

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio
mamografico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del
hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el
Área de Radiología

AUTOR

Bertha Lucía Mendoza Loayza

ASESOR

Cecilia Carmen Muñoz Barabino

Lima – Perú

2013

**“CULTURA DE PREVENCIÓN SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA Y
ESTUDIO MAMOGRAFICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE MAMOGRAFÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – ESSALUD 2013”**

*A Dios por bendecir mis días y
ser mi fortaleza a lo largo de
mi vida.*

*A mis padres, Lorgia y Jorge, quienes
a lo largo de mi vida han velado con gran amor
por mi bienestar y educación
siendo mí apoyo en todo momento.*

A mi hermano, Jorge Luis, por su comprensión, ayuda y lograr hacerme reír en momentos difíciles.

A la Lic. Cecilia Muñoz, por sus enseñanzas, guía y orientación durante la asesoría del presente trabajo.

A la Lic. Rosario Anazgo, por recibirme y apoyarme en el centro de salud donde se realizó la investigación

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPITULO I: INTRODUCCION	
A. Presentación	12
B. Planteamiento del Problema	14
c. Formulación del Problema	17
D. Justificación	17
E. Objetivos	18
F. Marco Teórico	19
F.1 Antecedentes del estudio	19
F.2 Base Teórica	22
G. Definición de Términos	50
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO	
A. Diseño Metodológico	51
B. Área de estudio	51
c. Población y Muestra	51
D. Variables de Estudio	53
E. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	53
F. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación De Datos	54
G. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos	55
H. Consideraciones Éticas	55

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A. Resultados	57
B. Análisis y Discusión	73

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones	78
B. Limitaciones	80
c. Recomendaciones	80

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	81
---------------------------------	----

ANEXOS	85
---------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Nº1 Grupos de edad. HNERM– EsSALUD 2013	58
Nº2 Lengua materna. HNERM– EsSALUD 2013	59
Nº3 Lugar de procedencia. HNERM– EsSALUD 2013	60
Nº4 Grado de instrucción. HNERM– EsSALUD 2013	61
Nº5 Ocupación. HNERM– EsSALUD 2013	62
Nº6 Estado civil. HNERM– EsSALUD 2013	63
Nº7 Número de hijos. HNERM– EsSALUD 2013	64
Nº8 Indicadores calculados. HNERM– EsSALUD 2013	65
Nº9 Indicador de Cultura de prevención. HNERM– EsSALUD 2013 (Tabla A)	67
Nº10 Indicador de Autoexamen de mamas. HNERM– EsSALUD 2013 (Tabla B)	69
Nº11 Indicador de Mamografía. HNERM– EsSALUD 2013(Tabla C)	70

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
N°1 Grupos de edad. HNERM– EsSALUD 2013	58
N°2 Lengua materna. HNERM– EsSALUD 2013	59
N°3 Lugar de procedencia. HNERM– EsSALUD 2013	60
N°4 Grado de instrucción. HNERM– EsSALUD 2013	61
N°5 Ocupación. HNERM– EsSALUD 2013	62
N°6 Estado civil. HNERM– EsSALUD 2013	63
N°7 Número de hijos. HNERM– EsSALUD 2013	64
N°8 Indicadores calculados. HNERM– EsSALUD 2013	65
N°9 Cultura de prevención. HNERM– EsSALUD 2013	66
N°10 Autoexamen de mamas. HNERM– EsSALUD 2013	68
N°11 Mamografía. HNERM– EsSALUD 2013	69
N°12 Fuentes de información. HNERM– EsSALUD 2013	71
N°13 Redes sociales de información. HNERM– EsSALUD 2013	72

RESUMEN

El cáncer de mama sigue siendo un problema importante de salud pública en todo el mundo, es el cáncer más diagnosticado en mujeres tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo. En nuestro país, según informes del Centro de Investigaciones del INEN, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana y el segundo lugar en Lima y provincias.

Objetivo: Determinar la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud 2013.

Material y Métodos: La investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario con la finalidad de recolectar información específica. El cuestionario fue aplicado a una muestra de 89 mujeres.

Resultados: Se determinó que 73% de las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, tienen una cultura de prevención sobre autoexamen de mama y mamografía del orden media-alta. El indicador para autoexamen de mama, fue de orden media-alta para 74% de las pacientes y para mamografía un 71% de orden media-alta.

Conclusiones: Existe cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se determinó que 73% de las pacientes atendidas, tienen una cultura de prevención del orden media-alta.

Palabras clave: cultura de prevención, mamografía, autoexamen de mama.

ABSTRACT

Breast cancer remains a major public health problem worldwide. It is the most diagnosed cancer in women of both the developed and developing countries. In our country, according to Research Center of INEN, breast cancer ranks first in incidence in metropolitan Lima and second in Lima and provinces.

Objectives: The aims of this quantitative, descriptive method and cross-sectional study were to determine the culture of prevention about breast self-examination and mammography study in patients treated in the service of mammography at the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud 2013.

Methods: This study used the questionnaire as an instrument in order to collect specific information. The questionnaire was administered to a sample of 89 women.

Results: It was determined that 73% of patients treated in the service Mammography Edgardo Rebagliati Martins National Hospital have a culture of prevention of breast self-examination and mammography in the medium to high order. The indicator for breast self-examination was medium to high order for 74% of patients and 71% for mammography medium to high order.

Conclusion: There is a culture of prevention about breast self-examination and mammography study in patients treated in the service of mammography at the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, it was determined that 73% of the patients served, have a culture of prevention by medium to high.

Keywords: culture of prevention, mammography, breast self-examination.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PRESENTACIÓN

El cáncer de mama es uno de los problemas de salud pública con mayor impacto en el bienestar de las mujeres. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, su pronóstico sigue dependiendo principalmente de la extensión de la enfermedad en el momento de la detección. De ahí que el conseguir un diagnóstico precoz siga siendo la mejor vía para mejorar sus posibilidades de curación. Por consiguiente, es necesario promover una cultura de prevención en el ámbito poblacional y potenciar los esfuerzos de las instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil. Sólo de esta forma se podrá ofrecer una respuesta social organizada para enfrentar este reto y así poder mejorar la calidad de vida de las mujeres. Es por ello que el presente estudio titulado “Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud 2013, tiene como objetivo determinar la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en las mujeres que acudan al Servicio de Mamografía de dicho centro de salud con el fin de conocer la cultura de prevención de la población y analizar las necesidades de difusión de programas que orienten a la comunidad.

El presente estudio de investigación consta de cuatro capítulos: Capítulo I: Introducción, en el que se presenta el planteamiento del problema, formulación y justificación del problema, objetivos, así como los antecedentes del estudio, base teórica y definición de términos. Capítulo II: Material y Método: en el que se expone el diseño metodológico de la investigación, descripción del área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión: en el que se presenta los resultados a través de gráficos, con su respectivo análisis y discusión. Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones. Y finalmente se presentan la Bibliografía y Anexos.

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En el año 2008 se registraron 12,7 millones de casos nuevos y ocasionó 7,6 millones de muertes. De todas las causas de muerte en el mundo aproximadamente un 13% son atribuidas al cáncer.

Se prevé que las muertes por cáncer seguirán aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en el 2030. ⁽¹⁾

Entre 2007 y 2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que aumentará en un 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial, ya que se estima que pasará de 7.9 a 11.5 millones de muertes por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. En ese sentido, espera que durante el mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones. ⁽²⁾

Cada 30 segundos en algún lugar del mundo es diagnosticado un cáncer de mama, por ello se ha convertido en el más común entre los cánceres en mujeres en el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. ⁽³⁾ Además como principal causa de mortalidad en Latinoamérica, asegura la Organización Mundial de la Salud, en el 2008 causó 1,2 millones de muertes, un 45% de las cuales ocurrieron en América Latina y el Caribe. Investigaciones demuestran que un tercio de los tipos de cáncer más comunes puede prevenirse si se aplican las estrategias correctas. ⁽⁴⁾

En el Perú según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), este mal es el segundo más frecuente. El riesgo aumenta por la escasa cultura de prevención que existe en la población más propensa a padecer este mal. La incidencia en la capital es de 32 entre 100 mil personas por año.

El INEN señaló que en el 2008 se registraron 1,102 casos nuevos de pacientes de cáncer de mama en Lima. Datos de este instituto revelan que el

número de personas con cáncer de este tipo se triplicó en los últimos 25 años. El 50% es de Lima y el resto, del interior del país. En promedio, cada año se registran 1,200 casos nuevos. El estudio refiere que uno de los principales factores del aumento de este cáncer es el uso indiscriminado de hormonas anticonceptivas. Los médicos tienden a prescribir hormonas sin dejar opción a otros métodos menos nocivos para la mujer.

De acuerdo con el director del Departamento de Epidemiología del INEN, Ebert Poquioma Rojas, asegura que 42,000 personas murieron de cáncer hasta el 2008. De ellas, solo 23,000 pacientes lograron atenderse. Por ello, aseguran es necesario iniciar una campaña de prevención que pueda concientizar a la población de hacerse los diagnósticos, por lo menos una vez al año.⁽⁵⁾

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública, tanto a nivel país, de la región y del mundo, no sólo por su alta mortalidad sino también por la discapacidad resultante de su tratamiento (no recogidos por indicadores epidemiológicos). El cáncer de mama no distingue condición socioeconómica, de hecho, cerca de la mitad de los casos a nivel mundial se presentan en países en vías de desarrollo. Tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, es frecuente que el diagnóstico se realice en estadio tardío, cuando el tratamiento curativo no es posible.

El cáncer no es sólo una enfermedad de ricos, de personas adultas y países desarrollados. Se convirtió en una epidemia global, que afecta a todos los grupos de edad y niveles socioeconómicos, con graves consecuencias sociales, económicas, sobre el desarrollo y los derechos humanos. Sin embargo, cada vez son más los pacientes con cáncer que pueden ser tratados de manera efectiva y curados.

La prevención constituye la estrategia a largo plazo más costo-efectiva para el control del cáncer de mama. Se debe realizar la mamografía y ecografía mamaria cada año en mujeres entre los 40 y 70 años de edad, con la finalidad de detectar y tratar precozmente dicha enfermedad. Uno de

los retos más importantes para su implementación es el equipamiento de los servicios de salud para poder llevar a cabo esta intervención a gran escala y hacerlo de forma equitativa brindando cobertura tanto a zonas urbanas como a zonas rurales. El lanzamiento por parte del Estado Peruano de planes de lucha contra el cáncer representa la oportunidad más importante para hacerlo y mejorar la realidad que tenemos.

Las acciones educativas constituyen un pilar importante en la prevención. Se espera que a través de dichas acciones se promueva en las mujeres estilos de vida saludables, brindar información que les motive a realizarse tamizaje de cáncer de mama mediante las mamografías y así superar las barreras a la búsqueda de atención en los servicios de salud. Reforzar los aspectos educativos-comunicacionales de la población constituye un reto importante que debe ir a la par con la implementación de equipos de tamizaje en los servicios de salud. Un estudio realizado, empleando los datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2008, muestra que sólo 1 de cada 3 mujeres en edad fértil a nivel nacional se ha realizado alguna vez un autoexamen de mama y que menos de la mitad de las mujeres refirió conocer cómo se realizaba dicho autoexamen. Si bien es cierto que es discutible la efectividad del autoexamen de las mamas en atención primaria, esta información podría indicar que sólo una baja fracción de las mujeres está familiarizada con la exploración de sus mamas y que probablemente, sus conocimientos, actitudes y prácticas hacia esta enfermedad no sean las más adecuadas.⁽⁶⁾

Todos los integrantes que conforman el personal de salud tienen un papel importante en el ámbito de prevención. Los Tecnólogos Médicos en Radiología, y en mayor medida los que laboran en el área de mamografía, deben ser agentes comprometidos con la educación de la población, porque no se trata únicamente de asegurarse que el examen diagnóstico sea de calidad; la responsabilidad y el compromiso es parte de su labor. La participación de los tecnólogos es primordial al encontrarse con la paciente en un espacio de atención, íntima y de mayor contacto, que acuden a los

servicios en los que laboran. El tiempo que compartan con ellas, ya sea en la sala de mamografía o en campañas preventivas deber ser valorado para educar y despejar todas las dudas, es la oportunidad de los tecnólogos de promover cultura de prevención en estas pacientes, que confían en el profesional que la atiende, quien al igual que ellas debe retribuir esa confianza.

C. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de Mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud 2013?

D. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo mostrará la importancia de la cultura de prevención en la práctica del autoexamen de mama y en el estudio de mamografía, permitiendo el diagnóstico precoz del cáncer de mama, a su vez conoceremos la situación actual de la cultura de prevención en mujeres, contribuyendo así con las instituciones estatales y privadas para promover y reducir el número de mortalidad femenina por tal causa.

Con este documento se busca generar también la consciencia en las mujeres que se encuentran entre las edades de 35 a 60 años sobre la importancia de la realización del autoexamen de mama y posteriormente del examen mamográfico, como mejor forma de detección temprana de cáncer.

La investigación ayudará a crear consciencia sobre la importancia del autoexamen de mama en conjunto con el estudio mamográfico, así como las perspectivas y apreciación crítica de cada paciente; colaborando en la planificación de medidas de prevención para ser aplicadas en diversas instituciones en modo directo con la población femenina.

Asimismo se desea contribuir en próximos proyectos e investigaciones que estén orientados a crear cultura de prevención del

cáncer de mama, fomentando la educación en la población, como también mejorando las técnicas en el estudio de mamografía por parte del tecnólogo médico; solo así se podrá generar cambios en beneficio de la salud pública actual. Por último, aportar en los estudiantes de Tecnología Médica en Radiología el compromiso en prevención y promoción de la salud como parte de nuestra formación académica.

D. OBJETIVOS

General

Determinar la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud 2013.

Específicos:

- Evaluar la cultura de prevención sobre autoexamen de mama en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Identificar la cultura de prevención sobre estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Analizar las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar las fuentes de información y redes sociales más importantes en enriquecer la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES

No existen trabajos de investigación sobre la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y el estudio mamográfico en pacientes mujeres; sin embargo se han localizado estudios que están relacionados con el presente tema de investigación.

1. A nivel Internacional

Pinar Erbay Dünder y Col. en Turkía, en el año 2005 realizaron la investigación titulada: **“The knowledge and attitudes of breastself-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey”**, tuvo como objetivos determinar los niveles de conocimiento sobre el cáncer de mama y evaluar las creencias de salud en relación al modelo que promueve el autoexamen de mama y la mamografía en un grupo de mujeres en Manisa, Turkía, haciendo uso de la metodología descriptiva de corte transversal. La población estuvo conformada por 244 mujeres de 20 – 64 años de edad, para la técnica de recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario en versión adaptada del Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS), llegando a las siguientes conclusiones:

“La mayoría (76,6%) habían oído sobre el cáncer de mama, pero sólo el 56,1% de ellas tenían suficiente conocimiento sobre el cáncer de mama. Programas de radio y televisión fueron identificados como la fuente principal (39,3%) de información. La mayoría de las encuestadas (72,1%) tenían conocimiento sobre el auto examen de mama, pero sólo el 40,9% de las mujeres lo habían practicado en los 12 meses previos. El 10,6% del

grupo de estudio declararon que se habían realizado la prueba de mamografía”.⁽⁷⁾

Rivas Saravia Saúl Eduardo y Col. en San Salvador, en el año 2010 realizaron un estudio de investigación titulado: **“Factores biológicos y socioculturales que influyen en la realización de examen de Mama en mujeres atendidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en el Hospital de Maternidad de San Salvador, en el periodo comprendido en los meses de Febrero a Mayo 2010”**, la cual tuvo como objetivo identificar los factores socioculturales y factores biológicos que influyen en la realización del examen de mamografía, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes mujeres, se utilizó la entrevista encuesta como técnica de recolección de datos y como instrumento un formulario tipo cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

“Todas las pacientes tienen un conocimiento acerca del examen de mamografía considerando que lo realizan por prevención y para detectar un posible cáncer de mama. La mayoría de las pacientes que asisten a ambas instituciones considera que el examen de mamografía es doloroso y expresaron que no es realizado porque haya una existencia de cáncer en la paciente que se realiza este examen. Cabe destacar que en ambas instituciones la mayoría de las pacientes expreso que se realiza el autoexamen de mamas pero no saben por qué lo realizan. En el estudio las pacientes afirmaron no realizar el autoexamen de mama antes del examen de mamografía”.
⁽⁸⁾

A nivel Nacional

Ricse Asensios Janet, en su investigación titulada: **“Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de Cáncer de mama en mujeres usuarias del C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín V. M. T. 2006”**, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama, su diseño fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 76 mujeres usuarias y para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista encuesta, como instrumento se usó un cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

“En relación a los factores de riesgo, todas las mujeres que participaron en el estudio presentan por lo menos un factor de riesgo para el cáncer de mama. El 48,7% de las mujeres presentó más de 9 factores de riesgo para el cáncer de mama. En cuanto a conocimientos se encontró que el 50% tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama. Los aspectos que denotaron mayor conocimientos fueron sobre la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía con un 69.7% de acierto y la frecuencia recomendable para la realización del autoexamen de mamas con un 68.4% de aciertos. Los aspectos en denotar menor conocimiento fueron acerca del momento oportuno para la realización del autoexamen de mamas con 75% de desacierto y un 59.2% de desacierto sobre la edad recomendable para iniciar el examen de mamografía”.⁽⁹⁾

F.2 BASE TEÓRICA

1. GENERALIDADES SOBRE CANCER DE MAMA

a. Definición

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos.⁽¹⁰⁾

b. Epidemiología

Cada año se producen 1,38 millones de nuevos casos y 458, 000 muertes por cáncer de mama, siendo la primera causa de muerte entre las mujeres a nivel mundial. El cáncer de mama es, de lejos, el más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En los países de ingresos bajos y medios, se sabe que se producen la mayoría de muertes siendo 269 000 casos, donde la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud. La incidencia de cáncer de mama ha aumentado constantemente en los últimos años debido al aumento de la esperanza de vida y de la urbanización, así como a la adopción de modos de vida occidentales.⁽¹¹⁾

En América Latina y el Caribe, durante el año 2002, el cáncer de mama causó diariamente la muerte de 83 mujeres, o sea, cada hora fallecían tres mujeres víctimas de este cáncer.⁽¹²⁾

En el Perú, el cáncer en general es una de las principales causas de muerte; para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones, solo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas.

