemente sobre la región central y permite entrever mejor las lesiones tumorales pequeñas. Con la mano derecha palpa el seno izquierdo. Como se indicó en el paso 4, lo mismo con el seno derecho.

#### **2.3.4 Examen clínico (16)**

El examen de las mamas es muy importante en las mujeres, especialmente para detectar precozmente la presencia de un cáncer. Se efectúa mediante la inspección y la palpación. El examen debe ser prolijo, respetando siempre el pudor de la paciente.

En la mama existe tejido glandular y fibroso, grasa subcutánea y retromamaria. El tejido glandular se organiza en lóbulos y lobulillos que drenan a los conductos galactóforos, los que a su vez desembocan en el pezón. Con la edad el componente glandular se atrofia y es remplazado por grasa. Para localizar las lesiones en las mamas, se divide virtualmente en cuatro cuadrantes. Casi todo el tejido glandular se encuentra en el cuadrante superior externo, el cual se prolonga hacia la axila formando una cola. El drenaje linfático se efectúa principalmente hacia la axila, pero también a regiones claviculares y estructuras profundas del tórax.

##### **1) Inspección**

En la inspección se observan ambas mamas tratando de descubrir asimetrías, abultamientos, deformaciones, retracciones, etc. El examen se efectúa estando la paciente acostada, sentada o de pie (hay que recordar que es una parte más del examen físico). Para distinguir asimetrías entre una y otra mama puede ser conveniente pedir a la persona que se siente y que ponga sus brazos a los lados en forma de jarra y empuje con sus manos contra las caderas. Después, se examina solicitándole que levante los brazos hacia arriba.

En las aréolas mamarias es posible distinguir unas prominencias pequeñas que corresponden a glándulas sebáceas (tubérculos de Montgomery) y algunos folículos pilosos.

Algunas mujeres presentan más debajo de las mamas, siguiendo la dirección de una supuesta línea mamaria embrionaria, unas formaciones solevantadas que corresponden a pezones, y eventualmente, mamas supernumerarias (recordar que esta condición es normal en animales mamíferos).

Si el pezón de una mama está aplanado o retraído (umbilicado) y esto ha ocurrido en el último tiempo, conviene tener presente la posibilidad de una lesión cancerosa que haya retraído el pezón. Si esta condición es antigua, probablemente no indique una condición de cuidado como la anterior.

## **2) Palpación**

La palpación se efectúa habitualmente estando la paciente acostada de espalda. Se le pide que levante el brazo del lado que se va a examinar y coloque la mano detrás de la cabeza. Toda la glándula debe ser examinada, incluyendo los cuatro cuadrantes, el tejido bajo del pezón y la cola de las mamas. Además, se deben examinar las axilas.

El examen se efectúa presionando con los dedos contra la pared torácica. El recorrido puede ser en forma radial (desde el pezón a la periferia hasta completar todo el círculo) o por cuadrantes.

Si se tiene la sensación de palpar un nódulo, es necesario precisar:

- La ubicación
- El tamaño
- La forma y si se logra delimitar con facilidad (bordes)
- La consistencia
- Si es sensible
- Si es posible desplazar o está adherido a los tejidos vecinos.
- Si la piel está comprometida (ejemplo: enrojecida o con aspecto de “piel de naranja”)

Al tener la sensación de palpar un nódulo puede ser de ayuda palpar a continuación con las dos manos, para precisar mejor las características de la lesión.

Las mamas grandes son más difíciles de examinar y existe mayor riesgo que no sea posible palpar algunos nódulos.

En mujeres en edad fértil, es frecuente que en el período justo antes de su menstruación las mamas aumenten un poco de volumen, se hagan más sensibles y se palpen numerosos nódulos del tamaño de granos de arroz. Que no tienen mayor cuidado.

Las mamografías y ecografías complementan el examen de las mamas para precisar mejor la naturaleza de lesiones que se palpan o descubrir otras que no fue posible detectar.

Indudablemente la palpación y la inspección son acciones conjuntas y mediante ellas se va recogiendo información.

Factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama:

- Tener familiares cercanos que hayan tenido cáncer de mama haber tenido cáncer de mama.
- La edad (entre 40 años y por lo menos hasta los 65 a 70 años, dependiendo también de los antecedentes familiares)
- Una menarquia precoz (antes de los 12 años)
- El primer parto después de los 30 años
- No haber tenido hijos
- Una menopausia después de los 55 años

Es conveniente que las mujeres tengan el hábito de auto examinarse (ojalá una vez al mes). Para esto levantan el brazo y se examinan la mama de ese lado con la otra mano. Una buena oportunidad es hacerlo al ducharse o al acostarse. Si están acostumbradas a examinarse, notarán precozmente una lesión que esté apareciendo.



Algunas alteraciones:

Entre las lesiones palpables destacan:

- Nódulos que corresponden a una enfermedad fibroquística de las mamas
- Lesiones de bordes nítidos que corresponden a fibroadenomas (son más frecuentes en mujeres jóvenes)
- Lesiones que corresponden a un cáncer de mamas.

Si se palpa algo anormal, como un nódulo, va a ser necesario efectuar un estudio de imágenes (una mamografía, que eventualmente se complementa con una ecografía para distinguir entre nódulos sólidos y quistes).

Salida de líquido por un pezón:

Puede salir en forma espontánea o al exprimir la glándula o el pezón mismo. Este líquido puede ser:

- Galactorrea: es la salida de leche en condiciones en que la mujer no está lactando después de un embarazo. Entre las principales causas destacan trastornos endocrinológicos y ciertos medicamentos.
- Ser una secreción serosa, hemática o serohemática: en estos casos cabe plantear la posibilidad de una lesión intraductal (habrá que identificar por cuál conducto galactóforo sale el líquido).
- Secreción purulenta en relación a un proceso infeccioso

Examen de las axilas:

La palpación de las axilas tiene especial importancia por la posibilidad de encontrar ganglios comprometidos. Separando un poco el brazo, el examinador palpa la axila presionando contra la pared torácica. Con su mano derecha, palpa la axila izquierda, y con la mano izquierda, la axila derecha.

### **Monitoreo (13)**

Los problemas cardiacos siguen siendo un problema real pero muy manejable para las mujeres sometidas a distintos tratamientos para el cáncer de mama.

Dos estudios que aparecen en línea en la edición del 14 de agosto del Journal of Clinical Oncology subrayan la necesidad de monitorear a las pacientes que tomen Herceptin, así como a las que estén sometidas a radioterapia.(21)

El primer estudio halló que las mujeres que reciben Herceptin a largo plazo están en riesgo de problemas cardiacos, aunque el riesgo es reversible.

"Observamos el uso a largo plazo de Herceptin y hallamos que, aunque la toxicidad cardiaca era considerable, los efectos secundarios se pueden tratar exitosamente, cosa que no se sabía con claridad", aseguró el Dr. Francisco Esteva, autor principal del artículo y profesor asociado de medicina del Centro de cáncer M.D. Anderson de Houston. "Para muchas pacientes que responden al tratamiento, la toxicidad cardiaca es reversible. Es algo que se puede manejar y las pacientes pueden volver a Herceptin, cosa que muchas hicieron".

Entre el 20 y 25 por ciento de todos los cánceres de mama tienen niveles anormalmente elevados del receptor HER2/neu y, como resultado, son generalmente más agresivos. Herceptin (trastuzumab) bloquea la actividad del receptor al unirse a la parte del receptor en el exterior de la célula. El medicamento ha cambiado radicalmente el pronóstico para las mujeres que tienen este tipo e cáncer de mama, sobre todo cuando se usa en combinación con quimioterapia. El medicamento ahora es una terapia estándar para los que tienen cáncer de mama metastático HER2 positivo.

El estudio se enfocó en 218 pacientes de cáncer de mama metastático que habían recibido Herceptin durante al menos un año (el tiempo medio fue de 21.3 meses). De esas, se pudo evaluar a 173 por problemas cardiacos. El seguimiento medio fue de 32.6 meses.

El 28 por ciento de las pacientes experimenta un evento cardíaco, muchos de los cuales no causaron síntomas, y todos fueron reversibles. Una paciente murió de insuficiencia cardíaca congestiva. (21)

"Me parece que en ciertas situaciones, el medicamento simplemente es una maravilla, aunque tiene un lado oscuro por la insuficiencia cardíaca", aseguró el Dr. Jay Brooks, presidente de hematología y oncología del Sistema de Salud Ochsner de Baton Rouge, Luisiana. "La buena noticia es que, la mayoría del tiempo, cuando se reconoce la insuficiencia cardíaca, se retira el medicamento, se le da tratamiento a la paciente y, en muchos casos y según la situación clínica, se restablece Herceptin". (21)

"Es prudente ser muy cuidadoso al administrar estos medicamentos", agregó.

"Le recomendamos a todas las pacientes hacerse una evaluación cardíaca de línea de base antes de comenzar un tratamiento y dejarse dar seguimiento de un cardiólogo que esté familiarizado con esto", agregó Esteva.

El segundo estudio halló que las mujeres que estaban en las primeras etapas de cáncer de mama que recibieron radiación del lado izquierdo del tórax eran más propensas a desarrollar enfermedad cardíaca en el transcurso de 20 años que las que la recibieron en el lado derecho. Sin embargo, incluso aquellas que recibieron radiación del lado izquierdo no estaban en mayor riesgo de muerte por problemas cardíacos.

Investigadores de la Universidad de Pensilvania compararon la incidencia de la enfermedad cardíaca en 477 mujeres que estaban en las primeras etapas de cáncer de mama del lado derecho y 484 mujeres que estaban en las primeras etapas de este tipo de cáncer del lado izquierdo. Todas habían sido tratadas con terapias actuales de radiación entre 1977 y 1994 y se les hizo seguimiento durante una media de 12 años.

A los 20 años, el 6.4 por ciento de las pacientes de cáncer del lado izquierdo habían muerto de problemas cardíacos, en comparación con 3.6 por ciento de las que lo tenían del lado derecho.

Una cuarta parte de las mujeres que recibieron radiación del lado izquierdo del tórax desarrollaron enfermedad de la arteria coronaria, en comparación con 10 por ciento de las del grupo del lado derecho. Además, el 15 por ciento de las del grupo del lado izquierdo sufrió un ataque cardíaco, en comparación con apenas 5 por ciento del otro grupo. Las mujeres que tenían hipertensión arterial antes de comenzar la terapia del lado izquierdo estaban en un riesgo aún mayor de enfermedad cardíaca.

Debido a que la radiación es cada vez más enfocada, es probable que este riesgo se reduzca aún más en el futuro, según los expertos.

"El uso de las técnicas actuales de radiación ha cambiado muchísimo para eliminar la toxicidad cardíaca", sostuvo Brooks. "Las probabilidades de tener efectos secundarios por la radiación de las lesiones del lado izquierdo son reducidas, pero son reales".

Las mujeres deberían reducir y preferiblemente eliminar otros factores de riesgo modificables de enfermedad cardíaca como hipertensión, obesidad y tabaquismo

#### **2.4.- Hipótesis**

Los factores cognitivos y actitudinales influyen a la adherencia del screening de cáncer de mama en mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez.

#### **2.5.- Señalamiento de variables**

**2.5.1 Variable Independiente:** Factores cognitivos y actitudinales

**2.5.2 Variable Dependiente:** Adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años.

**2.5.3 Término de relación:** y su influencia

## **CAPÍTULO III.**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1.- Enfoque investigativo**

Se trata de una investigación predominantemente cualitativa, cuantitativa, y crítico propositiva, es cualitativa porque privilegia técnicas cualitativas buscando la comprensión de los fenómenos sociales, con un enfoque contextualizado, orientado a la formación de hipótesis, es cuantitativo ya que busca las causas de los hechos que estudia con una medición controlada orientado a la comprobación de hipótesis, crítica propositiva ya que privilegia la interpretación, comprensión y explicación de los fenómenos sociales en perspectiva de su totalidad.

#### **3.2.- Modalidad básica de la investigación**

El diseño de la investigación responde a las siguientes modalidades:

- a) **De campo**, porque la investigación se realiza en el lugar de los hechos, el investigador toma contacto en forma directa con la realidad para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto.
- b) **Documental Bibliográfica**, Tiene el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías conceptualizaciones de diversos autores sobre una cuestión determinada, basándose en documentos, libros, revistas, artículos científicos, publicaciones, internet.

#### **3.3.- Nivel o tipo de la investigación**

La metodología de la investigación también debe considerar los niveles o tipos de la investigación, puesto de cada uno de ellos tiene sus propias características que se articulan con los objetivos:

- **Exploratorio.-** Tiene una metodología más flexible, de mayor amplitud y dispersión, genera hipótesis, reconoce variables, indaga un problema poco investigativo o desconocido en un contexto particular.
- **Descriptivo.-** Su metodología es comparar entre dos o más fenómenos, situaciones o estructura, caracterizar una comunidad, distribuir datos, variables consideradas aisladamente.
- **Correlacional.-** Permite predicciones estructuradas, análisis de correlación (sistema de variaciones), medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado.

### **3.4.- Población y muestra**

La población o universo es la totalidad de elementos a investigar.

El número de población del presente trabajo de investigación son todas las pacientes entre 40 a 64 años de edad que acudan al Subcentro de Salud en la Parroquia Augusto Nicolás Martínez, en el período Febrero – Diciembre del 2014 un total de 101pacientes.

### **3.5.- Criterios de Inclusión y exclusión**

#### **Inclusión:**

- Mujeres entre 40 a 64 años residentes en Augusto Nicolás Martínez, y que acudan al puesto de salud ubicado en la misma localidad.

#### **Exclusión:**

- Mujeres menores de 40 años
- Mujeres mayores de 64 años
- Mujeres con algún tipo de neoplasia maligna
- Pacientes que firmen el consentimiento informado para ser incluidas en la investigación.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes en periodo de lactancia.

**3.6.- Operacionalización de las variables - Variable Independiente: Factores cognitivos y actitudinales**

<b>Concepto</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems Básico</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Factores relacionados al conocimiento. Al cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia. Factores relacionados a la disposición de ánimo manifestada de algún modo	Conocimiento          Experiencia	Nivel de educación   Nivel socioeconómico   Enfermedades previas   Antecedentes familiares	¿Qué nivel de educación tienen las pacientes?   ¿Cuál es el nivel socioeconómico de las pacientes?   ¿Qué enfermedades previas poseen las pacientes?   ¿Cuáles son los antecedentes familiares que tienen las pacientes?	Encuesta	Cuestionario estructurado

	Ánimo	Actitud  Motivos	¿Qué actitud tienen las pacientes?  ¿Cuáles son los motivos de las pacientes para no adherirse al screening?		
--	-------	------------------------	--	--	--



**Variable Dependiente:** Adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años.

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básico	Técnica	Instrumento
Apego al protocolo de manejo preventivo del cáncer de mama	Protocolo	Centro de salud  Área de salud	¿Se aplica correctamente el protocolo en las áreas y centros de salud?	Encuesta	Cuestionario estructurado
	Preventivo	Mamografía	¿Cómo se realiza la mamografía?		

		Autoexamen  Examen clínico	¿Cómo se realiza el examen clínico mamario?  ¿Cómo se realiza el autoexamen mamario?		
--	--	----------------------------------	--	--	--

### 3.7.- Técnicas e instrumentos

En la investigación se aplicará la técnica de la Encuesta con el instrumento cuestionario para determinar los factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia Augusto Nicolás Martínez en el periodo Febrero 2014 – Diciembre 2014. Se realizará una encuesta con el propósito de realizar una investigación evidente

### 3.8.- Plan de recolección de la información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación
2. ¿De qué personas u objetivos?	De las pacientes que acuden al subcentro de la Parroquia Augusto N Martínez
3. ¿Sobre qué aspectos?	Factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	Investigador
5. ¿A quiénes?	A las pacientes que acuden al subcentro de salud
6. ¿Cuándo?	En el periodo Febrero 2014 – Diciembre 2014
7. ¿Dónde?	En el Subcentro de la Parroquia Augusto N Martínez

8. ¿Cuántas veces?	Las que sean necesarias para aplicar el instrumento
9. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuestas.
10. ¿Con qué?	Cuestionario estructurado

Se contempla estrategias metodológicas requeridas para los objetivos e hipótesis de investigación.

### **3.9.- Plan de procesamiento de la información**

Se realiza una revisión crítica de la información recogida, repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación, tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis, estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

Se puede utilizar una representación tabular, la misma que se realiza cuando los datos numéricos son ordenados en filas y columnas con las especificaciones correspondientes, según el tipo y características de dichos datos.

También se utiliza las Representaciones gráficas o figuras tomando en cuenta las formas de cada una y para que se las puede utilizar.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis e interpretación de encuestas

Realizada la recolección y tabulación de la información, se procede a exponer los resultados obtenidos en la aplicación de las técnicas de investigación, a través, del procesamiento tabular y estadístico; para analizar e interpretar la información recolectada, a la luz del problema, marco teórico, metodología, estableciendo las conclusiones preliminares que posteriormente serán sintetizadas y jerarquizadas en el (Capítulo V) de las conclusiones y recomendaciones.

Las conclusiones obtenidas serán el umbral para el diseño de la propuesta de solución. Los resultados tienen validez y confiabilidad, se validan por cuanto las encuestas a las pacientes se aplicaron en el lugar de los hechos con la guía de la investigadora.

El orden del análisis e interpretación de los resultados será el siguiente:

- Análisis de tablas de contingencia, seguido del análisis del chi cuadrado de cada variable, tanto con los factores cognitivos y actitudinales en relación a la adherencia al screening

**TABLA 1: Contingencia Cognitiva**

		Examen Medico		Mamografía		Autoexamen	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI
		Recuent o	Recuent o	Recuent o	Recuent o	Recuent o	Recuent o
COGNITIVO:	NO	33	8	34	7	18	23
Familiares con cáncer	SI	43	17	50	10	28	32
Conoce autoexamen	NO	30	10	36	4	18	22
	SI	46	15	48	13	28	33
Conoce como se realiza autoexamen	NO	35	11	40	6	21	25
	SI	41	14	44	11	25	30
Día ciclo para autoexamen	NO	71	22	80	13	43	50
	SI	5	3	4	4	3	5
Nivel educación	NO	4	0	3	1	3	1
	SI	72	25	81	16	43	54
Sabe de personas sufren cáncer	NO	27	4	24	7	17	14
	SI	49	21	60	10	29	41
Subcentro brinda información	NO	49	5	44	10	27	27
	SI	27	20	40	7	19	28

Elaborada por Gabriel Molina G

Para la elaboración de la tabla de contingencia se procedió a tomar en cuenta las preguntas del cuestionario que tienen que ver con los factores cognitivos y se compararon con la adherencia al screening mamario que conlleva las preguntas destinadas al examen médico a la mamografía y al autoexamen, los valores en las preguntas fueron dados de 2 para las respuestas SI, SIEMPRE, FRECUENTEMENTE, mientras que el valor de 1 fue para NO, A VECES, NUNCA.

**TABLA 2: Chi cuadrado Cognitivo**

		Examen Medico	Mamografía	Autoexamen
COGNITIVO	Chi	1,018	,003	,075
Familiares con cáncer	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,313	,957	,784
Conoce autoexamen	Chi	,002	2,208	,008
	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,963	,137	,000
Conoce como se realiza autoexamen	Chi	,032	,866	,000
	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,858	,352	,000
Día ciclo para autoexamen	Chi	,758	6,828	,227
	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,384 <sup>a</sup>		,032
Nivel educación	Chi	1,370	,199	1,457
	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,242 <sup>a,b</sup>	,656 <sup>a,b</sup>	,227 <sup>a</sup>
Sabe de personas sufren cáncer	Chi	3,372	1,056	1,558
	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,066	,304	,212
Subcentro brinda información	Chi	14,955	,236	,929
	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,000 <sup>*</sup>	,021	,011

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

a. Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5.

\*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

b. Las frecuencias esperadas de casilla mínimas en esta subtabla son inferiores a uno.

Como se puede observar en la tabla el conocimiento acerca de familiares con antecedentes de cáncer no influye en que las pacientes se realicen el examen médico mamario, en cuanto a la mamografía y al autoexamen tampoco tiene influencia.

Conocer acerca del autoexamen mamario no influye significativamente en que las pacientes se realicen el examen médico, la mamografía pero sí en que conozcan cómo realizárselo.

Que las pacientes sepan realizarse el autoexamen mamario no influye en que el médico les realice el examen clínico mamario, en que las pacientes se realicen la mamografía pero si influye en que las pacientes por obvias razones conozcan el autoexamen mamario.

El conocimiento acerca de qué día del ciclo menstrual se debe realizar el autoexamen no influye en que el médico realice el examen clínico mamario, tampoco influye en que las pacientes se hayan realizado una mamografía pero si influye en que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario.

El nivel de educación de las pacientes no influye para nada en que se adhieran al screening mamario, de la misma forma conocer o saber de personas que hayan sufrido cáncer de mama no tiene influencia tampoco.

La información brindada por el subcentro de salud influye de manera directa en que las pacientes soliciten se les realice el examen clínico mamario, pidan información y conozcan acerca del autoexamen y conozcan de igual manera sobre la mamografía.

HO: Los factores cognitivos no influyen en la adherencia al screening de cáncer de mama.



H1: Los factores cognitivos influyen en la adherencia al screening de cáncer de mama.

Debido a que existen resultados mayores de 0,05 en varios valores de chi cuadrado se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 3: Contingencia Actitudinal**

		Examen Medico		Autoexamen		Mamografía	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ACTITUDINAL	NO	15	4	8	11	16	3
Miedo	SI	61	21	38	44	68	14
Le gustaría recibir información del scs	NO	76	25	46	55	84	17
	SI	0	0	0	0	0	0
Le gustaría información métodos prevención detección	NO	76	25	46	55	84	17
	SI	0	0	0	0	0	0

Elaborada por Gabriel Molina G

**TABLA 4: Chi cuadrado actitudinal**

		Examen Medico	Autoexamen	Mamografía
ACTITUDINAL	Chi	,172	,112	,018
Miedo	cuadrado			
	gl	1	1	1
	Sig.	,0,26	,040	,033
Le gustaría recibir información scs	Chi	.	.	.
	cuadrado			
	gl	.	.	.
	Sig.	.	.	.
Le gustaría información métodos prevención detección	Chi	.	.	.
	cuadrado			
	gl	.	.	.
	Sig.	.	.	.

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

a. Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5.

La tabla nos indica que el miedo en las pacientes influye en que se adhieran al screening de cáncer mamario, y que la actitud a recibir información sobre esta enfermedad es positiva.

H0: El miedo y la actitud de las pacientes no influyen en que se adhieran al screening de cáncer de mama.

H1: El miedo y la actitud de las pacientes influyen en que se adhieran al screening de cáncer de mama.

Los valores de chi cuadrado son  $< 0,05$ , por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

➤ Análisis e interpretación de datos por medidas de regresión lineal

**TABLA 5: Regresión Lineal Cog. Examen Medico**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3,500	7	,500	3,037	,066 <sup>a</sup>
	Residual	15,312	93	,165		
	Total	18,812	100			

a. Variables predictoras: (Constante), Cog\_Sabedepersonas\_sufrencancer, Cog\_Dia\_ciclo\_para\_autoexamen, Cog\_Nivel\_educacion, Cog\_Subcentro\_informa, Cog\_Familiares\_con\_cancer, Cog\_Conoce\_autoexamen, Cog\_Conoce\_comose\_realiza\_autoexamen

b. Variable dependiente: Examen\_Medico

H0: Los factores cognitivos no influyen en que las pacientes soliciten o permitan que se les realice el examen clínico mamario.

H1: Los factores cognitivos influyen en que las pacientes soliciten o permitan que se les realice el examen clínico mamario.

Se acepta la hipótesis nula ya que la regresión es mayor a 0,05 que es el valor aleatorio, y se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 6: Regresión Lineal Cog. Autoexamen**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	,950	7	,136	,524	,019 <sup>a</sup>
	Residual	24,100	93	,259		
	Total	25,050	100			

a. Variables predictoras: (Constante), Cog\_Sabedepersonas\_sufrencancer, Cog\_Dia\_ciclo\_para\_autoexamen, Cog\_Nivel\_educacion, Cog\_Subcentro\_informa, Cog\_Familiares\_con\_cancer, Cog\_Conoce\_autoexamen, Cog\_Conoce\_comose\_realiza\_autoexamen

b. Variable dependiente: Autoexamen

H0: Los factores cognitivos no influyen en que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario

H1: Los factores cognitivos influyen en que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario

Se rechaza la hipótesis nula ya que la regresión es menor a 0,05 que es el valor aleatorio, y se acepta la hipótesis alterna.