En cuanto al cáncer de mama, las tasas estandarizadas de incidencia estimada de cáncer a nivel nacional indican que, en el año 2002, por cada 100 000 mujeres se presentaron 36 casos nuevos de cáncer de mama; mientras tanto, las tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer a nivel nacional indican que, en el año 2005, por cada 100 000 mujeres fallecieron 19 mujeres por cáncer de mama. A pesar de la errónea y común idea de que es un problema predominante de países desarrollados, la mayoría de muertes por cáncer de mama ocurren en países de ingresos bajos; en el Perú, es la segunda neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre las mujeres (18,8%), por debajo del cáncer de cuello uterino (24,9%).

En mujeres jóvenes, 2,7% de los cánceres de mama ocurren en menores de 35 años y solo 0,6% en menores de 30 años. El comportamiento del cáncer de mama en mujeres jóvenes es más agresivo; así, a pesar que el cáncer de mama constituye 5 a 7% de todos los cánceres que afectan a mujeres de entre 15 a 29 años, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes.⁽¹³⁾

La incidencia de cáncer de mama en el varón se incrementó de 0,5 a 2 por ciento en varones en el Perú, indicó María del Rosario Cueva, mastóloga de los Hospitales de la Solidaridad, sostuvo que si bien las cifras de la enfermedad en varones son reducidas, es necesario que ellos también se hagan sus respectivos chequeos, porque el cáncer de mama no es un mal exclusivo de damas.⁽¹⁴⁾ Los factores de riesgo son la edad con un pico mayor de incidencia a los 60 años, historia familiar, síndrome de Klinefelter, cirrosis hepática, en pacientes con terapia hormonal por cirugía de cambio de sexo. La mamografía es una técnica diagnóstica efectiva con una sensibilidad y especificidad del 90%, el ultrasonido y la aspiración con aguja fina se utilizan como auxiliares diagnósticos. El cáncer está caracterizado

por un tumor bien definido, con márgenes espiculados, lobulado y acentuado por distorsión en la arquitectura, las microcalcificaciones son menos comunes en el hombre que en la mujer, pero cuando están presentes, son largas, redondas y dispersas.

Morbilidad

Algunos factores de riesgo para el desarrollo de cáncer son el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad, las infecciones de transmisión sexual como el VPH y la inactividad física, entre muchos otros. De acuerdo con la OMS, el cáncer podría disminuir casi en una tercera parte del total de casos, si la detección y el tratamiento fueran oportunos.

De acuerdo al estudio realizado por la OMS en 2005, es posible prevenir el 30% de los casos de cáncer a través de la disminución de factores de riesgo.

El cáncer de mama es una de las patologías asociadas al envejecimiento, al retraso en el inicio de la vida reproductiva y a los estilos de vida; además, representa un problema de salud pública, debido al incremento gradual y sostenido de dicha enfermedad, así como al costo de su tratamiento. Según la OMS, a nivel mundial, el cáncer de mama afecta al 16% de la población femenina que padeció algún tipo de cáncer.⁽¹⁵⁾

Mortalidad

La OMS estima que el cáncer podría cobrar la vida de 10.3 millones de personas en el mundo para 2020, afectando a 6.7 millones de personas cada año. En nuestro país, la tasa de defunción por tumores tiende a aumentar.⁽¹⁶⁾

c. Etiología

La etiología del cáncer de mama es multifactorial y su aparición constituye la etapa final de una compleja secuencia de fenómenos celulares y moleculares.

El riesgo de padecer esta enfermedad viene determinado por una serie de factores ambientales y otros relacionados con el estilo de vida (cultural, dietética) que difieren de una mujer a otra. Esto justifica, por un lado, la variación geográfica en cuanto a incidencia y mortalidad observada entre los diferentes países, y por otro, el hecho de que las tasas de incidencia se igualen en las poblaciones emigrantes en una o dos generaciones. La mayor parte de estos factores de riesgo se asocian a un riesgo moderado y, aunque no son en sí mismos causantes de la enfermedad, incrementan las posibilidades de que aparezca.⁽¹⁷⁾

d. Historia Natural Del Cáncer De Mama

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

Todavía existe una considerable controversia sobre la historia natural del cáncer de mama a pesar de los innumerables estudios dedicados a ello. Como ocurre con otros tumores, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es variable y, probablemente, esté influenciado por características específicas del tumor, del huésped y de los factores ambientales.

Ante un estímulo determinado algunas células aparentemente normales inician una división progresiva incrementándose en número y actividad nuclear. Es la fase de hiperplasia; cuando estas células tienen características potenciales para formar un cáncer se denominan células de hiperplasia atípica. Si la hiperplasia sigue evolucionando aparece un cáncer que será inicialmente in situ, es decir que se mantendrá dentro de los límites anatómicos de la estructura normal de la mama. La progresión del carcinoma in situ es hacia la infiltración de los tejidos vecinos en el seno de la mama y posteriormente la invasión de tejidos alejados a ella, lo que se

denomina metástasis. Esta invasión alejada se realiza a través de los conductos linfáticos regionales y posteriormente la invasión de tejidos alejados como pulmones, hígado, huesos, encéfalo, entre otros.

A medida que el cáncer va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia. En un principio, cuando las células se encuentran en fase de hiperplasia los signos clínicos son mínimos; a veces tan solo la precipitación de sales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a las microcalcificaciones. Cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementa también aumentan estas microcalcificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones. Más adelante si el tumor se hace invasor aparecerán tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares. ⁽¹⁸⁾

Se admite que transcurren de 10 a 15 años como tiempo medio desde que aparecen las primeras lesiones precancerosas hasta que la enfermedad se hace sistémica.

Hay dos teorías sobre el crecimiento del cáncer de mama:

La **teoría del continuum** postula que después de un período variable de lesión in situ confinada al ducto, invade la membrana basal convirtiéndose en enfermedad invasiva.

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

La **teoría dual**, por su parte, defiende la existencia de dos tipos de cánceres: 1) el cáncer rápidamente invasivo desde el origen que se hace sistémico e incurable antes de que pueda ser detectado y 2) el cáncer

encontrado en biopsias hechas al azar en mamas asintomáticas y que no parece afectar a la vida de la mujer. Un soporte para la teoría dual viene de la observación de que el cáncer in situ puede ser encontrado en una localización del ducto mientras que en otra parte del ducto encontramos un cáncer invasivo aparentemente no relacionado con el anterior. Estudios más recientes de toda la mama, sin embargo, sugieren que todas las fases de cáncer están directamente conectadas y representan una diseminación contigua.

Prescindiendo de la discutida historia natural del cáncer de mama está claro que un diagnóstico precoz del cáncer de mama disminuye la tasa absoluta de la mortalidad de la enfermedad en la población a la que se le ha hecho el screening según se ha demostrado en los estudios al azar controlados desde los años 60.⁽¹⁹⁾

e. Manifestaciones Clínicas

Un cáncer de mama puede presentarse en gran variedad de formas; actualmente con el uso de la mamografía no es infrecuente diagnosticar el cáncer en etapas tempranas, en pacientes asintomáticas.

La forma de presentación más frecuente corresponde a un nódulo duro e irregular; la retracción del pezón asociada a esta masa indica retracción de los ligamentos suspensorios de la mama por compromiso tumoral. Si el cáncer invade la fascia o el músculo subyacente, se apreciara fijación a estos planos en el examen físico. La permeación linfática puede provocar edema de la piel, con agrandamiento de los poros (piel de naranja); un compromiso linfático más extenso y agresivo dará lugar a lo que se conoce como enfermedad de Paget del pezón.

Además, el examen debe ser especialmente acucioso en la semiología pulmonar, hepática y en buscar cualquier otra posible manifestación de

metástasis. La percusión ósea permite tener una evaluación aproximada del estado óseo en la columna vertebral, tórax y pelvis.

El estudio de la paciente debe ser complementado con exámenes generales, incluyendo hemograma, perfil bioquímico y radiografía de tórax en dos proyecciones, y mamografía de buena calidad.

La presencia de multifocalidad, de extensión tumoral más allá de lo palpable y la presencia de carcinoma in situ como componente de la patología deben ser sospechados en la mamografía.⁽²⁰⁾

f. Diagnóstico

El principal objetivo de la biopsia mamaria como procedimiento diagnóstico es descartar o confirmar la existencia de carcinoma en las lesiones detectadas tanto clínica como mamográfica y/o ecográficamente. Está indicada en las siguientes circunstancias: a) lesiones clínicamente palpables sospechosas de carcinoma; b) lesiones con PAAF (punción-aspiración con aguja fina) no concluyente con mamografía o clínica sugerente de carcinoma; c) lesiones mamográficamente sospechosas (microcalcificaciones pleomórficas, densidades focales asimétricas, distorsiones arquitecturales); d) lesiones cutáneas o axilares sospechosas sobre todo en pacientes con historia familiar o antecedentes personales de cáncer de mama; e) tumoración de nueva aparición con mamografía normal; f) tumoración sin sospecha clínica en paciente demandante.⁽²¹⁾

2. PREVENCIÓN EN SALUD

La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como "preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa". Queda claro entonces que al utilizar este término se hace referencia a una acción de carácter anticipatorio.

La prevención es el "arte de corregir", que es un medio de "buen encauzamiento".

En los últimos años las definiciones de las políticas de salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de Prevención. Estas han sido definidas sobre todo "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultan a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención. Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida.

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un sistema de salud. Un sistema de salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure. Es más eficaz desde el punto de vista social, lo cual implica un bienestar de sus miembros. Es más eficaz económicamente - curar implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos, de mayores gastos. Lo más importante es que es más eficaz porque, la prevención persigue la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la

puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera.

Es difícil pensar en la prevención sin pensar en los cambios imprescindibles de estructura de un sistema de salud, pero sobre todo en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida, de las epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas en las que basan sus acciones. Estos cambios que deben enunciarse en principios generales de las acciones de prevención en salud, serían los que podrían conducir a las tareas de prevención por un camino bien encauzado.

a. Referentes Conceptuales

La prevención es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen. En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la Salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad, a las prácticas clínicas tradicionales.⁽²²⁾

b. Niveles De Prevención

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales tiene como objetivo disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos. Para ello se deben priorizar las actividades que apunten a la prevención como tarea central.

Prevención Primaria

Se denomina prevención primaria “todos aquellos actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de nuevos casos”. Este tipo de acciones están dirigida a la población considerada “sana”. Las intervenciones en este nivel de atención pueden clasificarse como:

Intervenciones de carácter no específico, que corresponden con acciones de promoción de la salud, tales como medidas generales de saneamiento ambiental, promoción de campañas de salud, divulgación de prácticas de autocuidado, planificación familiar, etc.

Intervenciones de carácter específico, que se llevan a cabo para actuar frente a un problema específico de salud como las vacunaciones, evitar determinados riesgos laborales, etc.

Prevención Secundaria

Se denomina prevención secundaria “todos los actos destinados a disminuir la prevención de una enfermedad en una población, reduciendo su evolución y duración”. La educación sanitaria a nivel de prevención secundaria está basada en aquellas acciones dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En la prevención secundaria se utilizan fundamentalmente tres tipos de estrategias:

El autoexamen. Su objetivo es la capacitación del propio individuo para detectar cualquier tipo de anomalía en su organismo; por ejemplo, la autoexploración mamaria.

Participación de la población en el diagnóstico precoz y tratamiento de los signos y síntomas iniciales de las patologías crónicas para recibir tratamiento lo antes posible.

El screening o detección precoz, en la que se aplican diversos métodos de identificación de problemas a la población que en apariencia no presenta ningún problema de salud, con la finalidad de realizar una detección precoz de aquellos individuos que se encuentran en un estadio inicial de una enfermedad o presentan un riesgo importante de padecerla.

Prevención Terciaria

Se denomina prevención terciaria “todos los actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales producidas por la enfermedad”. Aquellas acciones encaminadas a evitar nuevas complicaciones, evitando en lo posible el avance de la enfermedad o sus secuelas, estableciendo actividades de rehabilitación entendida como un enfoque tridimensional del individuo no solamente referido al aspecto físico de este sino también como acciones encaminadas a la reinserción social del sujeto. A través de la prevención terciaria se intenta mejorar la calidad de vida del sujeto que se encuentra en un estado de enfermedad.

(23)

PREVENCIÓN EN CÁNCER DE MAMA

Prevención Primaria

Se debe realizar mediante información, orientación y educación a toda la población, en especial femenina, sobre los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable. ⁽²⁴⁾

Hasta el momento, a pesar de la magnitud del problema, no se dispone de estrategias eficaces de prevención primaria del cáncer de mama, ya que de todos los posibles factores de riesgo en los que se ha postulado una relación causal con el cáncer de mama sólo en dos, el sexo y la edad, hay evidencia constatada. La mayoría de los factores de riesgo se asocian sólo con moderadas elevaciones en el riesgo, y pocos pueden ser fácilmente modificados con cambios ambientales o de comportamiento.

Probablemente, la obesidad después de la menopausia sea el único factor de riesgo establecido que se puede afectar con una modificación del comportamiento; sin embargo, aunque se redujera el número de mujeres postmenopáusicas obesas, se obtendría sólo un pequeño ef33

ecto en la incidencia del cáncer de mama.

Si alguno de los posibles factores de riesgo, como el alcohol, el tratamiento hormonal sustitutivo, ciertos componentes de la dieta y la exposición a pesticidas se encuentra que están implicados realmente en la causalidad del cáncer de mama, y si se establece la actividad física como factor protector, aumentarían las perspectivas para la prevención primaria.

En consecuencia, en este momento, para reducir la morbimortalidad del cáncer de mama, se deben promover medidas de prevención secundaria, como la mamografía, cuyo propósito es detectar la enfermedad en un estadio temprano, y con la que se ha comprobado, a través de ensayos aleatorios controlados, una reducción de la mortalidad a largo plazo

de un 30% en aquellas mujeres que inician el programa con 50 o más años de edad. ⁽²⁵⁾

Prevención Secundaria

Incluye la detección temprana mediante tres estrategias eficaces, autoexamen de mamas, examen clínico y mamografía. Una vez detectada la lesión por estos procedimientos, se procede a la confirmación y al manejo oportuno de acuerdo a los criterios expresados en la Norma Técnico Oncológica para la Prevención Detección y Diagnóstico Temprano del Cáncer de Mama a Nivel Nacional.

Prevención Terciaria

Se debe ejecutar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las mujeres que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Además, se debe orientar en la participación de grupos de apoyo con otras mujeres que han padecido de cáncer de mama.

ACTITUD DEL TECNÓLOGO MÉDICO EN RADIOLOGÍA

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar los factores determinantes de la salud y de ese modo mejorar su salud. Como concepto y conjunto de estrategias prácticas, sigue siendo una guía especial para abordar los principales retos de salud que confrontan las naciones industrializadas y en desarrollo.

La importancia de ampliar las líneas de actuación en educación para la salud implica la consideración de la necesidad de cambio dentro del propio sector sanitario. El equipo de profesionales de la salud no puede actuar en todos los niveles de promoción de la salud; esto conlleva la necesidad de establecer acciones coordinadas con otros colectivos

sociales que permitan intervenir en acciones potenciadoras de un estado de salud.

Partiendo de esta premisa, el papel desempeñado por los profesionales de salud en este sentido pasa a ser fundamentalmente de agentes mediadores de estados de salud favorables, para lo cual es preciso la información, la educación, la formación y la promoción de la salud, anticipando el diagnóstico de enfermedad para así darle tratamiento oportuno, reduciendo la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, de esta forma contribuiríamos a mejorar los resultados sanitarios de nuestra población.

El profesional de tecnología médica, quien se encarga del diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, cumple un rol importante como miembro del equipo de salud, por ello debemos impulsar su participación en actividades de educación sanitaria y campañas para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama, elevando el compromiso con la población mediante la información y educación.

ACTITUD DEL PÚBLICO

Se cree que el público no tiene ninguna responsabilidad en el lento avance de la medicina preventiva en nuestro país. La población demanda cada vez más recibir acciones preventivas, motivada quizá por el éxito de las campañas de vacunación. Esto es verdad; pero también lo es que con demasiada frecuencia pospone la atención de problemas de salud fácilmente controlables en sus principios, dejando que evolucionen a situaciones más severas y de más difícil solución. La población carece de educación médica; pero no puede acceder a ella si el personal de salud no se la proporciona en el grado que se necesita.

Una realidad distinta se encontraría si cada médico, cada enfermera, cada tecnólogo médico, cada trabajadora social y todos los profesionales de la salud se encargaran de informar y motivar a la población, este respondería seguramente propiciando condiciones más favorables de salud. Y esta labor, de incalculable utilidad, requiere solamente de empeño y la dedicación del personal de salud en el cumplimiento de una de sus responsabilidades básicas; la educación.

Un hecho a considerar respecto al papel del público, es que podría pensarse que las condiciones económicas de la población en general, constituyen un obstáculo para la utilización más amplia de las actividades preventivas; sin embargo, las instituciones de salud y las de seguridad social, proporcionan atenciones preventivas en forma gratuita, pudiendo las personas que las requieran acudir libremente a la institución de salud que les convenga.

En resumen puede afirmarse que el factor principal en el pobre desarrollo de la medicina preventiva, es la deficiente preparación que en las universidades se proporcionan al futuro profesional de la salud. Si este factor se modifica, el profesional de la salud, ya no considerará poco importante la labor preventiva frente a la espectacularidad de un diagnóstico trabajosamente elaborado o de una difícil y exitosa intervención quirúrgica, ya no pensará que la medicina preventiva se limita solamente a la aplicación de vacunas, como medida de reconocida eficacia a la prevención. Por último debemos recordar que es necesario el apoyo del Gobierno en programas de educación a la prevención en nuestra población.⁽²⁶⁾

3. CULTURA DE PREVENCIÓN

La cultura se define como la estructura de conocimientos y creencias de una sociedad, el contenido de sus libros y medios de comunicación, su tecnología, la determinación de los distintos papeles sociales, los comportamientos considerados normales y los tachados de intolerables y el establecimiento de la moral y del sistema de valores. La cultura es la que instituye la importancia de la familia frente al individuo, de la laboriosidad frente al ocio. También es la que determina la valoración de la salud y los objetivos más elevados. La cultura es la forma de vida de las personas. Como la salud y la enfermedad, la cultura se transmite de grupo en grupo, de generación en generación. Considerando el poder de la televisión para transmitir la cultura de las naciones de elevada tecnología tanto en sus aspectos positivos como en los nocivos, a todos los rincones del mundo. En ese sentido, resulta beneficioso despertar la esperanza de una vida más saludable y feliz.

La ideología de una comunidad forma parte de su cultura general y a menudo se infiere, más que se ve. La ideología es el mundo de las ideas, creencias y valores de los miembros de una sociedad. Sin embargo, lo que las personas dicen que es importante para ellas no siempre se refleja en sus comportamientos y a menudo el plan formal de muchas instituciones no corresponde a su funcionamiento "real". Cuando se planifica la salud, es esencial reconocer esta paradoja.

Cuando se hace referencia a cultura de la prevención, no se trata de crear una nueva cultura. Es educar para crear una nueva cultura. Es educar para crear conciencia, adoptar nuevas conductas y una actitud responsable y de respeto por la protección de las vidas, el entorno, por las futuras generaciones; cultura de la prevención implica, una actitud colectiva que solo puede construirse mediante un largo proceso social, donde cada ser humano, como ciudadano común y/o como parte de los sistemas estructurales que componen la sociedad, sea capaz de cambiar situaciones

amenazantes que coadyuvan con la dinámica social en los procesos de desarrollo y de ser coherentes en las decisiones y en la práctica de sus acciones.

En resumen, cultura preventiva es el conjunto de actitudes y conocimiento, compartidas por todos los miembros de un grupo social sobre salud, riesgos, accidentes, enfermedades y medidas preventivas. También es definida como la actitud proactiva, compromiso por la seguridad y promoción de la salud, de todos y todas los integrantes de las familias, escuelas, empresas y comunidades, para emprender acciones de prevención.

Existen diferentes enfoques para abordar la prevención, una condición de éxito, necesaria pero no suficiente, es la participación de todos los trabajadores y trabajadoras de la salud. Pero esta participación tiene que ir acompañada del compromiso visible de todos los agentes implicados hacia esa cultura de la prevención, ese nuevo enfoque en el que se busca la excelencia en la calidad de vida. La prevención debe integrarse en el día a día de la actividad, escolar y laboral, como un auténtico "estilo de vida" y no como una imposición.⁽²⁷⁾

Cultura De La Población

Existe una limitada cultura de prevención entre la población, en la que predomina un sentir de desconfianza hacia la capacidad técnica y calidad del trato humano. Además la burocratización que da como resultado, el que los servicios de salud sean o no utilizados.

Por otro lado, es necesario hacer conciencia en la población acerca de la necesidad de prevenir daños a la salud, ya que para ellos, la prevención se inicia cuando se está enfermo, y ésta, ayudaría a evitar el período de la enfermedad durante el cual le imposibilita a realizar sus actividades cotidianas.

Es un hecho real que la población no le da importancia al uso de los servicios preventivos ante la necesidad de resolver otros problemas; que el uso de los servicios de medicina preventiva se hace por la búsqueda intencionada de población blanco. Además la falta de cultura de prevención en la población se explica por acción de los factores socioculturales además del papel importante de la falta de educación para la salud.

Cultura De Prevención En Cáncer De Mama

El presidente de la Sociedad Americana de Cáncer refiere que el uso de programas de tamizaje organizado mediante mamografía ha mostrado reducir las tasas de mortalidad en países desarrollados; además menciona la importancia de la exploración clínica y la autoexploración en la concientización de la población respecto de la posibilidad de curación de esta enfermedad cuando se diagnostica y trata oportuna y adecuadamente. Se hace énfasis en la necesidad de contar con un programa de control de calidad para que el tamizaje organizado sea eficaz.

El cáncer de mama es un desafío en salud pública que enfrentan los servicios de atención primaria, así como de segundo y tercer nivel, no sólo por la magnitud de su incidencia sino también porque las herramientas de tamizaje con las que contamos hoy en día tienen limitaciones en su valor diagnóstico, existen muy bajas coberturas de detección y hay poca profesionalización en los programas de prevención y control. Es necesario el desarrollo de sistemas modernos de vigilancia epidemiológica ante la ausencia de registros poblacionales de cáncer en nuestro país. Por esta razón, para enfrentar el cáncer de mama y otros tumores malignos en general, es necesario impulsar la iniciativa de creación programas, mediante los cuales se pueda promover una cultura de prevención en el ámbito poblacional y potenciar los esfuerzos de las instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil. Sólo de esta forma se podrá ofrecer una

respuesta social organizada para enfrentar este reto y así poder mejorar la calidad de vida de las mujeres.⁽²⁸⁾

4. MEDIOS DE DETECCION TEMPRANA

1. AUTOEXAMEN MAMARIO

El autoexamen de la mama (AEM) es una técnica mediante el cual una mujer explora sus mamas y estructuras accesorias para detectar la presencia de alteraciones que pudieran indicar un proceso maligno.

El objetivo de la autoexploración es que la mujer conozca la forma y textura de sus mamas e indicarle que cuando encuentre un cambio o tumor en la mama, acuda a revisión por el médico.

Los profesionales de la salud pueden enseñar a los grupos de mujeres la forma de explorar la mama. El objetivo de la misma es que todas las mujeres sepan hacer la autoexploración mamaria (AEM) y repetirla todos los meses, una semana después del final de la menstruación y una vez al mes después de la menopausia. Ante el hallazgo de pequeñas masas o zonas duras, debe recurrirse a un profesional de la salud para su diagnóstico. Las mujeres pueden hacer esto, aun sabiendo que 80% de las masas no son cancerosas y que las consideradas peligrosas podrán ser extirpadas o tratadas a fin de hacerlas inocuas

Es necesario explicar detenidamente a las mujeres la importancia del autoexamen mamario y desterrar toda idea de “cancerofobia” que pudiera despertar; se debe señalar que las exploraciones iniciales, tendrán como objetivo familiarizarse con las características físicas propias de las mamas y las exploraciones subsecuentes se dedicarán a la búsqueda de anomalías que requieran consulta profesional.⁽²⁹⁾

El autoexamen de mamas consiste en la educación e instrucción de la mujer para ella misma se realice el examen de las mamas en forma

periódica, para la cual es necesario enseñar la metodología necesaria y sencilla. Es importante la motivación de la paciente y la explicación de los beneficios que su práctica rutinaria desempeña en la prevención, diagnóstico y pronóstico del cáncer de mama.

Importancia

Entre el 95 al 98% de los cánceres de mama, según estadísticas, son descubiertos por las mismas pacientes sin ayuda del médico, a quien acuden después motivadas por las alteraciones que encuentran en sus senos. Posteriormente el profesional confirma el diagnóstico haciendo las investigaciones necesarias en corto plazo para la confirmación histológica y el planeamiento terapéutico correspondiente.

Bases

Como las mujeres seguirán descubriendo sus propias tumoraciones, los programas de instrucción para el autoexamen de mama, revisten especial importancia para la detección de tumoraciones en el seno como un verdadero método para el diagnóstico en etapas relativamente tempranas de la enfermedad.

Metódica

- a.** La instrucción para el autoexamen debe ser proporcionada por el profesional de salud debidamente entrenado.
- b.** El autoexamen de mamas debe realizarlo la mujer una vez al mes en forma disciplinada y cumplida.
- c.** La fecha más indicada debe ubicarse entre los días que siguen a la menstruación, se realiza entre el séptimo y décimo día de haber iniciado el sangrado menstrual, tanto porque por esta época del tejido mamario está inactivo, libre probablemente del efecto hormonal. A las mujeres en la menopausia y a las mujeres jóvenes que han sido sometidas a histerectomía

o embarazadas se les recomienda que elijan un día fijo de cada mes para realizarse su autoexamen, todos los meses.

d. En las mujeres postmenopáusicas debe establecerse una fecha fija, que pueda ser el primer o el último día de cada mes, o la que sea más fácil de recordar por la mujer.

e. Es necesario eliminar la ansiedad de la mujer durante el aprendizaje, así como los temores propios al examen de los senos, considerando que estos son símbolos sexuales y que es incómodo para muchas pacientes no solo el examen de las mamas sino simplemente referirse a ellas.

f. La instrucción de la paciente debe hacerse en forma autorizada, con lenguaje sencillo de acuerdo al nivel cultural de la paciente, dándole oportunidad para que pregunte y fije perfectamente la técnica del examen.

g. Es una buena ocasión para iniciar a la mujer en el autoexamen precisamente cuando se está realizando el examen de mamas por el profesional de salud, ya que así se podrán fijar vivencias en cuanto a presión de los dedos, maniobras, disposición de las manos, etc. Pero como medida verdaderamente preventiva debe propenderse a enseñarlo en cualquier época, inclusive dentro de las campañas de prevención y detección, como verdaderas medidas educativas en protección de la salud de la mujer

Técnica

La técnica para el autoexamen de mamas debe ser sencilla en su realización, siguiendo un plan ordenado de examen definitivamente de corta duración para que pueda ser cumplido con eficacia, concentración y frecuencia.

a. La mujer debe acostumbrarse a observar sus mamas, fijando las vivencias de sus características anatómicas individuales, de tal manera que nadie mejor que ella pueda notar cambios o alteraciones.

b. La observación debe comprender los siguientes aspectos:

- Forma, tamaño y contornos.
- Situación y simetría de los pezones y aureolas.
- Características de la piel.
- Movilización de las mamas.
- Ausencia de lesiones.

c. La palpación será metódica y prolija de acuerdo a la que se establece en el tiempo correspondiente.

d. Cualquier cambio, anomalía o alteración debe comunicarse al médico. ⁽³⁰⁾

2. MAMOGRAFÍA

La utilización de la mamografía como método diagnóstico data de principios del siglo XX. Sin embargo, han sido los avances tecnológicos de los últimos 30 años los que han hecho posible su introducción primero como método auxiliar y actualmente como método fundamental de detección de la patología mamaria, no siendo aceptado en nuestros días ningún programa de detección precoz del cáncer de mama que no incluya a la mamografía como prueba.

En 1958 Kremens, tras revisar 1.000 mamografías, introduce el concepto de detección precoz del cáncer de mama entre la lista de indicaciones de la mamografía. Posteriormente Egan, en 1962, detecta 53 casos de carcinoma oculto como aquel totalmente insospechado tras un riguroso examen clínico. Gershon-Cohen y Levitan destacan la presencia de microcalcificaciones como signo de cáncer no palpable.

La mamografía tiene una doble utilidad: de detección y de diagnóstico. La mamografía diagnóstica permite completar como prueba radiológica los hallazgos de la exploración clínica (como secreción anómala, alteraciones cutáneas, palpación de nódulos, etc.), en un

intento de caracterizar las lesiones mamarias. La mamografía de screening por su parte persigue la detección del cáncer de mama en su fase más precoz, en mujeres asintomáticas.

Es ampliamente aceptado que la detección precoz del cáncer de mama resultaría en un tratamiento más efectivo y en una disminución de la mortalidad. La mamografía de rayos X ha resultado ser un método simple y preciso para detectar el cáncer de mama, aunque no es fácil llevarla a cabo. El radiólogo y su equipo de tecnólogos deben tener adecuados conocimientos, habilidades y cuidados.

Radiografía De Tejidos Blandos

La exploración radiográfica de tejidos blandos, llamada radiografía de tejidos blandos, requiere técnicas específicas que difieren de las usadas en radiología convencional. Estas diferencias técnicas se deben a las peculiares diferencias de la anatomía que está siendo explorada. En la radiografía convencional, el contraste material es elevado debido a las grandes diferencias de densidad másica y número atómico entre el tejido óseo, muscular, adiposo y pulmonar. Las técnicas radiográficas de tejidos blandos están diseñadas para optimizar la absorción diferencial en estos tejidos muy parecidos.

Un excelente ejemplo de radiografía de tejidos blandos es la mamografía, la cual ha sufrido muchos cambios y mejoras. Actualmente es una aplicación ampliamente utilizada gracias a los esfuerzos del programa de voluntariado del American College of Radiology (ACR) y de la ley federal Mammography Quality Standards Act (MQSA) decretada en 1991.

Aspectos Básicos De La Mamografía

La razón principal para el continuo desarrollo y la mejora de la mamografía es la alta incidencia del cáncer de mama.

- Tipos De Mamografía

Hay dos tipos de exploración mamográfica. La mamografía de diagnóstico se realiza en pacientes con síntomas o factores de riesgo elevados. Dos o tres proyecciones de cada imagen pueden ser necesarias. La mamografía de detección se realiza en mujeres asintomáticas utilizando un protocolo de dos proyecciones, normalmente la medio lateral oblicua y la cráneo caudal, para detectar un cáncer no sospechado.

La mamografía de detección (despistaje, screening) reduce la mortalidad de cáncer en pacientes de 50 años y de más edad. También es beneficiosa para mujeres entre los 40 y los 50 años. Ya que potencialmente a las mujeres jóvenes les quedan más años de vida, la exploración de este grupo resulta en un número mayor de años salvados.

La American Cancer Society recomienda que las mujeres realicen una autoexploración de mama mensualmente, para la cual un profesional de la salud enseña a la mujer a palpar sus mamas en busca de bultos, engrosamientos en la piel o cualquier cambio en el tamaño y forma.

La American Cancer Society también recomienda una exploración de mama anual por un médico y un mamograma referencia. Un mamograma referencia es la primera exploración radiográfica de las mamas normalmente obtenida antes de los 40 años de edad. Los radiólogos lo utilizarán para compararlo con futuras mamografías.

El riesgo de mama inducido por radiación debido a la mamografía de rayos X es un tema al cual se ha prestado mucho interés. La mamografía se considera muy segura y efectiva.

- Anatomía De La Mama

La anatomía de la mama y las características de su tejido hacen que la toma de imágenes sea difícil. La mama joven es densa y más difícil de tomarle imágenes debido al tejido glandular. La mama adulta es más grasa y es más fácil tomarle imágenes.

La mama normal está constituida por tres tejidos principales: fibroso, glandular y adiposo (graso). En una mujer pre menopáusica, los tejidos fibroso y glandular están estructurados en varios conductos, glándulas y tejidos conectivos. Estos están rodeados por una fina capa de grasa. El aspecto radiográfico de los tejidos glandular y conectivo es muy denso.

La mama postmenopáusica está caracterizada por una degeneración de su tejido fibroglandular y un incremento del tejido adiposo. El tejido adiposo es menos denso radiográficamente y requiere menos exposición.