**TABLA 7: Regresión lineal Cog Mamografía**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1,547	7	,221	1,632	,136 <sup>a</sup>
	Residual	12,592	93	,135		
	Total	14,139	100			

a. Variables predictoras: (Constante), Cog\_Sabedepersonas\_sufrencancer, Cog\_Dia\_ciclo\_para\_autoexamen, Cog\_Nivel\_educacion, Cog\_Subcentro\_informa, Cog\_Familiares\_con\_cancer, Cog\_Conoce\_autoexamen, Cog\_Conoce\_comose\_realiza\_autoexamen

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1,547	7	,221	1,632	,136 <sup>a</sup>
	Residual	12,592	93	,135		
	Total	14,139	100			

- a. Variables predictoras: (Constante), Cog\_Sabedepersonas\_sufrencancer, Cog\_Dia\_ciclo\_para\_autoexamen, Cog\_Nivel\_educacion, Cog\_Subcentro\_informa, Cog\_Familiares\_con\_cancer, Cog\_Conoce\_autoexamen, Cog\_Conoce\_comose\_realiza\_autoexamen
- b. Variable dependiente: Mamografía

H0: Los factores cognitivos no influyen en que las pacientes se realicen la mamografía.

H1: Los factores cognitivos influyen en que las pacientes se realicen la mamografía.

Se acepta la hipótesis nula ya que la regresión es mayor a 0,05 que es el valor aleatorio, y se rechaza la hipótesis alterna.

En lo correspondiente a los factores actitudinales no se pueden realizar líneas de regresión ni tampoco pruebas de chi cuadrado ya que las pacientes manifestaron que si les gustaría recibir información sobre esta enfermedad, y conocer mas acerca de los métodos de prevención y detección del screening de cáncer de mama.

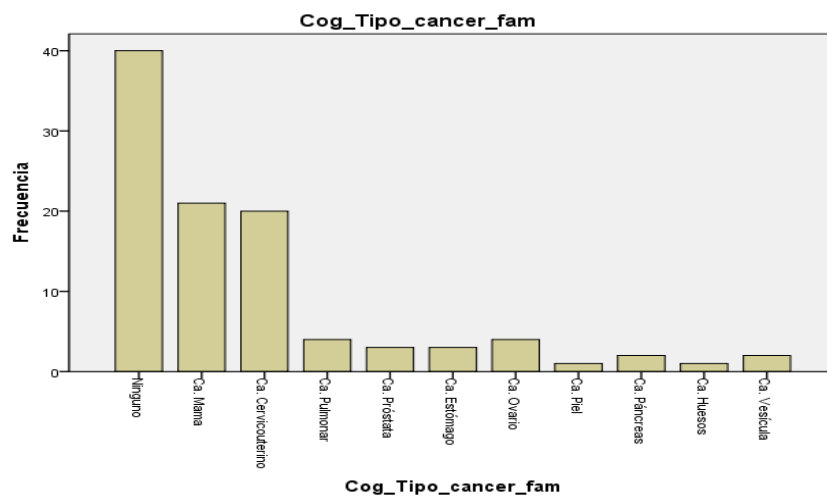
- Análisis e interpretación del cuestionario dirigido a las pacientes.

**TABLA 8: Cognitivo: antecedentes de cáncer y tipo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válidos Ninguno	40	39,6	39,6	39,6
Ca. Mama	21	20,8	20,8	60,4
Ca. Cervicouterino	20	19,8	19,8	80,2
Ca. Pulmonar	4	4,0	4,0	84,2
Ca. Próstata	3	3,0	3,0	87,1
Ca. Estómago	3	3,0	3,0	90,1
Ca. Ovario	4	4,0	4,0	94,1
Ca. Piel	1	1,0	1,0	95,0
Ca. Páncreas	2	2,0	2,0	97,0
Ca. Huesos	1	1,0	1,0	98,0
Ca. Vesícula	2	2,0	2,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

**GRAFICO 1**



La tabla y el gráfico nos indica que de un total de 101 pacientes evaluadas 40 respondieron que NO tienen familiares con algún tipo de cáncer, y 61 respondieron que SI tienen familiares con antecedentes de cáncer, del 100% el SI corresponde a un 60,4% y de estos el tipo de cáncer que con más frecuencia aparece es el cáncer de mama con un 20,8%, le sigue el cáncer cervicouterino con un 19,8%, seguidos por el cáncer pulmonar y ovárico ambos con un 4 %. Se demuestra así que la mayoría de pacientes conocen de alguna forma la enfermedad y saben que tener antecedentes de cáncer mamario influye en que se desarrolle este en las mismas pacientes.

**TABLA 9: Pacientes consideran que están informadas**

Elaborado por Gabriel Molina G

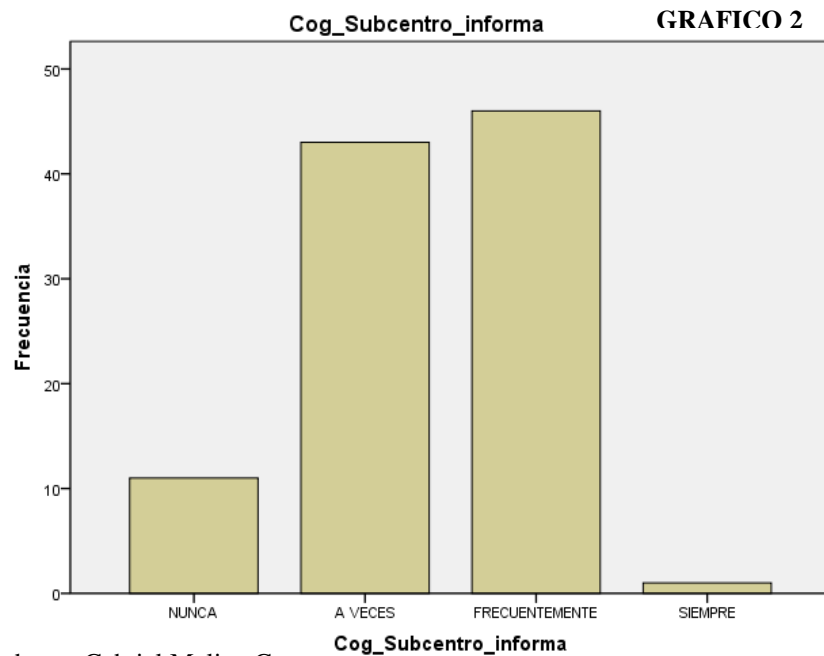
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	74	73,3	73,3	73,3
SI	27	26,7	26,7	100,0
Total	101	100,0	100,0	

La tabla N9 nos indica que 74 pacientes respondieron que No están bien informadas sobre los métodos de prevención y detección del cáncer de mama, corresponde a un 73,3%, mientras que 27 pacientes respondieron que sí, los valores nos indican que las pacientes conocen poco acerca de los métodos para el control mamario.

**TABLA 10: Subcentro informa sobre métodos de prevención y detección**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NUNCA	11	10,9	10,9	10,9
A VECES	43	42,6	42,6	53,5
FRECUENTEMENTE	46	45,5	45,5	99,0
NTE				
SIEMPRE	1	1,0	1,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G



Elaborado por Gabriel Molina G

La tabla N10 y el gráfico N2 nos indican que de todas las pacientes evaluadas 46 manifiestan que el subcentro de salud FRECUENTEMENTE les brinda información, 43 reportan que A VECES, 1 SIEMPRE y 11 NUNCA, se observa así que el

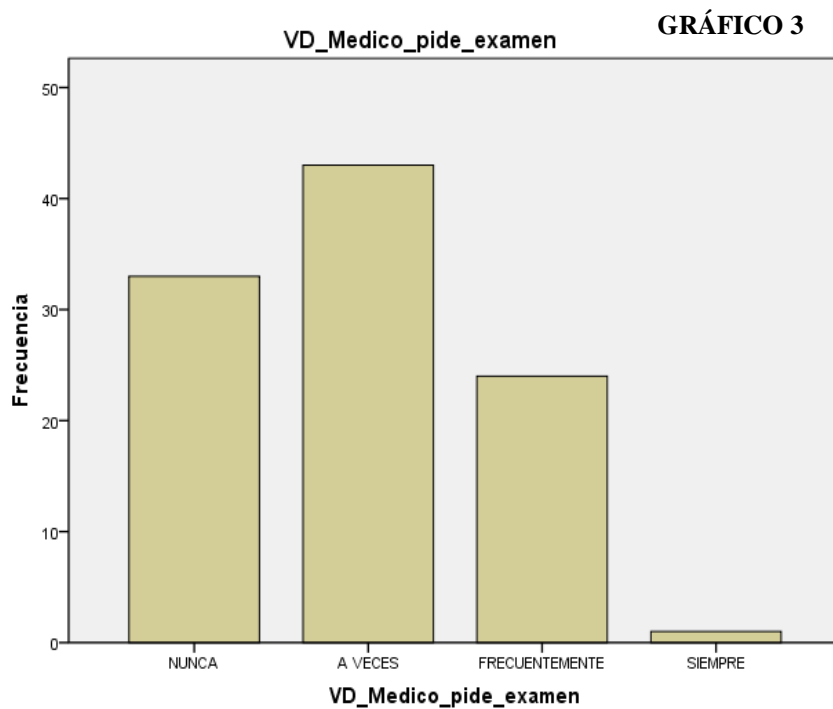


subcentro de salud brinda adecuadamente la información sobre la enfermedad ya dicha, que no se lo hace siempre pero si se lo realiza con frecuencia.

**TABLA 11: Variable examen clínico mamario**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NUNCA	33	32,7	32,7	32,7
A VECES	43	42,6	42,6	75,2
FRECUENTEMENTE	24	23,8	23,8	99,0
SIEMPRE	1	1,0	1,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G



La tabla N11 y el gráfico N3 nos indican que en el puesto de salud se solicita únicamente a veces que a las pacientes se les realice el examen clínico de mamas, esto demuestra la falta de apego de las pacientes al control mamario, ya que el puesto de salud si lo realiza no con frecuencia pero lo realiza.

**TABLA 12: Variable conoce autoexamen**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	40	39,6	39,6	39,6
SI	61	60,4	60,4	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

Los resultados de la tabla 12 nos indican que de todas las pacientes evaluadas, la mayoría conocen sobre el autoexamen mamario 60,4%, esto es muy beneficioso ya que tanto el puesto de salud como las campañas de prevención y detección llegan a la mayoría de las pacientes.

**TABLA 13: Variable sabe realizarse el autoexamen**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	46	45,5	45,5	45,5
SI	55	54,5	54,5	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

Los resultados de la tabla 13 nos indica que la mayoría de las pacientes sabe cómo realizarse el autoexamen mamario con un 54,5 % pero no existe mucha diferencia entre las que no saben cómo hacerlo que es un 45,5%, de igual manera es beneficioso que se sepan realizar el autoexamen pero un alto porcentaje tampoco sabe cómo hacerlo.

**TABLA 14: Variable se ha realizado el autoexamen**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NUNCA	58	57,4	57,4	57,4
A VECES	33	32,7	32,7	90,1
FRECUENTEMENTE	9	8,9	8,9	99,0
NUNCA				
SIEMPRE	1	1,0	1,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Los resultados de la tabla 14 nos indican que únicamente 1 paciente sigue de manera exacta el programa de control mamario realizándose siempre el autoexamen, pero la mayoría manifiesta que nunca lo ha hecho, lo cual es muy preocupante ya que como sabemos y se mencionan en anteriores datos el puesto de salud si informa pero las pacientes no concientizan el verdadero riesgo de la enfermedad.

**TABLA 15: Cognitivo: cuando se realiza el autoexamen**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO SABE CUANDO	72	71,3	71,3	71,3
A LA MITAD DEL CICLO	5	5,0	5,0	76,2
DÍAS DE MENSTRUACIÓN	16	15,8	15,8	92,1
HASTA 1 SEMANA DESPUÉS DE MENSTRUAR	8	7,9	7,9	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

Los resultados de la tabla 15 nos indican que la mayoría de pacientes no saben cuándo realizarse el autoexamen, y únicamente 8 pacientes saben cuando en realidad hacerlo

**TABLA 16: Cognitivo: hijos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	5	5,0	5,0	5,0
SI	96	95,0	95,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

La tabla 16 nos indica que la mayoría de las pacientes tienen hijos, esto indica que existe un factor de riesgo menos en esta población aunque el 5% de las pacientes no lo tienen

**TABLA 17: Cognitivo: número de hijos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	5	5,0	5,0	5,0
1,00	12	11,9	11,9	16,8
2,00	22	21,8	21,8	38,6
3,00	20	19,8	19,8	58,4
4,00	22	21,8	21,8	80,2
5,00	10	9,9	9,9	90,1
6,00	7	6,9	6,9	97,0
7,00	2	2,0	2,0	99,0
10,00	1	1,0	1,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

La tabla 17 nos indica que la mayoría de pacientes tienen con mayor frecuencia de 2 a 4 hijos, reduciendo el factor de riesgo para cáncer mamario.

**TABLA 18: Cognitivo: Mamografía**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	83	82,2	82,2	82,2
SI	18	17,8	17,8	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

La tabla 18 nos indica que la mayoría de pacientes no se realizan la mamografía inclusive muchas de ellas no tienen conocimiento sobre este examen en específico, por lo que se observa la falta de actitud de las pacientes hacia el control del cáncer mamario.

**TABLA 19: Cognitivo: nivel de educación**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNO	6	5,9	5,9	5,9
PRIMARIA	39	38,6	38,6	44,6
SECUNDARIA	50	49,5	49,5	94,1
UNIVERSITARIA	6	5,9	5,9	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

La tabla 19 nos indica que la mayoría de pacientes tienen terminado el nivel secundario de educación seguido de pacientes que han terminado la primaria.

**TABLA 20: Cognitivo: conocimiento de otras personas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	31	30,7	30,7	30,7
SI	70	69,3	69,3	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Elaborado por Gabriel Molina G

La tabla 20 nos indica que la mayoría de pacientes tienen conocimiento de la enfermedad, pero su falta de actitud hace que no tengan conocimiento profundo de los métodos de detección y prevención como se notó anteriormente.

**TABLA 21: Actitudinal: miedo al cáncer**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	19	18,9
	SI	82	81,1
	Total	101	100

La tabla 21 nos indica que la mayoría de las pacientes no se realiza el control mamario por miedo a tener en realidad cáncer mamario.

#### 4.2 Verificación de la hipótesis

- COGNITIVO LAS PACIENTES TIENEN CONOCIMIENTO DE FAMILIARES CON CÁNCER / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer no acuden al centro de salud para que el médico les realice el examen clínico mamario.

H1: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer acuden al centro de salud para que el médico les realice el examen clínico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , y se rechaza la hipótesis alterna.

La influencia del conocimiento de familiares que han sufrido algún tipo de cáncer en las pacientes les incentiva acudir al médico para realizarse el control mamario, de la misma forma los estudios y varios autores confirman la hipótesis alterna. “En el caso de los tumores malignos de mama, la existencia o no de antecedentes familiares de cáncer de mama o cualquier otro tipo de cáncer, constituye un factor relevante a tener en cuenta. Así, según datos del estudio desarrollado por Lancaster (2005), hasta 18% de las mujeres con cáncer de mama tenían antecedentes familiares de este tipo de cáncer y de otros tipos. De acuerdo con Maheu y cols (2008) y Qiu y cols (2010) serían las mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2 las responsables de gran parte de los casos con patrón hereditario familiar.” (20)



**TABLA 22: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,379 <sup>a</sup>	3	,337
Razón de verosimilitudes	3,739	3	,291
Asociación lineal por lineal	,080	1	,777
N de casos válidos	101		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42. Elaborado por Gabriel Molina G

➤ **COGNITIVO** Las Pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer no tienen conocimiento alguno sobre el autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer tienen conocimiento sobre el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , y se rechaza la hipótesis alterna.

El conocimiento de familiares que han sufrido algún tipo de cáncer en las pacientes influye en el incentivo a conocer sobre el autoexamen mamario un estudio realizado en Cuba confirma la hipótesis alterna. “En Cuba el carcinoma mamario es un azote

para la población femenina de ahí que tanto el médico como la enfermera se ocupen de divulgar aspectos relacionados con esta enfermedad y contribuir a librar esta lucha en favor de la mujer. Los objetivos de este trabajo estuvieron encaminados a profundizar en el conocimiento que tiene una población femenina sobre el autoexamen mamario, determinar si conoce la técnica correcta y las vías por donde obtuvieron la información siendo uno de los influyentes el antecedente de algún tipo de cáncer hereditario, también reflejar el conocimiento que tiene de la influencia de la lactancia materna sobre el cáncer mamario y determinar su criterio sobre la naturaleza de los nódulos de mamas.” (22)

**TABLA 23: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,931 <sup>a</sup>	1	,165		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,400	1	,237		
Razón de verosimilitudes	1,926	1	,165		
Estadístico exacto de Fisher				,216	,118
Asociación lineal por lineal	1,912	1	,167		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,63.

Elaborado por Gabriel Molina G

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,931 <sup>a</sup>	1	,165		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,400	1	,237		
Razón de verosimilitudes	1,926	1	,165		
Estadístico exacto de Fisher				,216	,118
Asociación lineal por lineal	1,912	1	,167		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,63.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO Las Pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer no tienen conocimiento sobre el procedimiento para realizarse el autoexamen mamario. H1: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer tienen conocimiento sobre el procedimiento para realizarse el autoexamen mamario. Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $< 0,05$ , por lo tanto se acepta la hipótesis alterna. El conocimiento de familiares que han sufrido algún tipo de cáncer no influye en que las pacientes sepan realizarse correctamente el autoexamen mamario, ya que el médico está obligado a informar acerca de los

métodos de prevención y de igual manera debe incentivar a las pacientes a consultar acerca del método adecuado para realizarse el autoexamen mamario, por lo tanto que exista un cáncer como antecedente no influye en que el médico brinde una correcta información a todas las pacientes. (41)

**TABLA 24: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,900 <sup>a</sup>	1	,048		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	3,140	1	,076		
Razón de verosimilitudes	3,913	1	,048		
Estadístico exacto de Fisher				,068	,038
Asociación lineal por lineal	3,861	1	,049		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,13.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Las Pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer no se realizan el autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer se realizan el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 25: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,540 <sup>a</sup>	3	,316
Razón de verosimilitudes	3,954	3	,266
Asociación lineal por lineal	1,647	1	,199
N de casos válidos	101		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42. Elaborado por Gabriel Molina G

➤ **COGNITIVO** Las Pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer no se preocupan por realizarse la mamografía.

H1: Las pacientes que tienen familiares con algún tipo de cáncer se preocupan por realizarse la mamografía.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

Uno de los principales factores que influyen en que las pacientes no se realicen la mamografía es su propia actitud, el miedo de padecer un cáncer. Leticia Moral miembro de la AECC (Asociación Española contra el Cáncer), manifiesta que las principales "excusas" para no participar en los programas de cribado del cáncer de mama son el miedo al diagnóstico, ya que la mayoría asegura que si "le ha tocado" sufrir un cáncer "prefiere no saberlo" y la ausencia de señales de alarma, pues muchas creen 'que a partir de cierta edad hay menos riesgos'. Asimismo, en este trabajo se aprecia "una pérdida de credibilidad en el beneficio de las mamografías", pues muchas de estas mujeres aseguran conocer casos de mujeres diagnosticadas con un cáncer de mama poco después de realizarse una mamografía de resultado negativo.

**TABLA 26: Pruebas de chi-cuadrado - cognitivo las pacientes tienen conocimiento de familiares con cáncer / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,380 <sup>a</sup>	1	,066		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,480	1	,115		
Razón de verosimilitudes	3,600	1	,058		
Estadístico exacto de Fisher				,112	,055
Asociación lineal por lineal	3,347	1	,067		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,49.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Conocimiento del tipo de cáncer / VD Médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.

H0: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares no acuden al médico para realizarse el examen clínico físico mamario.

H1: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares acuden con más frecuencia al médico para realizarse el examen clínico físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se descarta la hipótesis alterna.

En el artículo de Cáncer de mama hereditario de Vidal Milián del 2008 manifiesta que se han identificado muchos factores de riesgo, sin embargo, la historia familiar de cáncer de mama se encuentran entre los más importantes para este padecimiento, teniendo aproximadamente dos veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad los familiares de primer grado de una paciente afectada. La mayoría de los casos familiares de cáncer de mama se presentan a una edad temprana, comparados con aquellos casos esporádicos y por lo tanto se considera un mayor papel de los factores genéticos en su desarrollo. La hipótesis alterna se sustenta de esta manera ya que pacientes con antecedentes de cáncer y en especial con de mama se preocupan por su salud y acuden a que el médico realice el control mamario. (21)

**TABLA 27: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,812 <sup>a</sup>	30	,780
Razón de verosimilitudes	26,082	30	,671
Asociación lineal por lineal	3,604	1	,058
N de casos válidos	101		

a. 37 casillas (84,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Elaborado por Gabriel Molina G



- COGNITIVO Conocimiento del Tipo de cáncer / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares y especialmente si es un cáncer mamario no conocen acerca del autoexamen mamario. H1: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares y especialmente si es un cáncer mamario conocen acerca del autoexamen mamario. Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna. Se cree que alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos de cáncer de seno son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de defectos genéticos heredados de uno de los padres. BRCA1 y BRCA2: la causa más común de cáncer de seno hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2. En las células normales, estos genes ayudan a prevenir el cáncer al producir proteínas que evitan el crecimiento anormal de las células. Si usted heredó de sus padres una copia mutada de cualquiera de estos, tiene un alto riesgo de padecer cáncer de seno en el transcurso de su vida. Los autores confirman que el riesgo de padecer de cáncer de mama teniendo ya un antecedente familiar es muy alto por lo tanto se sustenta la hipótesis alterna. (10)

**TABLA 28: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,245 <sup>a</sup>	10	,162
Razón de verosimilitudes	17,452	10	,065
Asociación lineal por lineal	,242	1	,622
N de casos válidos	101		

a. 16 casillas (72,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Elaborado por Gabriel Molina G

➤ **COGNITIVO** Conocimiento del Tipo de cáncer / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares no saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el resultado es  $< 0,05$ , se acepta la H1.

El saber acerca de qué tipo de cáncer sufrieron los familiares de las pacientes no influye en que sepan realizarse el autoexamen ya que existen diversos tipos de cáncer

y por más que en la hipótesis anterior se compruebe que si conocen acerca del autoexamen las pacientes no saben cómo realizárselo.

**TABLA 29: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,169 <sup>a</sup>	10	,014
Razón de verosimilitudes	27,396	10	,002
Asociación lineal por lineal	,368	1	,544
N de casos válidos	101		

a. 16 casillas (72,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Conocimiento del Tipo de cáncer / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares no se realizan el autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares se realizan el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el resultado es  $> 0,05$ , se rechaza la H1.

Conocer qué tipo de cáncer tuvieron los familiares de las pacientes nos permite afirmar que en alguna ocasión en sus vidas las pacientes si se realizaron el autoexamen mamario.

**TABLA 30: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,510 <sup>a</sup>	30	,079
Razón de verosimilitudes	32,963	30	,324
Asociación lineal por lineal	1,922	1	,166
N de casos válidos	101		

a. 38 casillas (86,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Conocimiento del Tipo de cáncer / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares no se realizan la mamografía.

H1: Las pacientes que tienen conocimiento de que tipo de cáncer sufrieron sus familiares se realizan la mamografía.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el resultado es  $> 0,05$ , se descarta la H1.

**TABLA 31: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo conocimiento del tipo de cáncer / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,252 <sup>a</sup>	10	,162
Razón de verosimilitudes	14,418	10	,155
Asociación lineal por lineal	1,943	1	,163
N de casos válidos	101		

a. 18 casillas (81,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO PACIENTES CONSIDERAN QUE ESTÁN BIEN INFORMADAS SOBRE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama no indica que acudan al centro de salud a que el médico realice el examen físico mamario.

H1: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama indica que acuden al centro de salud a que el médico realice el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 32: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,400 <sup>a</sup>	3	,494
Razón de verosimilitudes	2,729	3	,435
Asociación lineal por lineal	1,252	1	,263
N de casos válidos	101		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama no indica que conozcan acerca del autoexamen mamario.