La presencia de malignidad aparece como una distorsión de los patrones normales de los conductos y del tejido conectivo. Aproximadamente el 80% del cáncer de mama se produce en los conductos y puede tener asociados depósitos de microcalcificaciones que aparece como pequeños granos de tamaño diferente. En términos de detección de cáncer de mama, las microcalcificaciones más pequeñas, son de interés. La incidencia de cáncer de mama es mayor en el cuadrante lateral superior de la mama.

- Compresión

La compresión es muy importante y especialmente relevante en la mamografía. Una fuerte compresión ofrece muchas ventajas. Una mama comprimida tiene un grosor más uniforme y por lo tanto la densidad

óptica de la imagen es más uniforme. Los tejidos cerca de la pared torácica tienen menos probabilidades de ser infraexpuestos, y los tejidos cerca del pezón tienen menos probabilidades de ser sobreexpuestos.

Cuando una compresión fuerte es utilizada, toda la mama se encuentra estirada próxima al receptor de imagen y la borrosidad del punto focal se reduce. La compresión también reduce la borrosidad y la dispersión de la radiación. Todos los sistemas de imagen mamográficos específicos tienen incorporado un dispositivo de compresión rígido paralelo a la superficie del receptor de imagen. La compresión fuerte de la mama es necesaria para obtener la mejor calidad de imagen.

La calidad de imagen es mejorada en función de una fuerte compresión. La compresión inmoviliza la mama, extiende el tejido y por tanto reduce la superposición de estructuras de los tejidos.

La compresión origina un tejido más fino y por tanto menos radiación dispersa y una mejora de la resolución de contraste. El resultado de esta mejora de la calidad de la imagen posibilita una mejor habilidad de detectar lesiones pequeñas de bajo contraste y microcalcificaciones de alto contraste debido a la mejora de la resolución espacial. Además, una compresión fuerte resulta en una dosis a la paciente menor.

Aunque puede ser difícil de entender para las pacientes, la compresión de la mama es esencial para una mamografía de calidad. El grado óptimo de compresión es desconocido; no obstante a compresiones más fuertes mejor será la imagen y menor la dosis a la paciente, pero más grande será el malestar de esta. Tecnólogos médicos expertos intentar comprimir la mama hasta que esta “tensa” o hasta que empiece a producir dolor, sea lo que sea lo que ocurra primero. ⁽³¹⁾

Estudio Mamográfico

Las mamografías se realizan tanto en mujeres como en hombres. En mujeres de rutina y en hombres cuando tenemos la presencia de un nódulo palpable para descartar la presencia de lesión o ginecomastia. En el hombre lo que tenemos es conductos y tejido fibroso, no hay acinos, esto quiere decir que el cáncer que se encuentra en hombres es ductal (el cual es más agresivo que el lobulillar).

Indicaciones

- Nódulos dolorosos
- Cambios en la forma de la mama.
- Carcinoma
- Calcificaciones
- Enfermedad quística mamaria.
- Mastitis

Contraindicaciones

Dicho estudio no tiene una contraindicación salvo que al igual que todas las radiaciones de tipo ionizantes en el cual no pueden encontrarse mujeres embarazadas.

Preparación Previa Para el Examen Radiológico De Mama

El día del examen no debe aplicarse en el área de las axilas y mamas lo siguiente: talcos, desodorante, lociones o cremas, basta con el baño con agua y jabón.

En el Día Del Examen:

Debe explicársele a la paciente en un pequeño dialogo en qué consiste el examen y verificar si cumplió la preparación previa o no, esto ayuda a:

- ✓ Disminuir el grado de ansiedad con que llega la paciente.
- ✓ Obtención de datos clínicos importantes para su diagnóstico.
- ✓ Garantizar su colaboración y de esa forma obtener una buena serie radiográfica.

Equipo Radiológico

Se han diseñado equipos especiales que den como resultado un buen detalle entre ellos se encuentran: mamógrafo análogo, mamógrafo digital directo e indirecto y Tomosíntesis.

Rutina Radiográfica:

- Cráneo caudal izquierda y derecha.
- Oblicuas medio lateral izquierda y derecha. ⁽³²⁾

F. DEFINICION DE TERMINOS

- **Cultura de prevención:** es el conjunto de conocimientos y actitudes que refieran tener las pacientes mujeres sobre la prevención al cáncer de mama.

- **Autoexamen de la mama:** se refiere a que las pacientes entrevistadas se auto realizan la inspección a las mamas como método de detección temprana de cáncer de mama, que tiene como función conocer la normalidad de la glándula mamaria.

- **Estudio mamográfico:** se refiere al estudio utilizado como método de detección precoz de cáncer de mama hacia las pacientes entrevistadas, el cual se realiza con un equipo de rayos x llamado mamógrafo que con baja dosis de radiación es capaz de detectar múltiples problemas, principalmente oncológicos.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio de investigación es de tipo cuali - cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Es decir se obtiene información de los conocimientos y actitudes que engloban la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y examen mamográfico.

B. AREA DE ESTUDIO

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, es un establecimiento de salud de Nivel IV, pertenece a la Red Asistencial Rebagliati de EsSalud, está ubicado en el distrito de Jesús María, en la provincia de Lima, departamento de Lima.

C. POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 1250 mujeres, el cual es el promedio mensual de pacientes, a partir de los 35 años, atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Para fines de la presente investigación se consideró una muestra de 89 mujeres. El tipo de muestreo no probabilístico consecutivo fue empleado para este estudio.

Cálculo de la muestra:

Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita, para lo cual se consideró:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P (1 - P)}{E^2 (N - 1) + Z^2 P (1 - P)}$$

N= Tamaño de la población

P= Proporción poblacional = 0.5

Q= (1 - P) = 0.5

E= Error muestral = 0.1

Z= Intervalo de confianza = 1.96 (95% de confianza)

n= Muestra poblacional

Reemplazando:

$$n = \frac{1250 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2 (1250 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{1200.5}{13.4504} = 89.25$$

n= 89

- Criterios de Selección:

a. Criterios de inclusión: Se incluyeron en esta muestra a todas las pacientes mayores de 35 años que asistieron a realizarse el estudio mamográfico y las que accedieron a ser entrevistadas voluntariamente para ser parte del estudio, en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

b. Criterios de Exclusión: Pacientes mujeres que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio y pacientes varones.

D. VARIABLES DE ESTUDIO

- Cultura de prevención: Variable independiente
- Autoexamen de mama: Variable dependiente
- Estudio Mamográfico: Variable dependiente

E. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se desarrolló mediante la técnica de la encuesta y como instrumento de recolección de datos se empleó el cuestionario con la finalidad de cumplir los objetivos del estudio.

La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes: Presentación, instrucciones, datos personales y 42 preguntas con alternativas múltiples y dicotómicas, de las cuales 16 preguntas son para evaluar la cultura de prevención sobre autoexamen de mama y mamografía (conocimientos); 14 preguntas para cultura de prevención sobre autoexamen de mama (actitudes), 11 preguntas de cultura de prevención sobre

mamografía (actitudes) y 1 pregunta sobre fuentes de información y redes sociales. (Anexo B). Se utilizó una ficha con imagen de mamas para que la paciente pueda estar orientada, antes de empezar el cuestionario, además se utilizaron 3 fichas más para saber si realizaban autoexamen de mamas y estén habilitadas de contestar las interrogantes de dicho ítem. (Anexo M).

El instrumento fue diseñado basándose en fundamentos teóricos correspondientes a la investigación como primera parte del cuestionario, en la segunda parte se utilizó la versión adaptada del Champion's Belief Model Scale (CHBMS), método reconocido, validado y aplicado a salud preventiva referente a cáncer de mama. El cuestionario requirió evaluación y verificación de un estadista y profesionales de la salud, el cual estuvo conformado por médicos especialistas y tecnólogos médicos en el área de mamografía e investigación. Además sus sugerencias permitieron realizar los ajustes correspondientes a cada ítem.

Posteriormente se realizó una prueba piloto a 14 mujeres que no iban a ser incluidas en la muestra de estudio, con el fin de obtener la validez del instrumento y cálculo de tamaño de muestra. (Anexo E)

F. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se coordinó con las tecnólogas del servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de acuerdo a la programación de las pacientes y asistir a las fechas determinadas, con la finalidad de obtener las facilidades para realizar el estudio y aplicación del cuestionario en las pacientes.

La recolección de datos se realizó durante las últimas semanas de octubre del 2013, en el horario de 1:30 a 7:00 pm, en la sala de espera y sala de mamografía, mientras las pacientes esperaban que la tecnóloga

revisara sus mamografías para poder retirarse. Cada entrevista duró entre 10 a 15 minutos aproximadamente. (Anexo N).

Previo consentimiento informado, a cada paciente, se le aplicó el cuestionario en forma anónima, bajo la supervisión del investigador.

Posteriormente se llevó a cabo la primera etapa de procesamiento de datos en forma manual con la verificación y supervisión del correcto llenado del cuestionario. Luego, fueron codificadas, digitadas y verificadas para proceder a ingresar a la base de datos.

Recolectada la información se procedió al ordenamiento y a la creación de un archivo de datos, mediante el uso de programas informáticos (Excel 2010 y SPSS versión 19), los datos se presentan en tablas y gráficos, parámetros o medidas que sirvieron para describir cada una de las variables del estudio.

Para la medir las variables se asignó un puntaje de respuestas de las pacientes tanto para cultura de prevención como para autoexamen de mama y estudio mamográfico. Se ha tenido en cuenta los criterios de la estadística descriptiva en cuanto a la recolección, ordenamiento y presentación de los datos. Para categorización de las variables se utilizó la Escala de Estanones.

Se construyó el indicador nivel de cultura de prevención.

Las categorías de este indicador fueron construidas a partir de la siguiente regla de intervalos:

- 1) Baja → Si es menor o igual que “a”.
- 2) Mediana → Si es mayor que “a” y menor o igual que “b”.
- 3) Alta → Si es mayor que “b”.

Donde “a” es igual al promedio de sus puntuaciones menos 0,75 por la desviación estándar y “b” es igual al promedio de sus puntuaciones más 0,75 por la desviación estándar. (Anexo D)

G. PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se utilizó la estadística descriptiva y medidas de dispersión para determinar la frecuencia y proporción de las variables considerándose los porcentajes extremos, los más altos y/o más bajos y se realizó el análisis e interpretación de datos, teniendo en cuenta la base teórica revisada, realizando un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad, en cuanto a los datos generales y a datos específicos que se guardan relación directa con las variables de estudio.

H. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para la realización del presente estudio de investigación fueron: el consentimiento informado y los principios bioéticos.

El consentimiento informado con la finalidad de que a través de éste, los participantes tuvieran el poder de decidir lo que puede hacerse con sus atributos sociales y /o intelectuales y proteger el derecho de cada individuo a elegir libremente su participación en un estudio, luego de haber sido informado de los objetivos, que hará, los riesgos y beneficios de la investigación.

Además, se tuvo en cuenta los principios éticos y bioéticos en todo el proceso de investigación, así como el consentimiento informado de las participantes (Anexo C) y se les aseguró mantener el anonimato y confidencialidad utilizándose los datos únicamente con fines de la presente investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados luego de haber recolectado y procesado los datos, para su respectivo análisis y discusión.

A. RESULTADOS

1. Datos Sociodemográficos

Las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, presentan las siguientes características sociodemográficas: del 100% (89) de mujeres encuestadas, tienen en su mayoría edades comprendidas entre 40 a 59 años (71,9%) (Tabla N°1); de lengua materna castellano (95,5%) (Tabla N°2); provienen en su mayoría de la provincia de Cañete (28,1%) y del distrito de San Juan de Miraflores (16,9%) (Tabla N°3); han logrado aprobar algún año de educación secundaria (33,7%) (Tabla N°4); son en su mayoría amas de casa (50,6%) (Tabla N°5); están unidas en matrimonio o convivencia (73%) (Tabla N°6); tienen uno o más hijos (88.7%) (Tabla N°7).

TABLA N°1

Grupos de edad, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

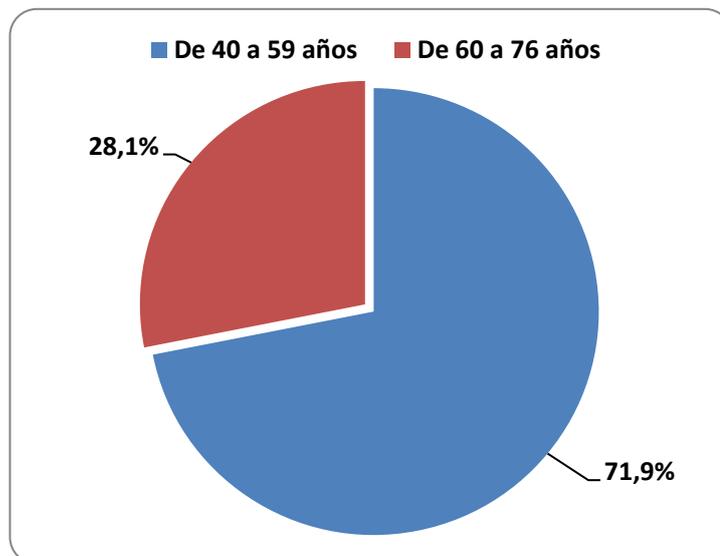
Grupos de edad	N°	%
Total	89	100,0
De 40 a 59 años	64	71,9
De 60 a 76 años	25	28,1
Promedio	53,8	

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de mujeres encuestadas, tienen en su mayoría edades comprendidas entre 40 a 59 años siendo un 71,9% (64) y edades de 60 a 76 años el 28,1% (25).

GRAFICO N°1

Grupos de Edad



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TABLA N° 02

Lengua materna, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

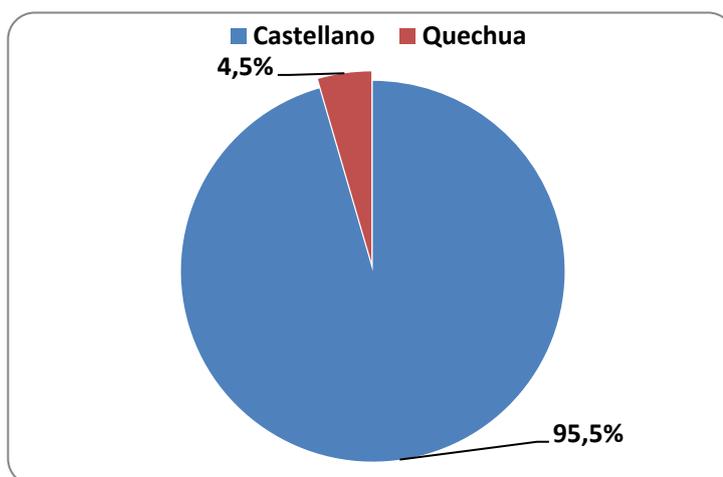
Lengua materna	N°	%
Total	89	100,0
Castellano	85	95,5
Quechua	4	4,5

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de mujeres encuestadas, la mayoría tienen como lengua materna al castellano con un 95,5% (85) y un minoría al quechua 4,5% (4).

GRÁFICO N° 02

Lengua Materna



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TABLA N° 03

Lugar de procedencia, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

Lugar de procedencia	N°	%
Total	89	100,0
Cañete	25	28,1
San Juan De Miraflores	15	16,9
San Isidro	5	5,6
Mala	5	5,6
Magdalena Mar	4	4,5
Miraflores	4	4,5
Breña	3	3,4
Chorrillos	3	3,4
Pueblo Libre	3	3,4
Santiago De Surco	3	3,4
Villa María Del Triunfo	3	3,4
Otros	16	18,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de pacientes, provienen en su mayoría de la provincia de Cañete 28,1% (25) y del distrito de San Juan de Miraflores 16,9% (15).

GRÁFICO N° 03

Lugar de Procedencia



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TABLA N° 04

Grado de instrucción, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

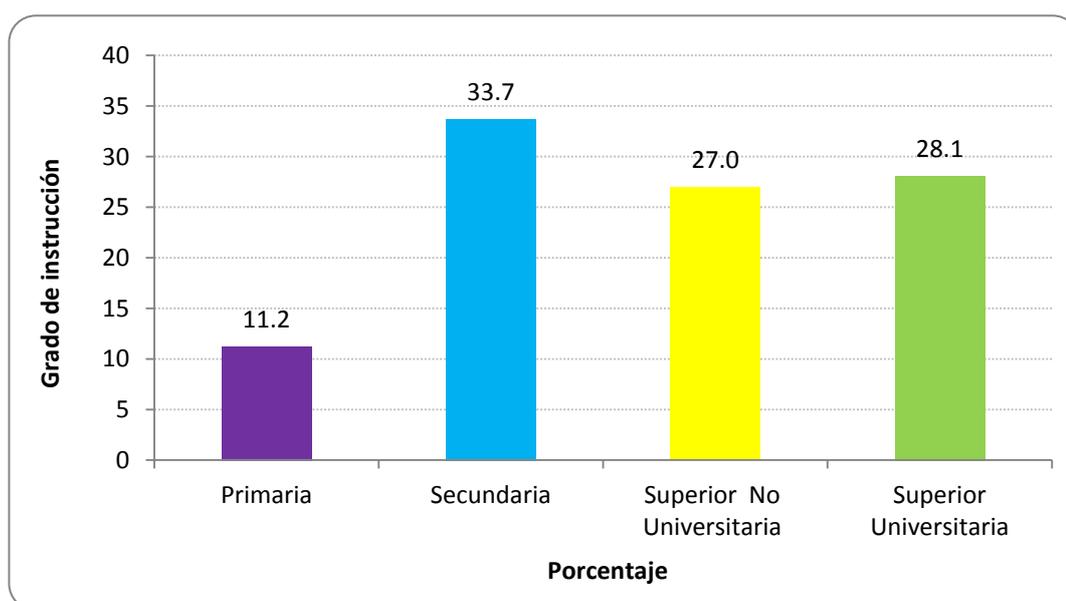
Grado de instrucción	N°	%
Total	89	100,0
Primaria	10	11,2
Secundaria	30	33,7
Superior No Universitaria	24	27,0
Superior Universitaria	25	28,1

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de pacientes, han logrado aprobar educación secundaria 33,7% (30), el 28,1% (25) superior universitaria y un 27,0% (24) superior no universitaria.

GRÁFICO N° 04

Grado de Instrucción



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TABLA Nº 05
Ocupación, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

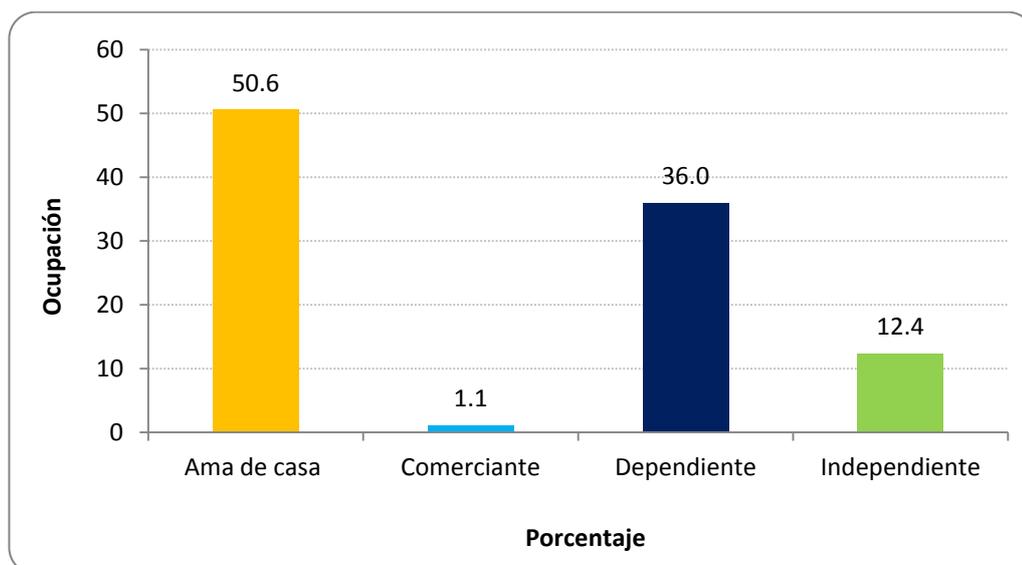
Ocupación	Nº	%
Total	89	100,0
Ama de casa	45	50,6
Comerciante	1	1,1
Dependiente	32	36,0
Independiente	11	12,4

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de mujeres, son en su mayoría amas de casa 50,6%(45) y un 36% (32) de ocupación dependiente.

GRÁFICO Nº 05

Ocupación



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TABLA Nº 06

Estado civil, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

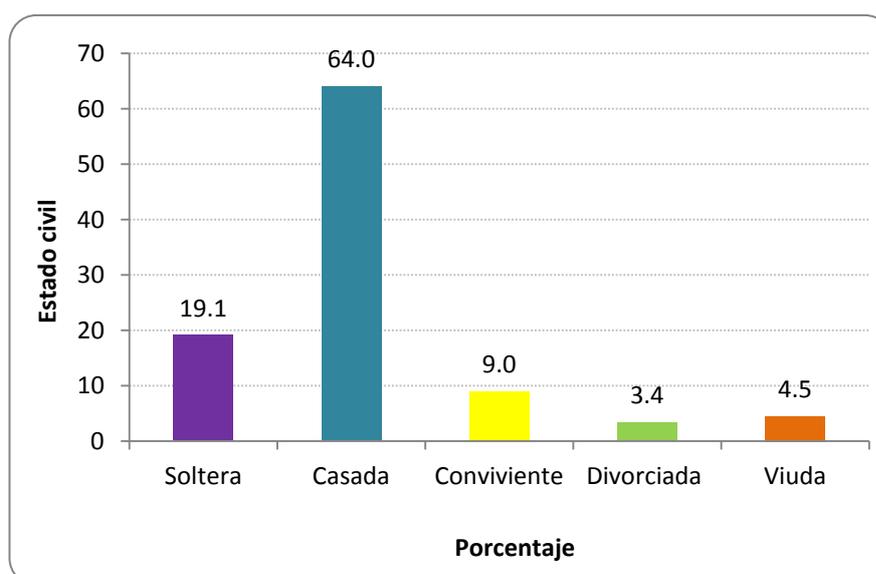
Estado civil	Nº	%
Total	89	100,0
Soltera	17	19,1
Casada	57	64,0
Conviviente	8	9,0
Divorciada	3	3,4
Viuda	4	4,5

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de mujeres, están unidas en matrimonio 64%(57) y en convivencia 19,1% (17).

GRÁFICO Nº 06

Estado Civil



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TABLA Nº 07

Número de hijos, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

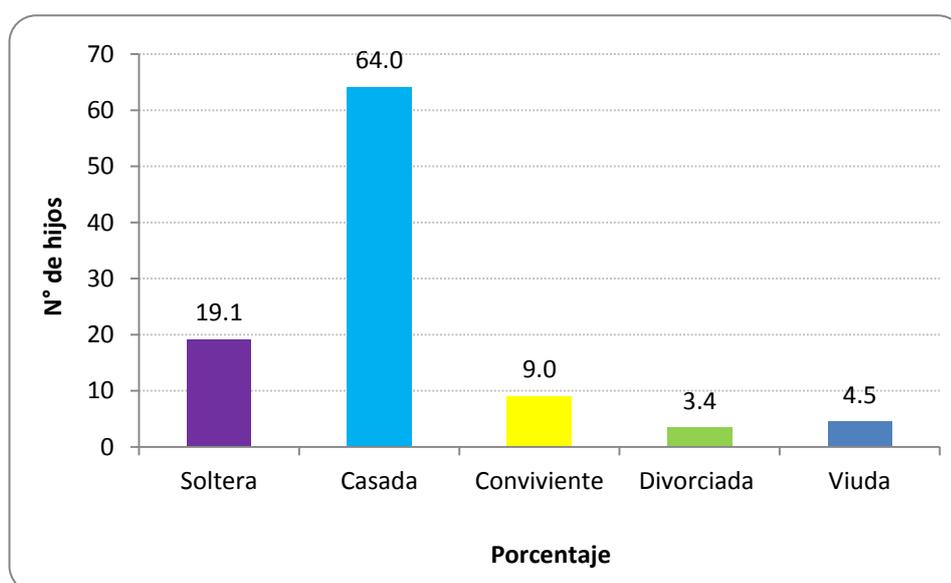
Número de hijos	Nº	%
Total	89	100,0
Sin hijos	10	11,2
Con un hijo	12	13,5
Con dos hijos	26	29,2
Con tres hijos	21	23,6
Con cuatro hijos a más	20	22,5
Promedio	2,5	

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa que del 100% (89) de mujeres, el 29,2%(26) tienen 2 hijos y un 23,6%(21) tienen tres hijos.

GRÁFICO Nº 07

Número de Hijos



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

2. Datos específicos

TABLA Nº 08

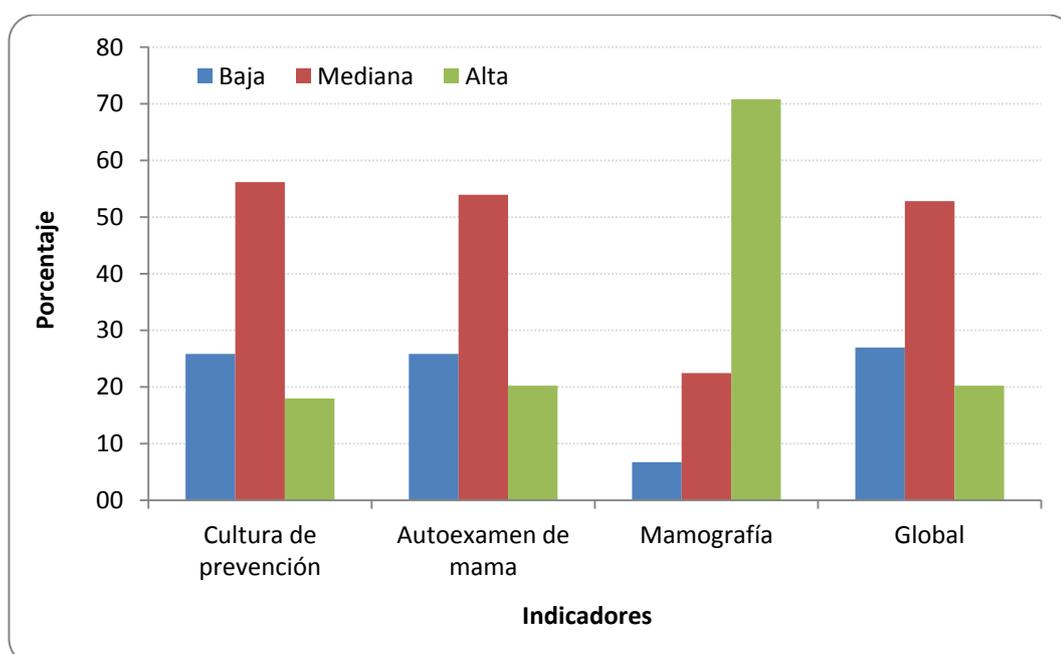
Indicadores calculados, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

Indicadores	Baja		Mediana		Alta	
Cultura de prevención	23	25,8	50	56,2	16	18,0
Autoexamen de mama	23	25,8	48	53,9	18	20,2
Mamografía	6	6,74	20	22,5	63	70,8
Global	24	27,0	47	52,8	18	20,2

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa el indicador global de cultura de prevención sobre autoexamen de mama y mamografía, con el cual se determinó que 73% de las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, tienen una cultura de prevención sobre autoexamen de mama y mamografía del orden media-alta.

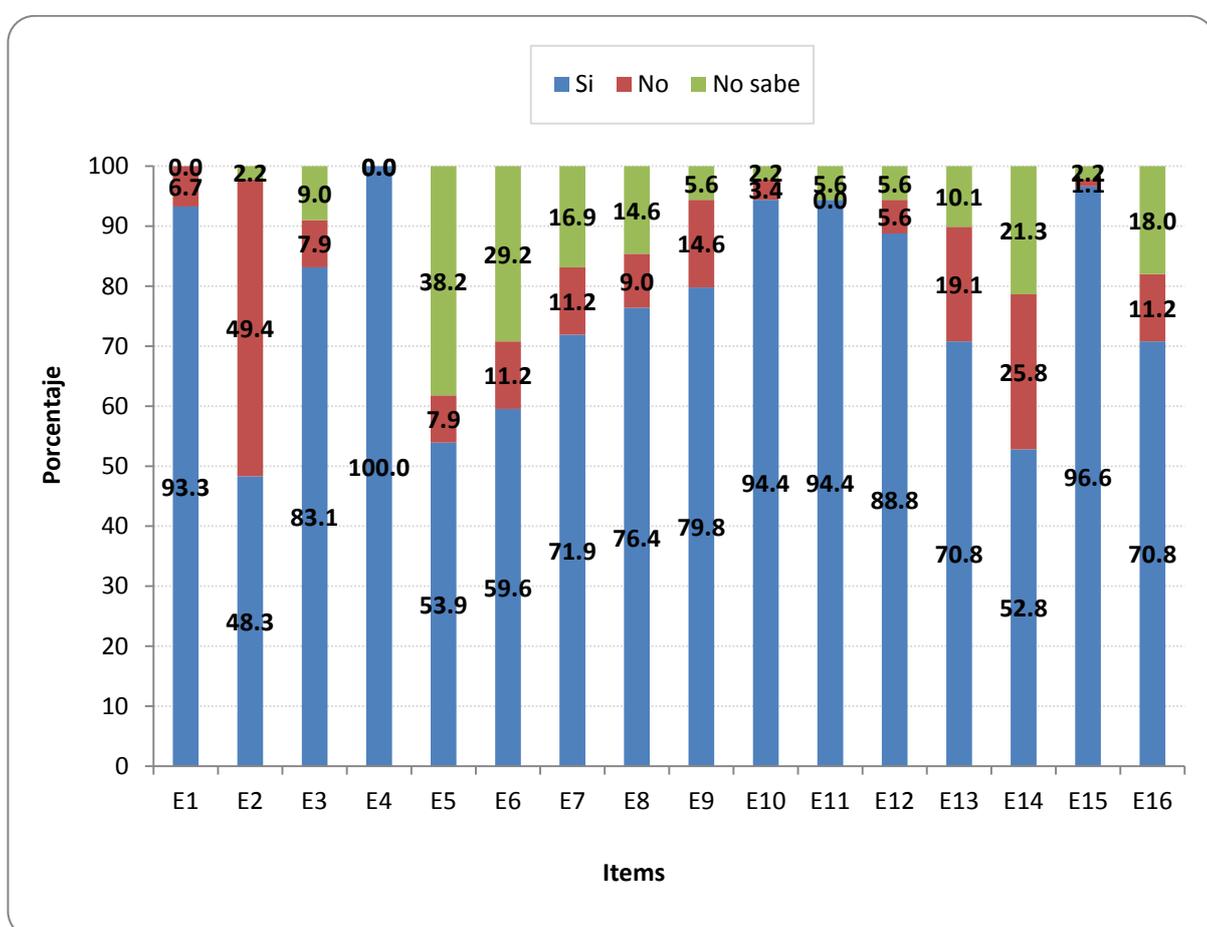
GRÁFICO Nº 08
Indicadores Calculados



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

GRAFICO N° 09

Cultura de prevención, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Del gráfico, en relación al ítem: cultura de prevención, se presentan las respuestas a los enunciados formulados, con sus respectivos porcentajes. Observando que la mayoría de respuestas fueron SI, las cuales fueron correctas, con la única excepción del E2, en la que la respuesta correcta era NO, en la cual se evidencia una mínima diferencia. (Anexo G)

TABLA A

Indicador de cultura de prevención, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

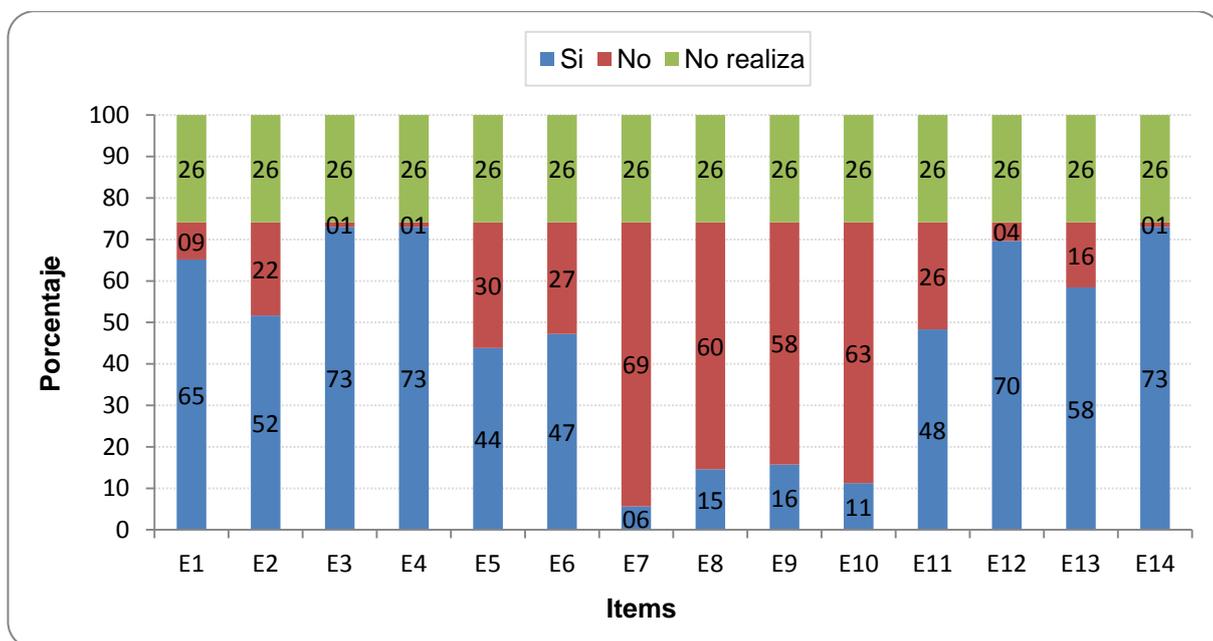
Indicador Cultura de Prevención	N°	%
Total	89	100,0
Baja	23	25,8
Mediana	50	56,2
Alta	16	18,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa el indicador de cultura de prevención, el cual fue de orden media - alta en 74% de las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