H1: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama indica que conozcan acerca del autoexamen mamario. Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna. Las pacientes que conocen sobre el cáncer de mama son pacientes que conocen acerca del autoexamen mamario. El ginecólogo Germán Oviedo de la AECC (Asociación Española de lucha contra el cáncer), manifiesta que el autoexamen mamario le permite a la mujer conocer su propio cuerpo; al realizarlo conoce su propia mama y puede detectar alguna alteración. Esto puede llevarla a la consulta y al diagnóstico precoz, que es el objetivo fundamental. (25)

**TABLA 33: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,533 <sup>a</sup>	1	,216		
Corrección por continuidad	1,016	1	,313		
Razón de verosimilitudes	1,572	1	,210		
Estadístico exacto de Fisher				,256	,157
Asociación lineal por lineal	1,518	1	,218		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,69.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama no indica que sepan realizarse el autoexamen mamario.

H1: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama indica que saben realizarse el autoexamen mamario.



Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 34: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,216 <sup>a</sup>	1	,137		
Corrección por continuidad	1,595	1	,207		
Razón de verosimilitudes	2,255	1	,133		
Estadístico exacto de Fisher				,177	,103
Asociación lineal por lineal	2,194	1	,139		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,30.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama no indica que alguna vez en su vida se hayan realizado el autoexamen mamario.

H1: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama indica que alguna vez en su vida se hayan realizado el autoexamen mamario.

Se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 35: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,322 <sup>a</sup>	3	,062
Razón de verosimilitudes	7,147	3	,067
Asociación lineal por lineal	3,186	1	,074
N de casos válidos	101		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama no indica que se han realizado la mamografía. H1: El conocimiento que tengan las pacientes sobre métodos de prevención y detección del cáncer de mama indica que se han realizado la mamografía. Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 36: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes consideran que están bien informadas sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,508 <sup>a</sup>	1	,061		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,494	1	,114		
Razón de verosimilitudes	3,245	1	,072		
Estadístico exacto de Fisher				,079	,061
Asociación lineal por lineal	3,473	1	,062		
N de casos válidos	101				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,81.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO PACIENTES MANIFIESTAN QUE EN EL SUBCENTRO AL QUE ACUDEN LES HAN INFORMADO SOBRE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: No existe influencia de que las pacientes manifiesten que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama en relación a que el médico solicite se le permita realizarse el examen físico mamario.

H1: Existe influencia de que las pacientes manifiesten que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama en relación a que el médico solicite se le permita realizarse el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $< 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

**TABLA 37: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,892 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	32,213	9	,000
Asociación lineal por lineal	21,016	1	,000
N de casos válidos	101		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: El personal de salud no debe brindar información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para conocer acerca del autoexamen mamario.

H1: El personal de salud debe brindar información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para conocer acerca del autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

Gerardo Oviedo resalta la importancia de que los médicos y todo el personal de salud deben difundir las técnicas de prevención y detección, para que las pacientes se encuentren bien informadas y conozcan acerca del autoexamen. (25)

**TABLA 38: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,502 <sup>a</sup>	3	,682
Razón de verosimilitudes	1,889	3	,596
Asociación lineal por lineal	,158	1	,691
N de casos válidos	101		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario

H0: No influye que el personal de salud deba brindar información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para que las pacientes sepan realizarse el autoexamen mamario.

H1: Influye que el personal de salud deba brindar información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para que las pacientes sepan realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

De la misma forma Fabricio Luis Wirz indica que el personal de salud debe difundir las técnicas correctas para realizarse el autoexamen mamario de manera adecuada, se comprueba así la hipótesis alterna. (32)

**TABLA 39: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,837 <sup>a</sup>	3	,607
Razón de verosimilitudes	2,220	3	,528
Asociación lineal por lineal	,061	1	,805
N de casos válidos	101		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: No influye que el personal de salud esté brindando información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para saber si las pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H1: Influye que el personal de salud brinde información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para saber si las pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 40: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,428 <sup>a</sup>	9	,796
Razón de verosimilitudes	6,043	9	,736
Asociación lineal por lineal	1,168	1	,280
N de casos válidos	101		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Elaborado por Gabriel Molina G



- **COGNITIVO** Pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: No influye que el personal de salud esté brindando información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para que las pacientes se realicen la mamografía.

H1: Influye que el personal de salud esté brindando información acerca de la prevención y detección del cáncer de mama para que las pacientes se realicen la mamografía.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

La mamografía es un estudio de imagen, esto únicamente es conocido por las pacientes si tienen una correcta información de prevención y detección del cáncer de mama, el centro de salud es el encargado de brindar dicha información, por lo tanto influye que este difunda las técnicas correctas y las pacientes así se realicen la mamografía.

**TABLA 41: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes manifiestan que en el subcentro al que acuden les han informado sobre prevención y detección del cáncer de mama / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,119 <sup>a</sup>	3	,773
Razón de verosimilitudes	1,230	3	,746
Asociación lineal por lineal	,959	1	,327
N de casos válidos	101		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO EN QUÉ DÍA DEL CICLO MENSTRUAL LAS PACIENTES SE REALIZAN EL AUTOEXAMEN / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: Las pacientes no saben cuándo deben realizarse el autoexamen por lo tanto no facilitan que el médico pueda realizar el examen físico mamario.

H1: Las pacientes saben cuándo deben realizarse el autoexamen por lo tanto facilitan que el médico pueda realizar el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 42: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,953 <sup>a</sup>	9	,279
Razón de verosimilitudes	10,692	9	,297
Asociación lineal por lineal	5,271	1	,022
N de casos válidos	101		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** En qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: No es necesario que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario para que sepan que días exactos del ciclo menstrual se lo puedan realizar.

H1: Es necesario que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario para que sepan que días exactos del ciclo menstrual se lo puedan realizar.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $< 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

Son muchos los factores que impiden las pacientes conozcan adecuadamente el autoexamen mamario, muchas mujeres pueden saber qué días se realiza el autoexamen pero no necesariamente conocen muy bien los métodos para auto examinarse.

**TABLA 43: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,676 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	36,695	3	,000
Asociación lineal por lineal	23,194	1	,000
N de casos válidos	101		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,98.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** En qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: No influye que las pacientes conozcan cómo realizarse el autoexamen mamario para que sepan que días exactos del ciclo menstrual se lo puedan realizar.

H1: Influye que las pacientes conozcan cómo realizarse el autoexamen mamario para que sepan que días exactos del ciclo menstrual se lo puedan realizar.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $< 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

Las pacientes pueden saber muy bien cómo realizarse el autoexamen pero en muchas ocasiones no saben cuándo hacerlo.

**TABLA 44: Pruebas de chi-cuadrado - cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,024 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	45,029	3	,000
Asociación lineal por lineal	29,583	1	,000
N de casos válidos	101		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,28.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** En qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: No influye que las pacientes se hayan realizado el autoexamen mamario alguna vez para que sepan que días exactos del ciclo menstrual se lo puedan realizar.

H1: Influye que las pacientes se hayan realizado el autoexamen mamario alguna vez para que sepan que días exactos del ciclo menstrual se lo puedan realizar.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $< 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

**TABLA 45: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,057 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	74,921	9	,000
Asociación lineal por lineal	43,881	1	,000
N de casos válidos	101		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** En qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: No influye que las pacientes se hayan realizado la mamografía, y que sepan o no cuando pueden realizarse el autoexamen.

H1: Influye que las pacientes se hayan realizado la mamografía, y que sepan o no cuando pueden realizarse el autoexamen.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $< 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

Las pacientes pueden haberse realizado la mamografía pero no necesariamente deben saber que días del ciclo menstrual deben realizarse el autoexamen.

**TABLA 46: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo en qué día del ciclo menstrual las pacientes se realizan el autoexamen / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,835 <sup>a</sup>	3	,002
Razón de verosimilitudes	12,564	3	,006
Asociación lineal por lineal	9,548	1	,002
N de casos válidos	101		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,89.

Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO LAS PACIENTES TIENEN HIJOS / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: No existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que el médico solicite se le permita realizarse el examen físico mamario.

H1: Existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que el médico solicite se le permita realizarse el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 47: Pruebas de chi cuadrado - Pacientes tienen hijos / VD Examen medico**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,078 <sup>a</sup>	3	,253
Razón de verosimilitudes	5,931	3	,115
Asociación lineal por lineal	,148	1	,700
N de casos válidos	101		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Las pacientes tienen hijos / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que conozcan sobre el autoexamen mamario.



H1: Existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que conozcan sobre el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 48: Pruebas de chi-cuadrado COGNITIVO Las pacientes tienen hijos / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 <sup>a</sup>	1	,985		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,000	1	,985		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,661
Asociación lineal por lineal	,000	1	,985		
N de casos válidos	101				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,98.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO Las pacientes tienen hijos / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que sepan cómo realizarse el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que sepan cómo realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna

El hecho de tener hijos en las pacientes facilita que acudan con más frecuencia al puesto de salud y de esta manera informarse mejor sobre las medidas de detección y prevención del cáncer de mama como el método correcto de realizarse el autoexamen.

**TABLA 49: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen hijos / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,065 <sup>a</sup>	1	,798		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,066	1	,798		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,585
Asociación lineal por lineal	,065	1	,799		
N de casos válidos	101				

- **COGNITIVO** Las pacientes tienen hijos / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que se hayan realizado alguna vez el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia de que las pacientes manifiesten que tienen hijos en relación a que se hayan realizado alguna vez el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 50: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes tienen hijos / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,001 <sup>a</sup>	3	,572
Razón de verosimilitudes	2,300	3	,513
Asociación lineal por lineal	,046	1	,831
N de casos válidos	101		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Elaborado por Gabriel Molina G

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,017 <sup>a</sup>	1	,896		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,017	1	,898		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,633
Asociación lineal por lineal	,017	1	,897		
N de casos válidos	101				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,89.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

Se acepta la H0 ya que el valor de chi cuadrado es mayor a 0,05

Las pacientes con hijos acuden al puesto de salud para el control de los mismos, en las visitas que realizan se informan en el propio puesto de salud sobre la mamografía y los demás métodos de detección y prevención del cáncer mamario.

- COGNITIVO LAS PACIENTES CUANTOS HIJOS TIENEN / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: No existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación que el médico solicite se le permita realizarse el examen físico mamario.

H1: Existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación que el médico solicite se le permita realizarse el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

El número de hijos de una paciente es muy importante al momento de realizar el examen clínico por parte del médico, como menciona la literatura si una mujer no tiene hijos tiene mayor riesgo de padecer cáncer en especial de mama, por lo que es una gran ayuda saber cuántos hijos tiene cada paciente para que el personal de salud pueda identificar los factores de riesgo.

**TABLA 51: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,911 <sup>a</sup>	24	,807
Razón de verosimilitudes	19,935	24	,700
Asociación lineal por lineal	,004	1	,953
N de casos válidos	101		

a. 27 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Las pacientes cuantos hijos tienen / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que conozcan sobre el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que conozcan sobre el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

Mientras más número de hijos tenga una paciente es menor la probabilidad de padecer cáncer, pero de igual manera influye que tenga hijos ya que como se ha mencionado anteriormente el hecho de tan solo acudir al puesto de salud ya se informa a las pacientes sobre el cuidado y el control mamario.

**TABLA 52: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd pacientes conocen el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,155 <sup>a</sup>	8	,924
Razón de verosimilitudes	3,518	8	,898
Asociación lineal por lineal	,039	1	,843
N de casos válidos	101		

a. 10 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Las pacientes cuantos hijos tienen / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que sepan realizarse el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que sepan realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 53: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,962 <sup>a</sup>	8	,762
Razón de verosimilitudes	6,113	8	,635
Asociación lineal por lineal	,020	1	,888
N de casos válidos	101		

a. 9 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Las pacientes cuantos hijos tienen / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que alguna vez se hayan realizado el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que sepan realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna

**TABLA 54: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,689 <sup>a</sup>	24	,862
Razón de verosimilitudes	14,822	24	,926
Asociación lineal por lineal	,098	1	,754
N de casos válidos	101		

a. 28 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Las pacientes cuantos hijos tienen / VD Pacientes se han realizado la mamografía.