GRÁFICO Nº 10

Autoexamen de mamas, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el gráfico, se presentan las respuestas a los enunciados formulados con respecto al autoexamen de mamas. Podemos observar que del 100% (89) de mujeres, un 25,8% (23) no realiza el autoexamen de mamas. Por otro lado el 74,2% (66) si realizan el autoexamen de mamas, de las cuales el 48,3%(43) indica que sabe cómo realizar el autoexamen de mama correctamente, sin embargo un 43,8% (39) no sabe hacerse el autoexamen de mama correctamente. Por último, un 65,2% (58) se siente satisfecha cuando se realiza el autoexamen de mama. (Anexo H)

TABLA B

Indicador de autoexamen de mamas, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati

Martins – EsSALUD 2013

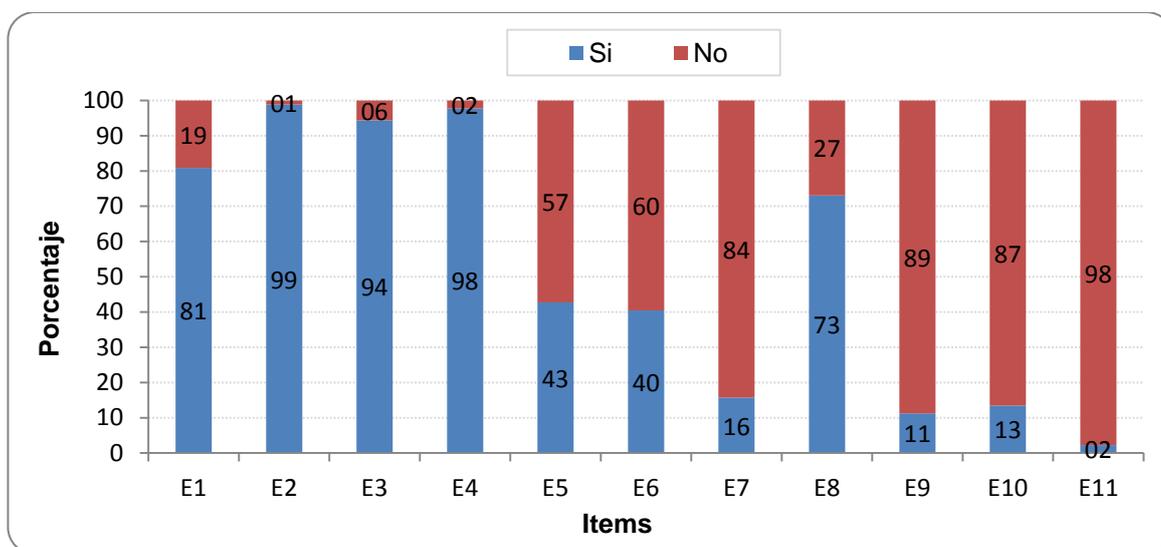
Indicador Autoexamen de mama	N°	%
Total	89	100,0
Baja	23	25,8
Mediana	48	53,9
Alta	18	20,2

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa el indicador de autoexamen de mama, el cual fue de orden media - alta en 74% de las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

GRÁFICO Nº 11

Mamografía, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el gráfico, se presentan las respuestas a los enunciados formulados con respecto a mamografía. Del 100% (89) de mujeres, el 98,9% sabe que tener una mamografía le ayudará a encontrar a tiempo bultos en las mamas, seguido de un 80,9% (72) que si le realizan una mamografía y no se encuentra nada, no se preocupa tanto sobre el cáncer de mama. Además el 42. 7% (38) tiene temor al hacerse un estudio de mamografía, siendo un 73.0% (65) que indican que hacerse una mamografía es muy doloroso; el 11,2% (10) ya le habían pedido hacerse una mamografía antes pero no se había realizado. Por otro lado, un 59,6% (53) indica que nadie le ha explicado en qué consiste la mamografía. (Anexo I)

TABLA C

Indicador de mamografía, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

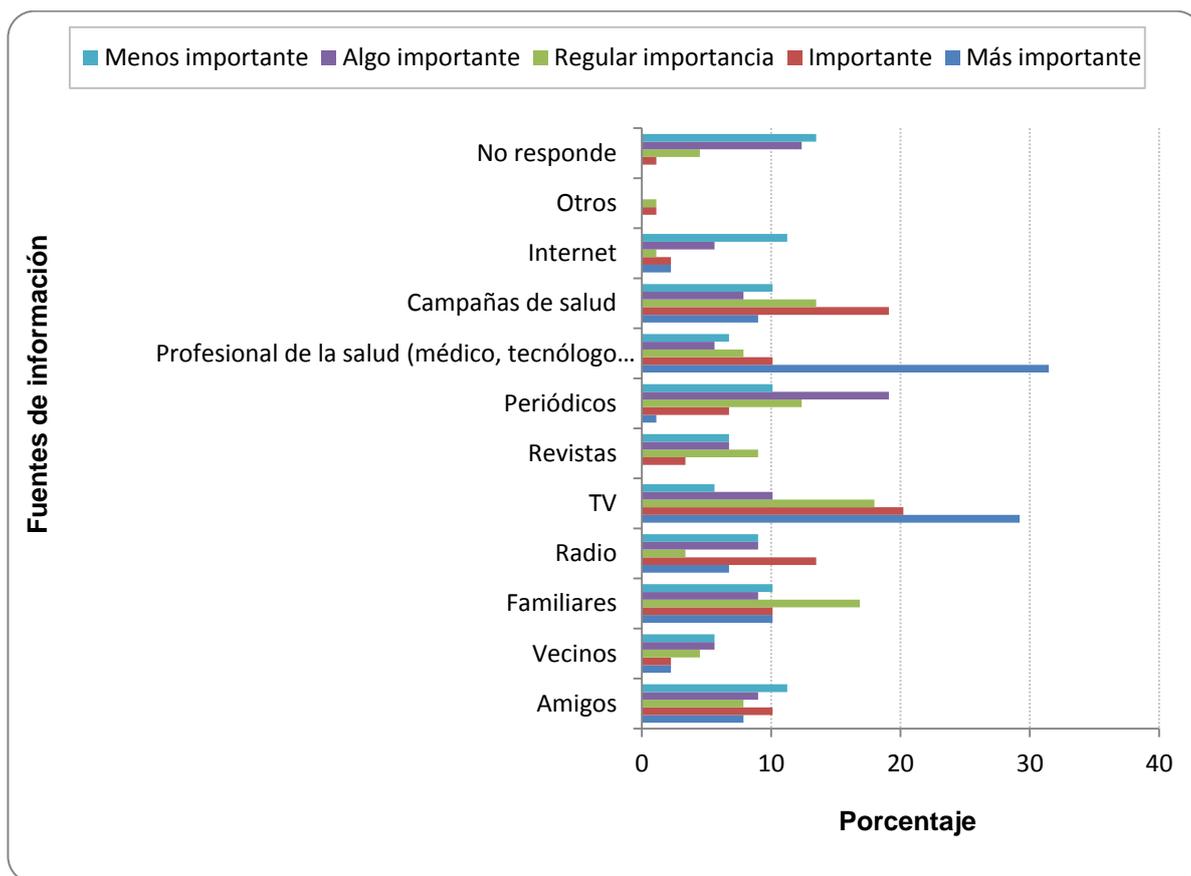
Indicador Mamografía	N°	%
Total	89	100,0
Baja	6	6,7
Mediana	20	22,5
Alta	63	70,8

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

De la tabla, se observa el indicador de mamografía, el cual fue de orden media - alta en 71% de las pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

GRÁFICO Nº 12

Fuentes de información, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

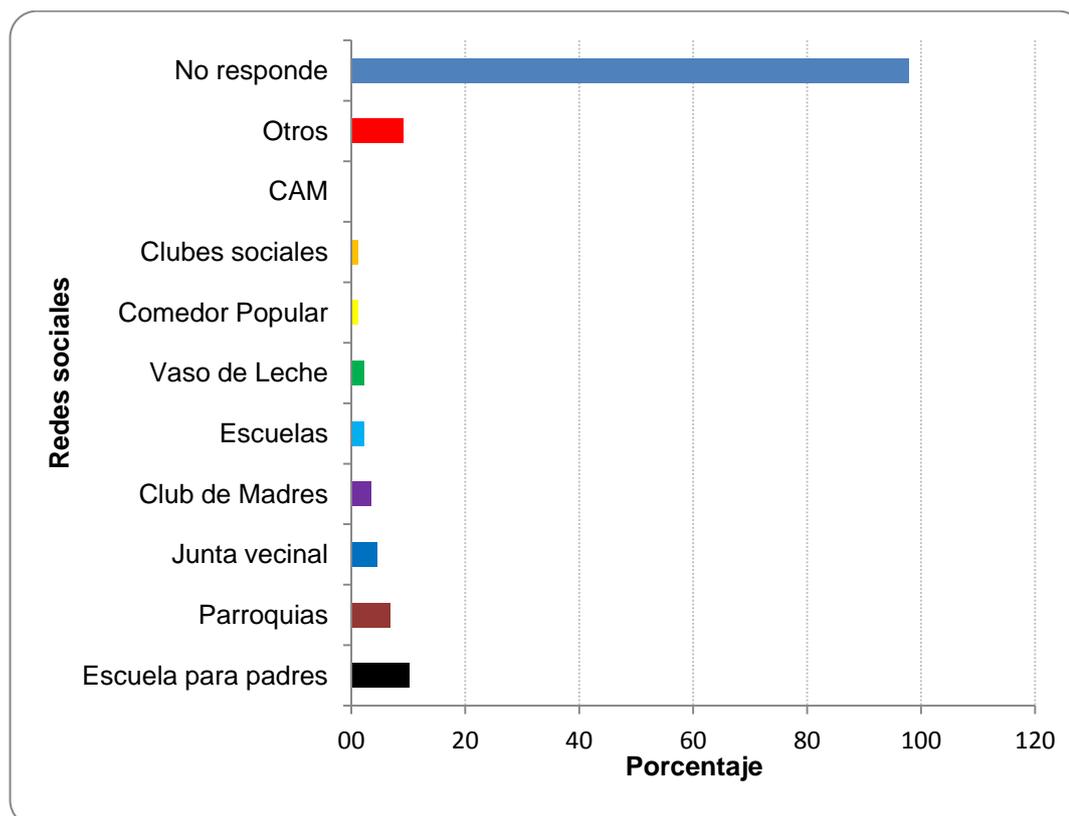


Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el gráfico, con respecto a fuentes de información, se presentan las respuestas por orden de: más importante a menos importante. Siendo la fuente de información más importante el profesional de la salud (médico, tecnólogo médico, enfermera, obstetra) con 31.5% (28), seguido de la TV en 29.2% (26); como fuente de información importante la TV en 20.2% (18); fuente de información de regular importancia la TV 18, 0% (16); además los periódicos considerados algo importante con 19,1% (17). En cuanto a la fuente de información menos importante, amigos e internet obtuvieron 11.2% (10). (Anexo J)

GRÁFICO Nº 13

Redes sociales de información, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el gráfico, con respecto a redes sociales de información, se presentan las respuestas por orden de: más importante a menos importante. Considerando que del 100% (89) de mujeres, el 92,1%(82) no respondió el ítem de redes sociales de información; por lo tanto, sólo el 3,4% (3) consideraron al club de madres como el más importante e importante; seguido de parroquias y escuela para padres como red social de regular importancia con 2,2% (2); parroquias, escuelas y otros considerados como algo importante en 1,1% (1); las redes sociales de menor importancia fueron los clubes sociales y las escuelas con 1,1% (1). (Anexo K)

B. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De los resultados encontrados podemos deducir que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio, se encontraban en las etapas adulta y madura, son convivientes o casadas, con un grado de instrucción predominantemente de nivel secundario, en su mayoría amas de casa, aunque otras trabajan de manera independiente o dependiente. Además la mayoría de las mujeres tienen hijos.

Con respecto a la cultura de prevención de las mujeres que participaron en el estudio, acerca del autoexamen de mama y estudio mamográfico se evidencia que la mayoría de ellas (73,0%) tenía una cultura de prevención de orden medio, seguido de un porcentaje de 15,7% que tenía una cultura de prevención baja, mostrando que los aspectos en que menor cultura tienen son: el cáncer de mama afecta a mujeres y hombres, no saben hacerse el autoexamen de mama correctamente, algunas mujeres no realizan el autoexamen de mama y la mayoría no acude a realizarse la mamografía una vez al año. Respecto a las mujeres que obtuvieron una mayor cultura, los aspectos que destacaron fueron: concepto de cáncer de mama, autoexamen de mama y concepto de estudio mamográfico; se sienten satisfechas cuando realizan el autoexamen de mama, podrían encontrar un bulto al realizar el autoexamen de mama, saben que la mamografía ayuda a encontrar bultos pequeños a tiempo y que reduce las probabilidades de morir de cáncer de mama.

Teniendo en cuenta el estudio por Pinar Erbay Dünder y Col. en Turquía, en el año 2005 sobre “The knowledge and attitudes of breastself-examination and mammography in a group of women in a rural 73sic in western Turkey”, donde concluyó que *“Programas de radio y televisión fueron identificados como la fuente principal (39,3%) de información. La mayoría de los encuestadas (72,1%) tenían conocimiento sobre el*

autoexamen de mama”, podemos notar que en ambos estudios se evidencia la tendencia de tener como una de las fuentes principales de información a la televisión y la mayoría de encuestadas tenían conocimiento sobre el autoexamen de mama. Por otro lado, en la conclusión: *“El 10,6% del grupo de estudio declararon que se habían realizado la prueba de mamografía”*, no es percibida la misma tendencia, en el presente estudio se obtuvo mayor número de mamografías realizadas por las mujeres.

El Cáncer de Mama se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo, siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer en la mujer, pues así lo demuestran altas tasas a nivel mundial. En nuestro país, según informes del Centro de Investigaciones del INEN, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana.

La mortalidad por esta enfermedad es elevada debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas y en los países poco desarrollados puede explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

Es así que, es importante la participación de los profesionales de la salud, como también la del tecnólogo médico dentro de esta problemática, a través de la difusión de cultura acerca de los medios de detección temprana como la mamografía, para mejorar los niveles de prevención temprana de cáncer de mama, difundiendo conocimientos y actitudes dentro de la sala de estudio como fuera de ella.

Entonces, en la investigación, la gran mayoría de mujeres tienen una cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico de orden media – alta, sin olvidar que la población con baja cultura de

prevención se encuentre en riesgo. Por lo tanto, es necesario que el tecnólogo médico se involucre más con las pacientes, promoviendo actitudes preventivo – promocionales en la población.

Teniendo en cuenta el trabajo elaborado por Rivas Saravia Saúl Eduardo y Col. en San Salvador, sobre: “Factores biológicos y socioculturales que influyen en la realización de examen de Mama en mujeres atendidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en el Hospital de Maternidad de San Salvador, en el periodo comprendido en los meses de Febrero a Mayo 2010”, donde concluyó que: *“Todas las pacientes tienen un conocimiento acerca del examen de mamografía considerando que lo realizan por prevención y para detectar un posible cáncer de mama. La mayoría de las pacientes que asisten a ambas instituciones considera que el examen de mamografía es doloroso y expresaron que no es realizado porque haya una existencia de cáncer en la paciente que se realiza este examen. Cabe destacar que en ambas instituciones la mayoría de las pacientes expreso que se realiza el autoexamen de mamas pero no saben por qué lo realizan”*, ambos estudios evidencian la misma tendencia, siendo la única diferencia en que las participantes de este estudio, demostraron que saben la razón del por qué realizan este procedimiento.

También es importante mencionar que, en el estudio, existen aspectos que no se pueden ignorar, como el porcentaje de mujeres que no realizan el autoexamen de mama, además de las mujeres que tienen temor de realizarse una mamografía, mujeres a quienes nadie les ha explicado en qué consiste una mamografía, aspecto que involucra directamente al tecnólogo médico en radiología, por ser quien realiza este estudio; se encontró que hay pacientes quienes afirman que hacerse una mamografía es muy doloroso y pacientes quienes aseguran que les habían pedido realizarse una mamografía antes, pero no acudieron a realizarlo. Estos

hechos evidencian que la baja cultura de prevención limita las medidas y actitudes preventivas, lo que hace que se retrase el diagnóstico, complicando así el tratamiento y posibilidad de curación. Esto aumenta el riesgo de esta población, por lo que una vez más, resalta la importancia de la cultura de prevención en nuestra sociedad.