H0: No existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que alguna vez se hayan realizado la mamografía.

H1: Existe influencia del número de hijos de las pacientes en relación a que alguna vez se hayan realizado la mamografía.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 55: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo las pacientes cuantos hijos tienen / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,321 <sup>a</sup>	8	,913
Razón de verosimilitudes	3,895	8	,866
Asociación lineal por lineal	,082	1	,774
N de casos válidos	101		

a. 12 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Elaborado por Gabriel Molina G

➤ **ACTITUDINAL LE GUSTARÍA QUE UN PROFESIONAL BRINDE INFORMACIÓN.**

No se puede realizar la prueba de chi cuadrado ya que todas las pacientes respondieron que si les gustaría que les brinden información acerca de los métodos de prevención y detección de cáncer de mama.

- COGNITIVO NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS PACIENTES / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: No existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que permitan que el médico realice el examen físico mamario.

H1: Existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que permitan que el médico realice el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 56: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,911 <sup>a</sup>	9	,543
Razón de verosimilitudes	10,610	9	,303
Asociación lineal por lineal	,804	1	,370
N de casos válidos	101		

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,911 <sup>a</sup>	9	,543
Razón de verosimilitudes	10,610	9	,303
Asociación lineal por lineal	,804	1	,370
N de casos válidos	101		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Nivel de educación de las pacientes / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: No existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario.

H1: Existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes conozcan acerca del autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

**TABLA 57: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,782 <sup>a</sup>	3	,051
Razón de verosimilitudes	9,836	3	,020
Asociación lineal por lineal	7,123	1	,008
N de casos válidos	101		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,38.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Nivel de educación de las pacientes / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes sepan realizarse el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes sepan realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna

**TABLA 58: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,244 <sup>a</sup>	3	,026
Razón de verosimilitudes	11,737	3	,008
Asociación lineal por lineal	7,368	1	,007
N de casos válidos	101		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,73.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Nivel de educación de las pacientes / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: No existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes se hayan realizado alguna vez el autoexamen mamario.

H1: Existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes se hayan realizado alguna vez el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

La realización del autoexamen no implica que una paciente necesite un nivel de educación superior.

**TABLA 59: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,963 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	30,993	9	,000
Asociación lineal por lineal	22,111	1	,000
N de casos válidos	101		

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Nivel de educación de las pacientes / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: No existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes se hayan realizado alguna vez la mamografía.

H1: Existe influencia del nivel de educación de las pacientes en relación a que las pacientes se hayan realizado alguna vez la mamografía.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna

**TABLA 60: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo nivel de educación de las pacientes / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,576 <sup>a</sup>	3	,056
Razón de verosimilitudes	8,819	3	,032
Asociación lineal por lineal	5,005	1	,025
N de casos válidos	101		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,07.

Elaborado por Gabriel Molina G

- COGNITIVO PACIENTES SABEN DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO CÁNCER DE MAMA / VD MÉDICO SOLICITA QUE SE LE PERMITA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO MAMARIO.

H0: Las pacientes que no saben de personas que han sufrido cáncer de mama permiten que el médico realice el examen físico mamario.

H1: Las pacientes que saben de personas que han sufrido cáncer de mama permiten que el médico realice el examen físico mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

Los antecedentes y la información que conozcan las pacientes influyen mucho en que estas acudan al control en el puesto de salud.

**TABLA 61: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd médico solicita que se le permita realizar el examen físico mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,988 <sup>a</sup>	3	,072
Razón de verosimilitudes	7,348	3	,062
Asociación lineal por lineal	,264	1	,608
N de casos válidos	101		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / VD Pacientes conocen el autoexamen mamario

H0: Las pacientes que no saben de personas que han sufrido cáncer de mama conocen acerca del autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que saben de personas que han sufrido cáncer de mama conocen acerca del autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.



**TABLA 62: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes conocen el autoexamen mamario**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,373 <sup>a</sup>	1	,012		
Corrección por continuidad	5,308	1	,021		
Razón de verosimilitudes	6,304	1	,012		
Estadístico exacto de Fisher				,015	,011
Asociación lineal por lineal	6,310	1	,012		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,28.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO:** Pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / VD Pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.

H0: Las pacientes que no saben de personas que han sufrido cáncer de mama conocen como realizarse el autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que saben de personas que han sufrido cáncer de mama conocen como realizarse el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se rechaza la H0 debido a que el valor obtenido es  $\leq 0,05$ , se acepta la hipótesis alterna.

**TABLA 63: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo: pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes saben cómo realizarse el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,886 <sup>a</sup>	1	,003		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	7,642	1	,006		
Razón de verosimilitudes	8,981	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,005	,003
Asociación lineal por lineal	8,798	1	,003		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,12.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / VD Pacientes se han realizado el autoexamen mamario.

H0: Las pacientes que no saben de personas que han sufrido cáncer de mama alguna vez se han realizado el autoexamen mamario.

H1: Las pacientes que saben de personas que han sufrido cáncer de mama alguna vez se han realizado el autoexamen mamario.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 64: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes se han realizado el autoexamen mamario.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,650 <sup>a</sup>	3	,130
Razón de verosimilitudes	6,269	3	,099
Asociación lineal por lineal	5,435	1	,020
N de casos válidos	101		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

Elaborado por Gabriel Molina G

- **COGNITIVO** Pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / VD Pacientes se han realizado la mamografía.

H0: Las pacientes que no saben de personas que han sufrido cáncer de mama alguna vez se han realizado la mamografía.

H1: Las pacientes que no saben de personas que han sufrido cáncer de mama alguna vez se han realizado la mamografía.

Por lo tanto la tabla de datos nos indica que se acepta la H0 debido a que el valor obtenido es  $> 0,05$ , se rechaza la hipótesis alterna.

**TABLA 65: Pruebas de chi-cuadrado cognitivo pacientes saben de personas que han sufrido cáncer de mama / vd pacientes se han realizado la mamografía.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,700 <sup>a</sup>	1	,002		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	8,024	1	,005		
Razón de verosimilitudes	14,867	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	9,604	1	,002		
N de casos válidos	101				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,52.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.      Elaborado por Gabriel Molina G

- ACTITUDINAL LE GUSTARÍA QUE EN EL SUBCENTRO AL QUE USTED ACUDE SE LE BRINDE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.

No se puede realizar la prueba de chi cuadrado ya que todas las pacientes respondieron que si les gustaría que les brinden información acerca de los métodos de prevención y detección de cáncer de mama.

De lo que se concluye que la hipótesis planteada: “Los factores cognitivos y actitudinales influyen a la adherencia del screening de cáncer de mama en mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez.”, ES EN PARTE VERDADERA, porque según los datos obtenidos se define que los aspectos cognitivos de las pacientes, permiten un mayor entendimiento sobre la gravedad del cáncer mamario, la importancia de adherirse al programa de screening, pero no necesariamente saber más de la enfermedad permite que las pacientes se adhieran a los programas de screening pero la actitud que tienen para recibir información es muy positiva, un factor importante es el miedo que influye de gran manera en que las pacientes se adhieran a un screening ya que por sus propias creencias, entorno social, o conocimiento únicamente por el temor de que se les detecte un cáncer mamario no se adhieren a dichos programas.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Realizada la investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Dentro de los factores cognitivos se concluye de manera general que el principal es el conocimiento por parte de las pacientes; conocimiento de la enfermedad y sus métodos de prevención y detección mediante antecedentes familiares de algún tipo de cáncer, referencias de personas que han sufrido cáncer de mama, también la información que brinda el puesto de salud ubicado en la Parroquia, y el nivel de educación de las pacientes.
- Los factores actitudinales, se identifican como la actitud propia de las pacientes sobre si quieren recibir información detallada de este tipo de patología, la mayoría de pacientes respondieron que si les interesa por lo tanto se concluye que existe una buena actitud en cuanto desean conocer sobre los métodos de prevención y detección, demostrando que la actitud influye mucho en el desarrollo de la investigación y la adherencia al screening de cáncer mamario.
- Uno de los principales factores por el cual las pacientes no se realizan el control mamario es por el miedo que tienen a descubrir que son portadoras de un cáncer, la mayoría de las pacientes manifestaron que tienen miedo al momento de preguntarles por el tema.
- El nivel de educación no tiene influencia alguna en que las pacientes conozcan o no sobre los métodos de prevención y detección de cáncer de mama, no es necesario que una paciente de educación universitaria no se lo haga por desconocimiento simplemente no se lo realiza porque no lo conoce o tiene miedo a realizarlo, mientras que pacientes

con educación primaria o secundaria si conocen sobre estos métodos pero de igual manera no tienen un conocimiento profundo sobre el tema o como las demás tienen miedo.

- Los factores cognitivos en parte influyen en que las pacientes se adhieran a un programa de screening pero muchos otros factores propios como el nivel de educación o el antecedente familiar de cáncer de mama no tienen influencia en que las pacientes se apeguen a un programa de tamizaje mamario.
- Los resultados de esta investigación servirán de base para el diseño de nuevos estudios en un mayor número de pacientes y durante más tiempo.

## **5.2. Recomendaciones**

- Se recomienda a las pacientes de dicha parroquia, soliciten a los encargados del puesto de salud, se les hable más profundamente sobre esta enfermedad que por desconocimiento del mismo no pueden adherirse adecuadamente a un programa de screening.
- Se invita al puesto de salud de dicha parroquia a que se imparta de mejor manera los métodos de prevención y detección del cáncer mamario ya que la actitud que tienen las pacientes sobre aprender más del tema es muy positiva.
- Las pacientes deben dejar el miedo a averiguar y practicar los métodos de detección y prevención del cáncer mamario ya que como se describe en la investigación, la prevención temprana puede salvar la vida de la persona afectada.
- Se encomienda a las pacientes que acuden al puesto de salud de dicha parroquia, que sea cual sea el nivel de educación que tengan, acudan a realizarse los controles mamarios y consulten cualquier duda con los encargados de dicho puesto de salud.
- Es recomendable evaluar a posteriori los conocimientos adquiridos por las pacientes con una muestra superior y con un mayor tiempo investigativo.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA.**

#### **6.1 Datos informativos**

##### **6.1.1. Título**

Realización de un nuevo estudio que aplique y evalúe de forma completa los beneficios del screening de cáncer de mama en las pacientes entre 40 a 64 años que acuden al Subcentro de salud en la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.

##### **6.1.2. Institución Ejecutora**

- Subcentro de salud de la parroquia Augusto Nicolás Martínez.
- Universidad Técnica de Ambato.

##### **6.1.3. Beneficiarios**

Directos:

- Pacientes mujeres entre 40 a 64 años que acuden al Subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.

##### **6.1.4. Ubicación**

PROVINCIA: Tungurahua

CANTÓN: Ambato

PARROQUIA: Augusto Nicolás Martínez.



### **6.1.5 Tiempo estimado de ejecución**

1 año.

### **6.1.6 Equipo técnico responsable**

- Investigador.
- Personal médico del Subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.

### **6.1.7 Costo**

- \$ 800.

## **6.2 Antecedentes de la Propuesta**

El cáncer de mama se ha convertido en una patología muy agresiva si no es detectada a tiempo, con la presente investigación se concluyó que la mayoría de pacientes desconocen sobre los métodos de prevención y detección de cáncer de mama, pero existe una actitud positiva por aprender sobre estos métodos, ya que únicamente saben que la enfermedad puede llegar a ser mortal pero no saben cómo detectarla o prevenirla.

La propuesta se plantea luego de haber realizado una exhaustiva investigación sobre los factores que influyen en la falta de adherencia al screening, por ello se propone realizar un estudio aplicando el screening a todas las pacientes que acudan al puesto de salud y así evaluar sus beneficios en un periodo de mayor tiempo.

## **6.3 Justificación**

La presente propuesta se justifica ya que de esta forma se brindará mayor información sobre el cáncer de mama, y se aplicará de una mejor manera el screening, incluyendo la enseñanza del autoexamen mamario, la realización del examen clínico en el puesto de salud, y la solicitud de la mamografía para que posteriormente pueda ser evaluada por el mismo personal médico.

Además la presente propuesta permitirá tener un seguimiento continuo de las pacientes a las que se les realice el screening mamario, de forma periódica, junto con el control médico.

Con el desarrollo de la propuesta serán beneficiados el investigador, las pacientes que acuden al puesto de salud y la comunidad en general, al contar con un control dedicados específicamente a esta patología.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo General**

Proponer un programa de difusión de información específica sobre los métodos de prevención y detección del cáncer de mama en las pacientes de 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.

### **6.4.2 Objetivos Específicos**

- Mejorar la calidad de información brindada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para que esta patología sea entendida y captada de mejor manera por las pacientes de 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.
- Contribuir con las pacientes de 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez. para que estas tengan menos factores de riesgo en relación al Cáncer de mama.
- Orientar a las pacientes de 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez. a un mejor estilo de vida, para así conocer de mejor manera los métodos de prevención y detección del cáncer de mama.

## **6.5 Análisis de factibilidad**

La presente propuesta es factible científicamente, ya que se dispone de estudios similares que sirven de sustento para la realización del proyecto.

También existe mucho interés por parte de las pacientes y del personal médico por conocer más acerca de los métodos de prevención y detección del cáncer de mama.

Desde el punto de vista económico, es factible ya que, el autoexamen mamario se lo realizan las mismas pacientes, el personal médico del puesto de salud se comprometería en brindar la suficiente información sobre el autoexamen, el otro paso del screening es el examen clínico que lo realiza el personal médico del puesto de salud de forma gratuita, y el examen de imagen que es la mamografía se envía para que mediante el convenio del Ministerio de Salud, las pacientes sean derivadas al Hospital Regional Docente Ambato en donde de forma gratuita se realiza el examen.

### **6.6 Fundamentación Científico Técnica**

La mayoría de las pacientes visitan al médico únicamente cuando sienten dolor o cuando notan cambios, como por ejemplo, una masa o nódulo en el seno. No se debe esperar hasta ese momento para ser examinada debido a que el cáncer en las etapas iniciales puede no tener síntomas. Esa es la razón por la cual los programas de prevención en la detección de cáncer son importantes, particularmente a medida que se envejece.

La prevención primaria está dirigida a eliminar causas u origen del cáncer de mama. Al no ser esto posible, la acción a ejercer será la de suprimir los factores de riesgo nocivos y crear condiciones óptimas para el equilibrio de salud y enfermedad.

La prevención secundaria del cáncer de mama, es decir, el diagnóstico oportuno y precoz y el tratamiento adecuado en base a éste, va a condicionar claramente la disminución de la morbilidad y mortalidad general por cáncer de mama en la mujer.

Es recomendado iniciar el cribado o screening de cáncer de mama mediante mamografías a partir de los 40 años y cada uno o dos años, la realización del autoexamen de forma periódica y el control mediante el examen clínico mamario realizado por un médico.

## 6.7 Plan Operativo

**TABLA 66**

ELABORADO POR: Gabriel Molina G

Metodología de Intervención y/o implementación de la propuesta							
FASES	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO	ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO
<b>Planificación</b>	Organizar talleres que incluyan la difusión de los métodos de prevención y detección del cáncer de mama	<p><b>Taller 1:</b> Definición, concepto de la enfermedad, gravedad de la enfermedad.</p> <p><b>Taller 2:</b> Métodos de detección y prevención del cáncer de</p>	<p><b>HUMANO :</b> Investigador Tutor</p> <p><b>INSTITUCIONAL :</b> UTA</p> <p>Puesto de Salud de la Parroquia A.N Martínez.</p> <p>HPDA</p> <p><b>FÍSICOS:</b></p>	\$200	Personal médico		<p>TALLER 1: 33% sobre 100%.</p> <p>TALLER 2: 33% sobre 100%</p>

		mama. Autoexamen mamario, Examen clínico mamario, Mamografía <b>Taller 3:</b> Inicio del Screening	Fotocopias Cuadernos Computador Hojas de papel bond Impresora Marcadores Papelógrafos		del puesto de salud.  Investigador	2 meses	TALLER 3: 33% sobre 100%
<b>Ejecución</b>	Dar a conocer a las pacientes los temas planificados, mediante grupos focales y charlas.	Realizar grupos de trabajo para la ejecución de Los talleres.	Talento Humano Materiales e Insumos	\$200	Personal médico del puesto de salud.  Investigador	2 meses	Formación De grupos de trabajo 100%
	Realizar	Dar seguimiento	Talento Humano	\$200	Personal médico	3 meses	Seguimient

<b>Monitoreo</b>	ajustes en el caso de incumplimiento de las actividades.	a las actividades planificadas.	Materiales e Insumos		del puesto de salud.  Investigador		o de las actividades y evaluación de porcentajes
<b>Evaluación</b>	Determinar el impacto de la propuesta.	Evaluación periódica del impacto del Aprendizaje recibido en las pacientes, plantear mejoras en el sistema de Aplicación del screening en las pacientes.  Evaluar los beneficios de la realización del screening	Talento Humano  Materiales e Insumos	\$200	Personal médico del puesto de salud.  Investigador	5 meses	Evaluación: 1 mes: 20% 2meses:40% 3meses:60% 4meses:80% 5meses:100%

### 6.8 Administración de la propuesta

Esta propuesta sería implantada en el subcentro de Salud de la Parroquia A.N Martínez.



### 6.9 Plan de monitoreo y Evaluación de la propuesta

**TABLA 67**

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Qué evaluar?	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mejorar la calidad de información brindada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para que esta patología sea entendida y captada de mejor manera por las pacientes de 40 a 64 años que</li></ul>

	<p>acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.</p> <p>➤ Contribuir con las pacientes de 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez. para que estas tengan menos factores de riesgo en relación al Cáncer de mama.</p>
2. ¿Por qué evaluar?	Porque todo lo que no se evalúa se devalúa
3. ¿Para qué evaluar?	Saber los beneficios del screening de cáncer de mama.
4. ¿Con qué criterios?	Eminentemente cualitativos y cuantitativos, son criterios de orientación
5. Indicadores	Resultados logrados por las pacientes de 40 a 64 años que acudan al Subcentro de Salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.
6. ¿Quién evalúa?	Jefe distrital y la directora del Subcentro de Salud
7. ¿Cuándo evaluar?	Al inicio y durante la aplicación
8. ¿Cómo evaluar?	Resultados de autoexamen, resultados del examen clínico y resultados de la mamografía
9. Fuentes de información	Historias clínicas de las pacientes.
10. ¿Con qué?	Cuestionario estructurado



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Calderón, E. Cejudo, E. Font, K. López, A. (2009). Catálogo maestro de guías de práctica clínica, evidencias y recomendaciones, diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en el primer y segundo nivel de atención. México: Cenetec Editorial general de la Ciudad de México.
2. Codes, M. Muñoz, M. (2011). Hablemos de cáncer de mama. Barcelona: Editorial Roche – ACV.
3. Franco, A. (2014). Patología mamaria en el primer nivel de atención. Barcelona: Editorial Fundación Española Legado Patronus.
4. Frenk, J. Ruelas, E. Tapia, R. (2002). Compendio de patología mamaria, hospital general de México. México: Editorial Col Chapultepec Morales.
5. Mohan, H. (2012). Patología, resumen y preguntas de autoevaluación, cáncer mamario. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
6. Rosen, P. (2005). Patología mamaria de Rosen, patología benigna y maligna de mama, exámenes de complementación. Bogotá: Editorial Amolca.
7. Winchester, D. Winchester. P. (2002). Atlas de oncología clínica, cáncer de mama. Barcelona: Editorial ISBN.

## LINKOGRAFÍA:

8. Aguirre. B. (2012). Controversias sobre el beneficio y daños del screening de cáncer de mama. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/1%20enero/14-Dra.Aguirre.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/1%20enero/14-Dra.Aguirre.pdf)
9. Aguirre. J. (2006). Beneficios del screening y del seguimiento mamográfico en la mortalidad por cáncer de mama, cáncer mamario. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: [http://www.mastologia.cl/pto\\_docente/016\\_scrnng\\_seg\\_mamgfc.pdf](http://www.mastologia.cl/pto_docente/016_scrnng_seg_mamgfc.pdf)
10. American Cancer Society. (2014). Autoexamen de senos. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-a-c-s-recs-b-s-e>
11. Asociación Española Contra el Cáncer. (2013). Prevención del cáncer mamario. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CNCERMAMA/PREVENCION/Paginas/prevencion.asp>
12. Asociación Médica Argentina. (2006). Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre cáncer de Mama, pautas para el diagnóstico y manejo de las lesiones mamarias subclínicas. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://www.samas.org.ar/archivos/consensoacordado.pdf>
13. Camacho. J. (2011). Screening mamario. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/per1/2292>

14. Cochrane Nordic Center. (2012). Dk cribado y mamografía. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://www.cochrane.dk/screening/mamografia-es.pdf>
15. Diccionario Wikilengua español. (2014). Actitudinal. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://www.wikilengua.org/index.php/actitudinal>
16. Estudios fe de salud. (2013). Dato básico sobre el cáncer de mama. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/diez-datos-basicos-sobre-el-cancer-de-mama/>
17. Gago. F. (2011). Rastreo oncológico en la mujer, cáncer de mama, publicado en: [http://es.slideshare.net/victoria\\_docmedical/screening-ca-mama-2011](http://es.slideshare.net/victoria_docmedical/screening-ca-mama-2011)
18. García. J. López. F. (2010). Screening y manejo del cáncer de mama hereditario. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/comunicaciones/tenerife/ix\\_tenerife052.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/comunicaciones/tenerife/ix_tenerife052.pdf)
19. Gazitua. R. (2007). Examen de las mamas. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualsemiologia/270ExamenMamas.htm>
20. Gonzáles. E. García. A. Riovalle. J. Valenza. C. (2012). Influencia del estado nutricional, niveles hormonales séricos e historia familiar de cáncer

en el desarrollo del cáncer de mama. Recuperado el 06 de Enero del 2015, disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001000004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001000004&script=sci_arttext)

21. Healthday Society (2012). Los pacientes de cáncer de mama deben monitorear sus riesgos cardiacos. Recuperado el 12 de enero del 2015, disponible en: <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal5135.htm>
22. Hernández. I. Acanda. M. Rodríguez. C. (2003). Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. Recuperado el 08 de enero del 2015, disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192003000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192003000300006&script=sci_arttext)
23. Hernández. I. González, Y. Heredia. Y. Heredia. A. Conde. M. (2011). Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. Recuperado el 10 de enero del 2015, disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552011000300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552011000300007&script=sci_arttext)
24. Lazo. C. (2010). Factores cognitivos que intervienen en el aprendizaje. Recuperado el 12 de diciembre del 2014, disponible en: <http://cvlestudioeficaz.blogspot.com/2010/03/factores-cognitivos-que-intervienen-en.html>
25. Llerena. Y. Ocampo. C. Preciado. K. Ibarra. N. Oviedo. G. (2014). Cáncer de mama. Recuperado el 20 de enero del 2015, disponible en: <http://tecnoenfermeria1.blogspot.com/2014/11/el-cancer-de-mama.html>

26. Medwave revista biomédica (2010). Cáncer de mama. Recuperado el 12 de enero del 2015, disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/RC/Reuniones/per1/2292?tpl=login.tpl&url=http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/RC/Reuniones/per1/2292>
27. Menchen. F. (2010). Indicadores de la creatividad: Factores Actitudinales. Recuperado el 14 de enero del 2015, disponible en: [http://rodas.us.es/file/30658c09-9fca-30b8-39bbdd461025379c/1/capitulo10\\_SCORM.zip/pagina\\_05.htm](http://rodas.us.es/file/30658c09-9fca-30b8-39bbdd461025379c/1/capitulo10_SCORM.zip/pagina_05.htm)
28. Organización Mundial De La Salud. (2013). Cáncer de mama, prevención y control. Recuperado el 08 de enero del 2015, disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
29. Organización Mundial De La Salud. (2013). Cribado y detección precoz del cáncer de mama. Recuperado el 08 de enero del 2015, disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/es/>
30. Organización Mundial De La Salud. (2013). Cribado de diversos tipos de cáncer. Recuperado el 08 de enero del 2015, disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/es/>
31. Organización Panamericana De La Salud. (2014). Cáncer de mama, disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es)
32. Pera. M. Sanfurgo. A. Wirz. R. (2013): Recomendaciones para screening de cáncer de mama en la provincia de Mendoza mediante mamografía.