Teniendo en cuenta el estudio realizado en nuestro país, elaborado por Ricse Asensios Janet, sobre: "Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de Cáncer de mama en mujeres usuarias del C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín V. M. T. 2006", donde concluyó que: *"En relación a los factores de riesgo, todas las mujeres que participaron en el estudio presentan por lo menos un factor de riesgo para el cáncer de mama. El 48,7% de las mujeres presentó más de 9 factores de riesgo para el cáncer de mama. En cuanto a conocimientos se encontró que el 50% tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama. Los aspectos que denotaron mayor conocimientos fueron sobre la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía con un 69.7% de acierto y la frecuencia recomendable para la realización del autoexamen de mamas con un 68.4% de aciertos. Los aspectos en denotar menor conocimiento fueron acerca del momento oportuno para la realización del autoexamen de mamas con 75% de desacierto y un 59.2% de desacierto sobre la edad recomendable para iniciar el examen de mamografía"*, ambos estudios evidencian la tendencia de conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama; aspectos que denotaron mayor conocimiento fueron acerca de la frecuencia recomendable para la realización del autoexamen de mama y momento oportuno para la realización del autoexamen de mamas.

La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de

políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años, como por ejemplo nuestro país. Pero a pesar que se ha creado estrategias que aborden estos dos problemas de salud pública y más mujeres conocen de la enfermedad, es necesaria la concientización a toda la población de manera continua.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- ❖ Existe cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se construyó el indicador, con el cual se determinó que 73% de las pacientes atendidas, tienen una cultura de prevención sobre autoexamen de mama y mamografía del orden media-alta.

- ❖ La cultura de prevención acerca del autoexamen de mama en las mujeres que participaron en el estudio es de orden media – alta. El 74,2% de las pacientes señalan que si realizan el autoexamen de mama, mientras que el 25,8% no lo realiza. El 65,2% de las pacientes se sienten satisfechas cuando se realizan el autoexamen de mamas, 73% de las pacientes creen que realizar el autoexamen de mamas una vez al mes puede reducir las probabilidades de morir de cáncer de mamas. El 68,5% de las entrevistadas no consideran vergonzoso el autoexamen de mamas, 59,6% consideran que el autoexamen de mamas no toma mucho tiempo, 58, 4% cree que no es difícil hacerse el autoexamen. El 48,3% sabe cómo realizar el autoexamen de mamas correctamente.

- ❖ La cultura de prevención sobre estudio mamográfico en las pacientes que participaron del estudio es de orden medio – alto. El 94,4% de las pacientes creen que hacerse una mamografía reducirá las probabilidades de morir de cáncer de mama. El 84,3% de las entrevistadas consideran que no es vergonzoso hacerse una

mamografía. El 57,3% de las pacientes no tiene temor de hacerse un estudio de mamografía. Por otro lado, el 73.0% indica que hacerse una mamografía es muy doloroso a causa de la compresión que debe ser ejercida en la mama. Además, el 11,2% de las pacientes, afirman que ya les habían pedido hacerse una mamografía antes pero no se habían realizado. Así mismo, se encontró que 59,6% indica que nadie le ha explicado en qué consiste la mamografía, demostrando así que aún falta difundir en qué consiste este procedimiento y sus beneficios, en el que el tecnólogo médico en radiología cumple una labor muy importante.

- ❖ Las pacientes atendidas en el servicio de mamografía, presentaron las siguientes características sociodemográficas: tienen en promedio 53,8 años de edad, su lengua materna es el castellano; provienen en su mayoría de la provincia de Cañete y del distrito de San Juan de Miraflores; han logrado aprobar algún año de educación secundaria; son en su mayoría amas de casa; están unidas en matrimonio o convivencia; tienen en promedio 2 a 3 hijos.

- ❖ Las fuentes de información más importantes mediante las cuales las pacientes recibieron información sobre autoexamen de mamas y estudio mamográfico, destacan los profesional de la salud (médico, tecnólogo médico, enfermera, obstetra) y la televisión. Las redes sociales de información más importantes, por las cuales las pacientes recibieron información sobre autoexamen de mamas y estudio mamográfico, destacan las escuelas de padres, club de madres, parroquias, juntas vecinales, entre los principales.

B. LIMITACIONES

- ❖ Los resultados solo pueden ser generalizables a la población en estudio o a poblaciones con características similares.

C. RECOMENDACIONES

- ❖ Los profesionales de salud, en especial el Tecnólogo Médico en Radiología, debe aprovechar el tiempo en el que se encuentra con la paciente, en explicarle todo el procedimiento que se realizará, además de despejar todas las dudas que pueda tener. Mientras se realiza el estudio mamográfico mantener una conversación sobre la importancia de la prevención y la detección temprana del cáncer de mama. Es importante promover la prevención del cáncer de mama concientizando a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, con el objetivo de mejorar el nivel de salud inculcando hábitos y prácticas saludables a las mujeres, para mejorar la cultura de prevención.
- ❖ Es importante brindar a la población los resultados de esta investigación con el fin de promover cultura de prevención del cáncer de mama.
- ❖ Desarrollar otras investigaciones en diferentes poblaciones, que valoren el impacto de la cultura de prevención en la salud de las personas.
- ❖ La participación del Estado en impulsar políticas de prevención a todos los sectores del país, mediante campañas a través de los centros de salud cercanos a cada población.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- (1) OMS: Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Cáncer. [Internet]. OMS; 2013 [citado 5 jun 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (2) La Prensa: Prevé la OMS aumenten un 45% las muertes por cáncer [Internet]. Ciudad de México: Acosta D; 2011 [citado 7 jun 2013]. Disponible en: <http://www.oem.com.mx/laprensa/notas/n1952777.htm>
- (3) OMS: Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. OMS; [citado 7 jun 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sicol/breastcancer/es/index1.html>
- (4) El Litoral: Cáncer: según la OMS, un tercio de los casos puede prevenirse [Internet]. Santa Fe: El Litoral; 2013 [citado 9 jun 2013]. Disponible en: <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2013/02/09/nosotros/NOS-07.html>
- (5) Perú 21: Cáncer de mama: 1,200 casos al año [Internet]. Lima: Perú 21; 2011 [citado 13 jun 2013]. Disponible en: <http://peru21.pe/noticia/1319067/hay200-casos-cancer-mama-al-ano>
- (6) Ministerio de Salud. Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama: Retos al año 2012. Bo Epidemi [Internet]. 2012 [citado 13 jun 2013]; 21(40): 645 – 646. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/40.pdf>
- (7) Pinar E, Dilek Ö, Beyhan Ö, Gökçe H, Filiz A, Sümeyra Ç, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer. 2005; 6 (43): 5 – 9.

(8) (52) Rivas S, Quintanilla L, Rivera H. Factores biológicos y socioculturales que influyen en la realización de examen de Mama en mujeres atendidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en el Hospital de Maternidad de San Salvador, en el periodo comprendido en los meses de Febrero a Mayo 2010. [Trabajo de investigación]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2010.

(9) Ricse J. Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de Cáncer de mama en mujeres usuarias del C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín V. M. T. 2006. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.

(10) Sánchez C., Sánchez E., Gerson R. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. México: Editorial El Manual Moderno, 2003. P: 159-166.

(11) OMS: Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Cáncer. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama [Internet]. OMS; [citado 15 jun 2013]. Disponible en:
http://www.who.int/82sicol/events/breast_cancer_month/es/

(12) Robles S, Galanis E. El CaMa en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la Salud 2002; 12 (2): 143-147.

(13) Romaní F, Gutiérrez C, Ramos J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). An. Fac. med [Internet].2011[citado 20 jun 2013]; 72 (1): 1 – 4. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832011000100005&script=sci_arttext

(14) El Comercio: Cuatro mujeres mueren cada día en el Perú por cáncer de mama [Internet]. Lima: El Comercio; 2012 [citado 20 jun 2013]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/actualidad/1484802/noticia-cuatro-mujeres-mueren-cada-dia-peru-cancer-mama>.

(15) INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía México. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos Nacionales [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2011 [citado 15 jul 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/83sicol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?s=inegi&c=2781&ep=51>

(16) OMS: Organización Mundial de la Salud. Acción Mundial contra el Cáncer [Internet].OMS; 2005 [citado 26 jul 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/83sicol/media/AccionMundialCancerfull.pdf>.

(17) Nevado M. El cáncer de mama en la mujer anciana: perfil clínico – biológico, diagnóstico y terapéutico. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.

(18) Leuro Y, Mayorga P. Lineamientos para la promoción y prevención de cáncer de mama a partir de revisión bibliográfica entre 1997 – 2007. [Tesis]. Bogotá D.C: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

(19) Rubio J. Análisis del programa de detección precoz del cáncer de mama en Jaén y del carcinoma de intervalo en Andalucía. [Tesis doctoral]. Jaén: Universidad de Málaga; 2003.

(20) Narro J, Rivero O, López J. Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica.3ra Edición. México: Editorial El Manual Moderno, 2008. P: 577.

(21) Houssami N, Cuzick J, Dixon M. The prevention, detection and management of breast cancer. MJ.2006; 184: 230-234.

(22) Psicología online. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales [Internet]. Ciudad de la Habana: Zas B; [citado 28 jul 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com>.

(23) Ramos E. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas. 2da edición. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2002. P: 231 – 232.

- (24) Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Col Cancerol. 2007; 11(1):13 – 22.
- (25) Ministerio de Sanidad y Consumo. Serie Informes Técnicos. Cribado poblacional de cáncer de mama en España. España. 1998. P: 29 – 30
- (26) Álvarez R. Salud Pública y Medicina preventiva. México: Editorial El Manual Moderno. 1991. P: 89.
- (27) (29) Jenkins D. Mejoremos la Salud a todas las edades. Un Manual para el cambio del comportamiento. Washington, DC. 2005. P: 251 – 252.
- (28) Torres Mejía G. Cáncer de mama, cultura de prevención poblacional y profesionalización de su detección y control. México 2011.
- (30) Alva. Promocionando Salud entre el discurso y la práctica. MINSA. Programas Nacionales de Salud. Chimbote. 2005. P: 289 – 292.
- (31) Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Física, biología y protección radiológica. Versión en español de la 8va Edición de la obra original en inglés Radiologic Science for Technologists: Physics, Biology, and Protection. Madrid: Editorial Elsevier España; 2005. P: 322 – 331

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
A. Operacionalización de las variables	87
B. Instrumento de recolección de datos	88
C. Consentimiento Informado	93
D. Categorización de las variables	94
E. Resultados d la muestra piloto	95
F. Número de mamografías.	96
G. Cultura de prevención (Tabla N°09)	97
H. Autoexamen de mama (Tabla N°10)	98
I. Mamografía (Tabla N°11)	99
J. Fuentes de información (Tabla N°12)	99
K. Redes sociales de información (Tabla N°13)	100
L. Fichas de imágenes para aplicación del cuestionario	101
M. Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Servicio de mamografía.	102

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICION	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Cultura de Prevención	Es el conjunto de conocimientos y actitudes que refieran tener las mujeres sobre la prevención al cáncer de mama y medios de detección temprana.	Alto Medio Bajo	Ordinal	Si No No sabe	Cuestionario
Autoexamen de Mama	Método de detección de cáncer de mama. Función: conocer en forma sistematizada o metódica la normalidad de la glándula mamaria.	Alto Medio Bajo	Ordinal	Si No	Cuestionario
Mamografía	Método de detección precoz de cáncer de mama incluso en etapas precoces de desarrollo, detecta múltiples problemas, principalmente oncológicos.	Alto Medio Bajo	Ordinal	Si No	Cuestionario

ANEXO B
INTRUMENTO
CUESTIONARIO

**“CULTURA DE PREVENCIÓN SOBRE
AUTOEXAMEN DE MAMA Y ESTUDIO MAMOGRAFICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MAMOGRAFÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – EsSALUD 2013”**

PRESENTACIÓN

Estimada Sra.(ita)

Reciba un saludo cordial y le informo que estoy aplicando el presente cuestionario con fines académicos, los resultados redundarán en el bienestar de las mujeres para prevenir el cáncer de mamas. Es de carácter anónimo, Solicito veracidad en sus respuestas,

INSTRUCCIONES

Anote las respuestas con veracidad o marcar con aspa (X) según corresponda.

I.- DATOS PERSONALES

<p>1. Edad (años cumplidos)</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p>	<p>2. Lengua Materna</p> <p>1) Castellano <input type="checkbox"/></p> <p>2) Otros <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Lugar de Procedencia</p> <p>1) Lima <input type="checkbox"/></p> <p>Distrito de Residencia:.....</p> <p>2) Otros <input type="checkbox"/></p> <p>(Anotar Departamento).....</p>	<p>4. Grado de Instrucción</p> <p>1) Primaria <input type="checkbox"/></p> <p>2) Secundaria <input type="checkbox"/></p> <p>3) Superior No Universitaria <input type="checkbox"/></p> <p>4) Superior Universitaria <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Ocupación</p> <p>1) Ama de casa <input type="checkbox"/></p> <p>2) Comerciante <input type="checkbox"/></p> <p>3) Dependiente <input type="checkbox"/></p> <p>4) Independiente <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Estado Civil</p> <p>1) Soltera <input type="checkbox"/></p> <p>2) Casada <input type="checkbox"/></p> <p>3) Conviviente <input type="checkbox"/></p> <p>4) Divorciada <input type="checkbox"/></p> <p>5) Viuda <input type="checkbox"/></p>

7. Número de hijos <input type="text"/>	8. Cuántas veces le han realizado una mamografía, en toda su vida: <input type="text"/>
---	---

II.- CULTURA DE PREVENCIÓN

Responda cada enunciado marcando con un aspa (X) en la columna, según sea su respuesta.

ENUNCIADOS	SI	NO	NO SABE
2.1 El cáncer de mama es la presencia de tumores malignos en la mama.			
2.2 El cáncer de mama afecta solo a mujeres.			
2.3 Los tumores malignos de la mama pueden invadir otros órganos.			
2.4 El cáncer de mama se cura si se detecta tempranamente			
2.5 El pezón que se vuelve hundido hacia dentro de la mama es un signo del cáncer de mama.			
2.6 Cambios como hoyuelos en la mama “piel de naranja” es un signo de cáncer de mama.			
2.7 Enrojecimiento de la piel y endurecimiento de las mamas es un síntoma de cáncer de mama			
2.8 Secreción (sangre o pus) por el pezón es un signo del cáncer de mama.			
2,9 Presencia de tumores (bultos) en la mama y axila son signos del cáncer de mama.			
2.10 El autoexamen de mamas es el examen realizado por la misma mujer.			
2.11 La mamografía es un examen de rayos x de la mama			
2.12 El autoexamen se realiza para detectar nódulos, secreciones por el pezón y retracción de la piel.			

2.13 A partir de los 20 años debe realizarse un autoexamen de mamas			
2.14 El autoexamen de mamas se realiza una vez al mes después de la menstruación.			
2.15 En la mamografía presionan las mamas porque es la forma de que salgan bien para un buen diagnóstico.			
2.16 El día de la mamografía no debe usar desodorantes, perfumes, talcos ni cremas bajo los brazos ni sobre las mamas.			

III.- AUTOEXAMEN DE MAMA

(Solo para las personas que conocen del auto examen de mamas y se lo realizan)

ENUNCIADOS	SI	NO
3.1 Cuando se realiza el autoexamen de mama, se siente satisfecha		
3.2 Cuando se realiza el autoexamen de mama mensualmente no se preocupa tanto del cáncer de mama		
3.3 Realizar el autoexamen de mama cada mes le permitirá encontrar bultos temprano.		
3.4 Realizar el autoexamen de mama cada mes puede disminuir sus probabilidades de morir de cáncer de mama.		
3.5 No sabe hacerse el autoexamen de mama correctamente.		
3.6 Hacerse un autoexamen de mama, haría que se preocupe		
3.7 El autoexamen de mama es vergonzoso para Usted.		
3.8 El autoexamen de mama toma mucho tiempo.		
3.9 Es difícil hacerse el autoexamen de mama.		
3.10 El autoexamen de mama no es necesario si tienes una mamografía.		
3.11 Sabe cómo realizar el autoexamen de mama correctamente.		

3.12 Podría encontrar un bulto en la mama mediante la realización del autoexamen de mama.		
3.13 Está segura de los pasos a seguir para hacer el autoexamen de mama.		
3.14 Usando la yema de los dedos, está examinando sus mamas correctamente.		

IV.- MAMOGRAFÍA

ENUNCIADOS	SI	NO
4.1 Si le realizan una mamografía y no se encuentra nada, no se preocupa tanto sobre el cáncer de mama.		
4.2 Tener una mamografía le ayudará a encontrar a tiempo bultos en las mamas.		
4.3 Tener una mamografía reducirá sus probabilidades de morir de cáncer de mama.		
4.4 Tener una mamografía es la mejor forma para Usted de encontrar un bulto pequeño.		
4.5 Tiene temor al hacerse un estudio de mamografía		
4.6 Alguien le ha explicado en qué consiste la mamografía.		
4.7 Hacerse una mamografía es muy vergonzoso		
4.8 Hacerse una mamografía es muy doloroso.		
4.9 Ya le habían pedido hacerse una mamografía antes pero no se ha realizado.		
4.10 Tiene otros problemas más importantes que hacerse una mamografía.		
4.11 Por ser demasiado mayor no necesita una mamografía de rutina.		

III. FUENTES DE INFORMACIÓN Y REDES SOCIALES

Elija 5 fuentes de información y también 5 redes sociales de información más importantes, mediante el cual usted recibió información sobre la práctica del autoexamen de mama y estudio mamográfico.

Ordene según el orden de importancia anotando desde el menos importante (1) al más importante (5), para cada una de ellas por separado.

FUENTES DE INFORMACIÓN	ANOTE
1. Amigos	
2. Vecinos	
3. Familiares	
4. Radio	
5. TV	
6. Revistas	
7. Periódicos	
8. Profesional de la salud (médico, tecnólogo médico, enfermera, obstetra)	
9. Campañas de salud	
10. Internet	
11. Otros (¿Cuál?).....	

REDES SOCIALES DE INFORMACION	ANOTE
1. Club de Madres	
2. Vaso de Leche	
3. CAM	
4. Parroquias	
5. Clubes sociales	
6. Junta vecinal	
7. Escuelas	
8. Escuela para padres	
9. Comedor Popular	
10. Otros (¿Cuál?).....	

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“CULTURA DE PREVENCIÓN SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA Y ESTUDIO MAMOGRAFICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MAMOGRAFÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – EsSALUD 2013”

El presente cuestionario corresponde a la investigación conducida por la bachiller de la carrera profesional de Tecnología Médica en Radiología Bertha Lucía Mendoza Loayza. El propósito de esta investigación es determinar la cultura de prevención que tiene Usted sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico.

Su participación consistirá en responder a un cuestionario anónimo, cuya duración será aproximadamente de 10 minutos. Es necesario contestar con seriedad y veracidad a las preguntas.

La investigación no va a significar ningún riesgo que pueda atender contra su salud física y mental. La participación no le generará gastos o algún pago. No habrá ningún beneficio económico.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Para garantizar la confidencialidad del estudio, la encuesta será anónima.

Si tiene alguna duda o desea pedir información sobre los resultados del estudio cuando haya concluido, puede contactar con la investigadora del proyecto Bertha Lucía Mendoza Loayza al teléfono 940-747-078. Puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el estudio. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si durante la entrevista alguna de las preguntas le hace sentir incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Muchas gracias por su colaboración

Firma del Participante: _____

ANEXO D

CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES

Se utilizó la Escala de Estanones para la construcción de indicadores en cultura de prevención, autoexamen de mama, mamografía y un indicador global de las variables, a fin de obtener los intervalos para las categorías.

$$a = \underline{X} - 0.75S$$

$$b = \underline{X} + 0.75S$$

Dónde:

“a” o “b” = valor deseado

X= Promedio

S= Desviación Estándar

	Global	Cultura de Prevención	Autoexamen de mama	Mamografía
PROMEDIO	23.8	11.4	6.8	5.6
DESVIACION	5.6	2.5	4.2	0.6
a	20	10	4	5
b	28	13	10	6
MIN	9	3	0	4
MAX	32	15	11	6
Baja	9 - 20	3 - 10	0 - 4	4
Mediana	21 - 28	11 - 13	5 - 10	5
Alta	29 - 32	14 - 15	11	6

ANEXO E

RESULTADOS DE LA MUESTRA PILOTO

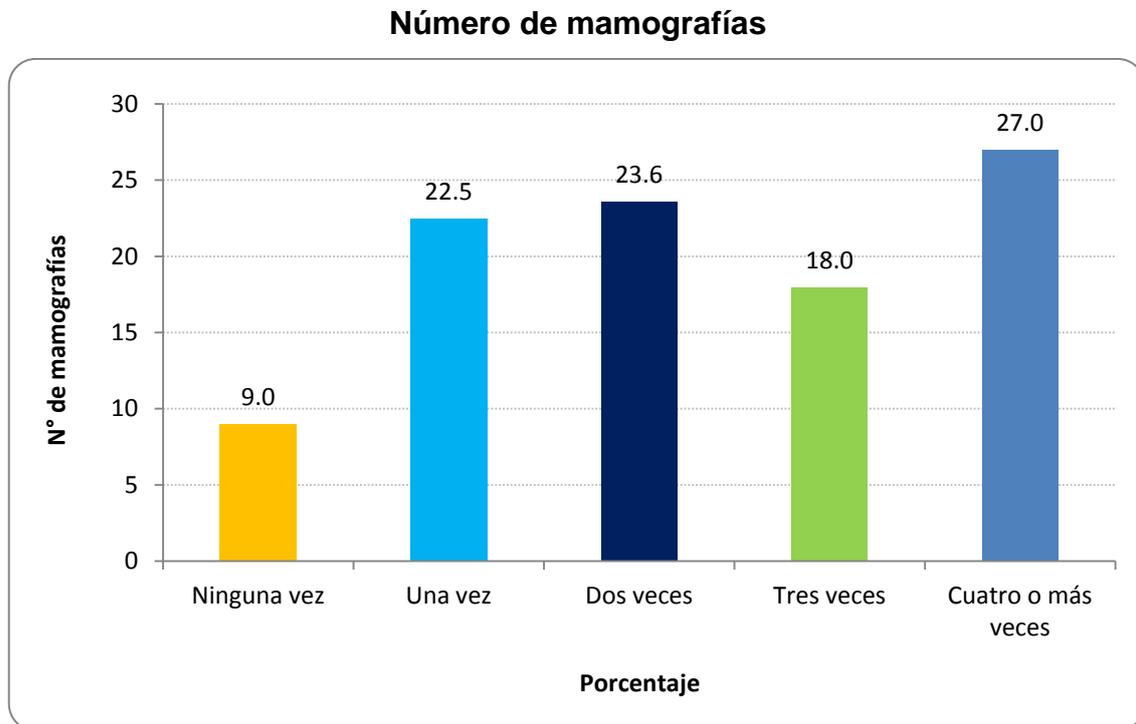
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS			
	Baja	Mediana	Alta
Cultura de Prevención	5,0%	80,0%	15,0%
Autoexamen de mama	25,0%	60,0%	15,0%
Mamografía	10,0%	70,0%	20%

ANEXO F

Número de mamografías, Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD 2013

Número de mamografías	N°	%
Total	89	100,0
Ninguna vez	8	9,0
Una vez	20	22,5
Dos veces	21	23,6
Tres veces	16	18,0
Cuatro o más veces	24	27,0
Promedio	3,4	

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

ANEXO G

TABLA N° 09

CULTURA DE PREVENCIÓN

Enunciados	Si		No		No sabe	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. El cáncer de mama es la presencia de tumores malignos en la mama	83	93,3	6	6,7	0	0,0
2. El cáncer de mama afecta solo a mujeres	43	48,3	44	49,4	2	2,2
3. Los tumores malignos de la mama pueden invadir otros órganos	74	83,1	7	7,9	8	9,0
4. El cáncer de mama se cura si se detecta tempranamente	89	100,0	0	0,0	0	0,0
5. El pezón que se vuelve hundido hacia dentro de la mama es un signo del cáncer de mama	48	53,9	7	7,9	34	38,2
6. Cambios como hoyuelos en la mama "piel de naranja" es un signo de cáncer de mama	53	59,6	10	11,2	26	29,2
7. Enrojecimiento de la piel y endurecimiento de las mamas es un síntoma de cáncer de mama	64	71,9	10	11,2	15	16,9
8. Secreción (sangre o pus) por el pezón es un signo del cáncer de mama	68	76,4	8	9,0	13	14,6
9. Presencia de tumores (bultos) en la mama y axila son signos del cáncer de mama	71	79,8	13	14,6	5	5,6
10. El autoexamen de mamas es el examen realizado por la misma mujer	84	94,4	3	3,4	2	2,2
11. La mamografía es un examen de rayos x de la mama	84	94,4	0	0,0	5	5,6
12. El autoexamen se realiza para detectar nódulos, secreciones por el pezón y retracción de la piel	79	88,8	5	5,6	5	5,6
13. A partir de los 20 años debe realizarse un autoexamen de mamas	63	70,8	17	19,1	9	10,1
14. El autoexamen de mamas se realiza una vez al mes después de la menstruación	47	52,8	23	25,8	19	21,3
15. En la mamografía presionan las mamas porque es la forma de que salgan bien para un buen diagnóstico	86	96,6	1	1,1	2	2,2
16. El día de la mamografía no debe usar desodorantes, perfumes, talcos ni cremas bajo los brazos ni sobre las mamas	63	70,8	10	11,2	16	18,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

ANEXO H

TABLA N° 10

AUTOEXAMEN DE MAMA

Enunciados	Si		No		No realiza	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Cuando se realiza el autoexamen de mama, se siente satisfecha	58	65,2	8	9,0	23	25,8
2. Cuando se realiza el autoexamen de mama mensualmente no se preocupa tanto del cáncer de mama	46	51,7	20	22,5	23	25,8
3. Realizar el autoexamen de mama cada mes le permitirá encontrar bultos temprano	65	73,0	1	1,1	23	25,8
4. Realizar el autoexamen de mama cada mes puede disminuir sus probabilidades de morir de cáncer de mama	65	73,0	1	1,1	23	25,8
5. No sabe hacerse el autoexamen de mama correctamente	39	43,8	27	30,3	23	25,8
6. Hacerse un autoexamen de mama, haría que se preocupe	42	47,2	24	27,0	23	25,8
7. El autoexamen de mama es vergonzoso para Usted	5	5,6	61	68,5	23	25,8
8. El autoexamen de mama toma mucho tiempo	13	14,6	53	59,6	23	25,8
9. Es difícil hacerse el autoexamen de mama	14	15,7	52	58,4	23	25,8
10. El autoexamen de mama no es necesario si tienes una mamografía	10	11,2	56	62,9	23	25,8
11. Sabe cómo realizar el autoexamen de mama correctamente	43	48,3	23	25,8	23	25,8
12. Podría encontrar un bulto en la mama mediante la realización del autoexamen de mama	62	69,7	4	4,5	23	25,8
13. Está segura de los pasos a seguir para hacer el autoexamen de mama	52	58,4	14	15,7	23	25,8
14. Usando la yema de los dedos, está examinando sus mamas correctamente	65	73,0	1	1,1	23	25,8

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

ANEXO I

**TABLA Nº 11
MAMOGRAFÍA**

Enunciados	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
1. Si le realizan una mamografía y no se encuentra nada, no se preocupa tanto sobre el cáncer de mama	72	80,9	17	19,1
2. Tener una mamografía le ayudará a encontrar a tiempo bultos en las mamas	88	98,9	1	1,1
3. Tener una mamografía reducirá sus probabilidades de morir de cáncer de mama	84	94,4	5	5,6
4. Tener una mamografía es la mejor forma para Usted de encontrar un bulto pequeño	87	97,8	2	2,2
5. Tiene temor al hacerse un estudio de mamografía	38	42,7	51	57,3
6. Alguien le ha explicado en qué consiste la mamografía	36	40,4	53	59,6
7. Hacerse una mamografía es muy vergonzoso	14	15,7	75	84,3
8. Hacerse una mamografía es muy doloroso	65	73,0	24	27,0
9. Ya le habían pedido hacerse una mamografía antes pero no se ha realizado	10	11,2	79	88,8
10. Tiene otros problemas más importantes que hacerse una mamografía	12	13,5	77	86,5
11. Por ser demasiado mayor no necesita una mamografía de rutina	2	2,2	87	97,8

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

ANEXO J

**TABLA Nº 12
FUENTES DE INFORMACIÓN**

Fuentes de información	Más importante		Importante		Regular importancia		Algo importante		Menos importante	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amigos	7	7,9	9	10,1	7	7,9	8	9,0	10	11,2
Vecinos	2	2,2	2	2,2	4	4,5	5	5,6	5	5,6
Familiares	9	10,1	9	10,1	15	16,9	8	9,0	9	10,1
Radio	6	6,7	12	13,5	3	3,4	8	9,0	8	9,0
TV	26	29,2	18	20,2	16	18,0	9	10,1	5	5,6
Revistas	0	0,0	3	3,4	8	9,0	6	6,7	6	6,7
Periódicos	1	1,1	6	6,7	11	12,4	17	19,1	9	10,1
Profesional de la salud (médico, tecnólogo médico, enfermera, obstetra)	28	31,5	9	10,1	7	7,9	5	5,6	6	6,7
Campañas de salud	8	9,0	17	19,1	12	13,5	7	7,9	9	10,1
Internet	2	2,2	2	2,2	1	1,1	5	5,6	10	11,2
Otros	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
No responde	0	0,0	1	1,1	4	4,5	11	12,4	12	13,5

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mart

ANEXO K

TABLA N° 13
REDES SOCIALES DE INFORMACIÓN

Redes sociales de información	Más importante		Importante		Regular importancia		Algo importante		Menos importante	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Club de Madres	3	3,4	3	3,4						
Vaso de Leche	1	1,1	1	1,1						
CAM										
Parroquias					2	2,2	1	1,1		
Clubes sociales									1	1,1
Junta vecinal					1	1,1				
Escuelas							1	1,1	1	1,1
Escuela para padres	2	2,2	2	2,2	2	2,2				
Comedor Popular										
Otros	1	1,1	1	1,1			1	1,1		
No responde	82	92,1	82	92,1	84	94,4	86	96,6	87	97,8

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acudieron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

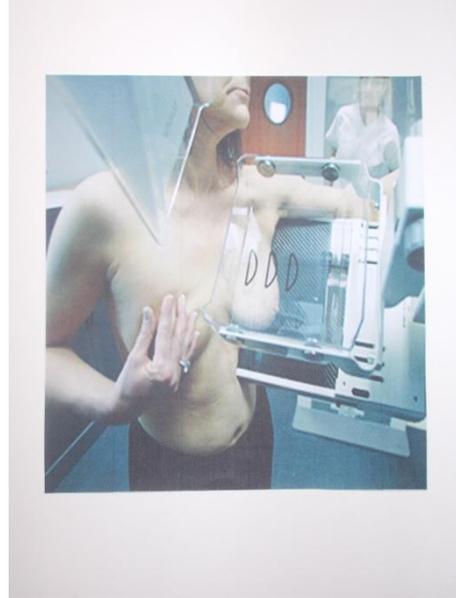
ANEXO L

Fichas de imágenes para aplicación del cuestionario

Mamas



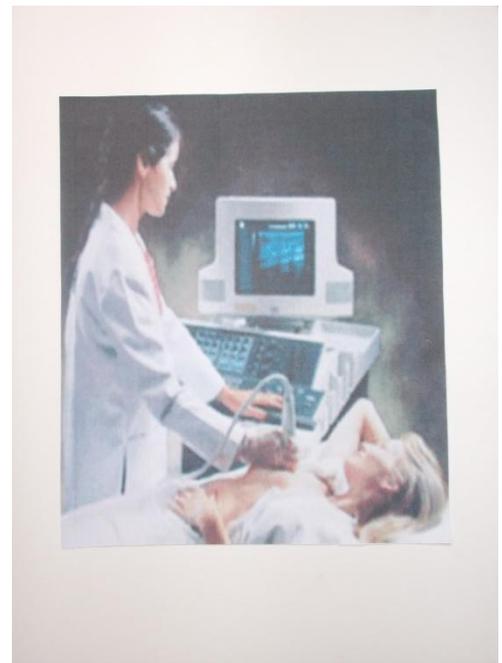
Mamografía



Autoexamen de mama

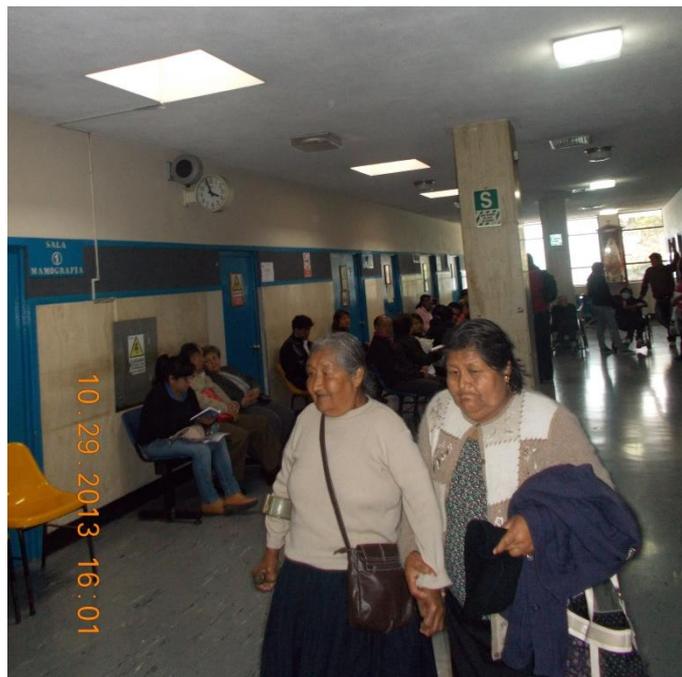


Ecografía de mama



ANEXO M

Sala de espera de Radiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.



Área de espera del Servicio de Mamografía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.



Sala de trabajo de Mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.



Sala 1 de Mamografía, Equipo de mamografía Siemens Mammomat 3000 Nova. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