Recuperado el 13 de enero del 2015, disponible en:  
[https://www.infosalud.mendoza.gov.ar/public/infosalud/pap/2013mama\\_definitivo.pdf](https://www.infosalud.mendoza.gov.ar/public/infosalud/pap/2013mama_definitivo.pdf)

33. Programa nacional de cáncer de mama en Chile. (2009). Tamizaje del cáncer de mama. Recuperado el 07 de enero del 2015, disponible en:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/programa\\_nacional\\_cancer\\_mama\\_chile.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/programa_nacional_cancer_mama_chile.pdf)
34. Solano. D. Verdesoto. D. Sánchez J. Vera. J. (2013). Tesis sobre desarrollo del proceso del cáncer mamario. Recuperado el 10 de enero del 2015, disponible en: <http://fepgrupo6.bligoo.cl/desarrollo-del-proceso-del-cancer-mamario->
35. Uchida. M. (2008). Mamografía de screening y realidad chilena. Recuperado el 12 de enero del 2015, disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082008000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082008000300005)
36. Unidad Oncológica Solca Tungurahua. (2014). Descripción del cáncer mamario. Recuperado el 06 de enero del 2015, disponible en:  
<http://www.solcatungurahua.org/pagina.php?id=3&idl=6&submenuheader=0>
37. Virella. M. Salazar. Y. Chávez. M. Viñas. L. Peña. N. (2010). Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. Recuperado el 09 de enero del 2015, disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000100003&script=sci_arttext)

38. Wikipedia Enciclopedia Libre. (2014). Creencia. Recuperado el 09 de enero del 2015, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Creencia>
39. Wikipedia Enciclopedia Libre. (2014). Desarrollo cognitivo. Recuperado el 09 de enero del 2015, disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Desarrollo\\_cognitivo](http://es.wikipedia.org/wiki/Desarrollo_cognitivo)
40. Wikipedia Enciclopedia Libre. (2014). Sentimiento. Recuperado el 09 de enero del 2015, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sentimiento>
41. Zumedico. (2013). Miedo a la mastografía. Recuperado el 09 de enero del 2015, disponible en: <http://www.sumedico.com/nota5422.html>

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA**

1. **EBRARY:** Gonzales, F. (2007). Cirugía del cáncer de mama. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/reader.action?docID=10203012>
2. **EBRARY:** Lachaise, S. (2009). Aspectos bioéticos en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Santa Fe: Editor El Cid. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/reader.action?docID=10306911>
3. **EBRARY:** Garrido, E. (2012). Prevención del cáncer de mama: intervención educativa a través del auto examen de mama. Santa Fe: Editor El Cid. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/reader.action?docID=10608779>
4. **INFORMAWORLD:** Ramesh, S. Yin-Yuan. M. (2013). Role of microRNAs in breast cancer. Mississippi: Taylor & Francis. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.4161/cbt.23296#.VQhk-NKG-VM>
5. **EBSCO:** Murillo, G. (2015). Comentario sobre mamografía y cáncer de mama. México: Revista Médica del IMSS. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e5851a49-4fcd-477d-8048-a55352989bd7%40sessionmgr198&vid=4&hid=105>

**ANEXO 1: CUESTIONARIO ELABORADO PARA LAS ENCUESTAS**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE  
ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO N.  
MARTÍNEZ**

**CARRERA DE MEDICINA**

- 1. Objetivo:** Determinar los factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás Martínez.

**Fecha de aplicación de la encuesta:**

**CUESTIONARIO**

**DATOS ESPECÍFICOS:**

Marque con una (X) la alternativa que usted elija

2.- Paciente

Se solicita comedidamente contestar el cuestionario. Es de mucha importancia la objetividad y veracidad de su respuesta.

Elaborado por Gabriel Molina G



1. **¿Tiene usted familiares que han sufrido algún tipo de cáncer?**
  - 1 Si ( )
  - 2 No ( )
  
2. **¿Qué tipo de cáncer han sufrido sus familiares?**  
Especifique:
  
3. **¿Considera usted que está bien informada sobre los métodos de prevención y detección del cáncer de mama?**
  - 1 Si ( )
  - 2 No ( )
  
4. **¿En el subcentro de salud al que usted acude le han informado sobre la prevención y detección del cáncer de mama?**
  - 1 Siempre ( )
  - 2 Frecuentemente ( )
  - 3 A veces ( )
  - 4 Nunca ( )
  
5. **¿Su médico le ha solicitado que le permita realizarle el examen físico mamario?**
  - 1 Siempre ( )
  - 2 Frecuentemente ( )
  - 3 A veces ( )
  - 4 Nunca ( )
  
6. **¿Usted conoce acerca del autoexamen mamario?**
  - 1 Si ( )
  - 2 No ( )
  
7. **¿Usted sabe cómo realizarse el autoexamen mamario?**
  - 1 Si ( )
  - 2 No ( )
  
8. **¿Usted se ha realizado el autoexamen mamario?**
  - 1 Siempre ( )
  - 2 Frecuentemente ( )
  - 3 A veces ( )
  - 4 Nunca ( )

- 9. ¿En qué día de su ciclo menstrual usted se realiza el autoexamen?**
- 1 Hasta 1 semana después de menstruar ( )
  - 2 Los días de la menstruación ( )
  - 3 A la mitad del ciclo menstrual ( )
  - 4 No sabe cuándo ( )
- 10. ¿Usted tiene hijos?**
- 1 Si ( )
  - 2 No ( )
- 11. Si usted tiene hijos ¿Cuántos hijos tiene? especifique**
- 12. ¿Usted se ha realizado una mamografía?**
- 1 Si ( )
  - 2 No ( )
- 13. ¿Le gustaría que un profesional de la salud le informe sobre las medidas de prevención y detección de cáncer de mama?**
- 1 Si ( )
  - 2 No ( )
- 14. ¿Cuál es su nivel de educación?**
- 1 Primaria ( )
  - 2 Secundaria ( )
  - 3 Universitaria ( )
  - 4 Ninguno ( )
- 15. ¿Sabe usted de personas que hayan sufrido cáncer de mama?**
- 1 Si ( )
  - 2 No ( )
- 16. ¿Le gustaría que en el subcentro de salud al que usted acude le brinden información acerca del cáncer de mama?**
- 1 Si ( )
  - 2 No ( )
- 17. ¿Usted no se realiza el control mamario por miedo a tener cáncer?**
- 1 Si ( )
  - 2 No ( )

## ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TEMA: “FACTORES COGNITIVOS Y ACTITUDINALES Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO NICOLÁS MARTÍNEZ EN EL PERIODO FEBRERO 2014 – DICIEMBRE 2014”**

### INTRODUCCIÓN:

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como **objetivo determinar los factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia al screening de cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez en el período Febrero – Diciembre 2014.**

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a su médico tratante o al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la

calidad de la atención médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su médico.

### **¿Cuántos pacientes participaran en el Estudio?**

Todos las pacientes entre 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez en el período Febrero – Diciembre del 2014,

### **¿Cuánto Durara la Participación?**

Tendrá una duración de 10 meses.

### **¿Qué pacientes están incluidas en el estudio?**

Mujeres entre 40 a 64 años residentes en Augusto Nicolás Martínez, y que acudan al puesto de salud ubicado en la misma localidad.

### **¿Qué pacientes no pueden participar en el estudio?**

- Mujeres menores de 40 años
- Mujeres mayores de 64 años
- Mujeres con algún tipo de neoplasia maligna
- Pacientes que firmen el consentimiento informado para ser incluidas en la investigación.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes en periodo de lactancia.

### **Procedimiento del estudio**

Se indicará a las pacientes que llenen el cuestionario establecido de la manera más verídica posible en sus respuestas.

### **Beneficios**

- Aprender sobre el screening mamario

- Acudir al control mamario en el puesto de salud ubicado en la misma parroquia.

### **Riesgos**

Ninguno

### **¿Participar en el estudio es voluntario?**

Sí. Participar en este estudio de investigación es decisión de usted. Usted puede decidir no participar. No habrá ninguna penalidad y usted no perderá ningún beneficio que reciba ahora o que tenga derecho a recibir.

### **Costo de la participación**

Ninguno

### **Pago por la participación**

Ninguno

### **Confidencialidad**

Con su consentimiento, su médico familiar (médico general) será informado que usted decidió participar en este estudio de investigación.

Al firmar la forma de consentimiento, usted otorga este acceso para el estudio actual y cualquier investigación posterior que pueda llevarse a cabo utilizando esta información. Sin embargo, el Investigador del estudio tomará las medidas necesarias para proteger su información personal, y no incluirá su nombre en ningún formato, publicaciones o divulgación futura.

Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

**SUS DERECHOS NO SON AFECTADOS BAJO NINGUNA LEY DE  
PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

**FIRMAS:**

**MARQUE CON UNA X SI SE HA CUMPLIDO CON LO QUE SE  
MENCIONA:**

- He sido informado acerca del estudio y tuve mi primer diálogo con el médico del estudio o el personal de la investigación acerca de dicha información ( )
- He leído y entendido la información en este documento de consentimiento informado. ( )
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. ( )
- Consiento voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento. ( )

**Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este documento,**

**Nombre del participante:**

**Firma:**

Elaborado por Gabriel Molina G.

### ANEXO 3 IMÁGENES:



Puesto de Salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez



Paso 1 del autoexamen mamario: pararse frente el espejo – FUENTE: Disponible en [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno)



Paso 2 del autoexamen mamario colocar las manos detrás de la cabeza – FUENTE:  
Disponible en  
[http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=252:  
autoexamen-de-seno](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno)



Paso 3 del autoexamen mamario colocar las manos sobre las caderas – FUENTE:  
Disponible en  
[http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=252:  
autoexamen-de-seno](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno)





Paso 4 del autoexamen mamario examinar la mama derecha con la mano contraria –

FUENTE: Disponible en

[http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno)



Paso 5 del autoexamen mamario examinar si existe secreciones en los pezones –

FUENTE: Disponible en

[http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno)



Paso 6 del autoexamen mamario se recomienda, además, realizar el paso número 4 acostada boca arriba con una almohada o toalla doblada debajo del hombro–

FUENTE: Disponible en

[http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=252:autoexamen-de-sen](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-sen)

**ANEXO 4: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA  
PROPUESTA.**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES ENTRE 40 A 64 AÑOS QUE  
ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA AUGUSTO N.  
MARTÍNEZ**

**CARRERA DE MEDICINA**

**Objetivo:** Proponer un programa de difusión de información específica sobre los métodos de prevención y detección del cáncer de mama en las pacientes de 40 a 64 años que acudan al subcentro de salud de la Parroquia Augusto Nicolás Martínez.

**Fecha de aplicación de la encuesta:**

**CUESTIONARIO**

**DATOS ESPECÍFICOS:**

Marque con una (X) la alternativa que usted elija

2.- Paciente

Se solicita comedidamente contestar el cuestionario. Es de mucha importancia la objetividad y veracidad de su respuesta.

Elaborado por Gabriel Molina G

**1. ¿Tiene conocimiento profundo del programa de screening de cáncer de mama?**

- Si ( )
- No ( )

**2. ¿Señale con una X cuales son los métodos de prevención y detección de cáncer de mama?**

- Examen medico mamario, autoexamen mamario, mamografía ( )
- Examen medico mamario, radiografía de tórax, mamografía ( )
- Ecografía mamaria, biopsia de seno ( )

**3. ¿En que día de su ciclo menstrual usted se realiza el autoexamen?**

- Hasta 1 semana después de menstruar ( )
- Los días de la menstruación ( )
- A la mitad del ciclo menstrual ( )
- No sabe cuando ( )

**4. ¿El autoexamen mamario en que posición se lo realiza?**

- Acostada ( )
- De pie ( )
- Acostada y de pie ( )

**5. ¿Señale con una X los signos de alarma que indican enfermedad maligna mamaria?**

- Secreción purulenta, sangre ( )
- Leche ( )

**6. ¿Desde que edad es recomendable realizarse el autoexamen mamario?**

- 15 años ( )
- 20 años ( )
- 40 años ( )
- 60 años ( )

**7. ¿Desde que edad es recomendable realizarse la mamografía?**

- 40 años ( )
- 20 años ( )
- 50 años ( )

**8. ¿Cada cuanto debe realizarse la mamografía?**

- Cada mes ( )
- Cada año ( )

**GRACIAS POR SU COOPERACIÓN**

