



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA
PARTICIPACIÓN SOBRE LA MAMOGRAFÍA EN MUJERES DE 40 A 60
AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN - CAJAMARCA 2022

TO DETERMINE THE RELATIONSHIP BETWEEN MAMMOGRAPHY
KNOWLEDGE AND PARTICIPATION IN WOMEN AGED 40 TO 60 YEARS
AT THE GENERAL HOSPITAL OF JAEN – CAJAMARCA, 2022

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA

AUTORES

LUISY MASSIEL ALEGRE TORRE

DAYANE JOSSELYN CALDERON SERNA

CRISTEL RUBI ANTONELLA LEYVA SANTOS

ASESORA

ERIKA GIOVANA RAMIREZ TOSCANO

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Lic. FM. Jose Fernando Marquez Pachas
Vocal: Lic. TM. Nora Del Pilar Acosta Rengifo
Secretario: Lic. TM. Luis Alberto Caycho Huapaya

Fecha de Sustentación: 24 de junio del 2024

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESORA

LIC. T.M ERIKA GIOVANA RAMIREZ TOSCANO

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0000-0002-1109-0609

DEDICATORIA

El resultado de este trabajo está dedicado a nosotras por todo el empeño, esfuerzo, constancia y dedicación que le pusimos a esta investigación, demostrando que la lejanía y las largas horas de viaje no fueron impedimento para el logro de esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por la sabiduría y por brindarnos realizar esta investigación en bien de la población de Jaén.

También agradecer a nuestras madres y padres por el acompañamiento durante todos estos años hasta la culminación de esta investigación, por el aguante, por creer y apostar en nosotras, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre estuvieron brindándonos su comprensión, cariño y amor.

Un agradecimiento especial a J.R.M. y a D.P.P. por su apoyo y esfuerzo en la realización de esta investigación.

Gracias infinitas.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación ha sido financiado enteramente por las
investigadoras.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
MEDICINA

DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PARTICIPACIÓN SOBRE LA MAMOGRAFÍA EN MUJERES DE 40 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN - CAJAMARCA 2022

TO DETERMINE THE RELATIONSHIP BETWEEN MAMMOGRAPHY KNOWLEDGE AND PARTICIPATION IN WOMEN AGED 40 TO 60 YEARS AT THE GENERAL HOSPITAL OF JAEN – CAJAMARCA, 2022

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA

AUTORES

LUISY MASSIEL ALEGRE TORRE

DAYANE JOSSELYN CALDERON SERNA

CRISTEL RUBI ANTONELLA LEYVA SANTOS

ASESORA

ERIKA GIOVANA RAMIREZ TOSCANO

LIMA - PERÚ

2024



21% Similitud estándar

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas 

 1 Internet

repositorio.unfv.edu.pe

 7 bloques de texto  588 palabra que coinciden

 2 Internet

repositorio.upch.edu.pe

 34 bloques de texto  562 palabra que coincide

 3 Internet

duict.upch.edu.pe

 12 bloques de texto  214 palabra que coincide

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. Introducción	1
II. Objetivos	10
III. Materiales y Métodos	11
IV. Resultados	20
V. Discusión	26
VI. Conclusiones	33
VII. Referencias Bibliográficas	35
VIII. Tablas y figuras	46
ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: La detección temprana del cáncer de mama puede aumentar la supervivencia, reducir la mortalidad y el costo de atención. En ese sentido, la mamografía es una herramienta necesaria para el diagnóstico de cáncer de mama reduciendo en 30% la mortandad. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo correlacional de corte transversal. Se aplicó un cuestionario a 229 mujeres entre 40 a 60 años que asistieron al Hospital de Jaén en Cajamarca para determinar el nivel de conocimiento y participación frente a la mamografía. **Resultados:** Se encontró que el 23.1%, 49.4% y 27.5% de las participantes presentaron un nivel de conocimiento alto, medio y bajo; mientras que, el 33.2%, 12.2% y 54.6% mostraron un nivel de participación alto, medio y bajo. Los factores que se asociaron significativamente con el nivel de conocimiento fueron estado civil, número de hijos, nivel educativo y educación, y con el nivel de participación fueron estado civil, nivel educativo y antecedentes personales y del entorno sobre un diagnóstico previo de cáncer de mama. Existe correlación directa entre los niveles de conocimiento y participación, y se consideró bajo el grado de asociación ($r= 0.284$; $p= 0.0001$). **Conclusiones:** Se considera que los niveles de conocimiento y de participación sobre la mamografía de las participantes es deficiente y que la participación de las mujeres puede depender de otros factores además del nivel de conocimiento.

Palabras clave: cáncer de mama, mamografía, nivel de conocimiento, nivel de participación.

ABSTRACT

Background: Early detection of breast cancer can increase survival, reduce mortality and the cost of care. In this sense, mammography is a necessary tool for the diagnosis of breast cancer, reducing mortality by 30%. **Aim:** To determine the relationship between the level of knowledge and participation about mammography in women aged 40 to 60 years at the General Hospital of Jaén - Cajamarca in 2023. **Methodology:** Descriptive cross-sectional correlational study. A questionnaire was applied to 229 women between 40 and 60 years old who attended the Jaén Hospital in Cajamarca to determine the level of knowledge and participation regarding mammography. **Results:** It was found that 23.1%, 49.4% and 27.5% of the participants presented a high, medium and low level of knowledge; while, 33.2%, 12.2% and 54.6% showed a high, medium and low level of participation. The factors that were significantly associated with the level of knowledge were marital status, number of children, educational level and education, and with the level of participation were marital status, educational level and personal and environmental history of a previous diagnosis of breast cancer. The degree of association between levels of knowledge and participation was considered low ($r= 0.284$; $p= 0.0001$). **Conclusions:** It is considered that the participants' levels of knowledge and participation about mammography are poor and that women's participation may depend on other factors in addition to the level of knowledge. **Keywords:** breast cancer, mammography, knowledge level, participation level.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye la neoplasia con mayor frecuencia y malignidad en mujeres en el mundo; de hecho, según el Observatorio Global del Cáncer (GCO, por sus siglas en inglés) en el año 2020 el cáncer de mama superó al del pulmón como el más diagnosticado a nivel mundial (en 159 de 185 países), con un estimado de 2.3 millones de nuevos casos (11.7% del total de casos de cáncer a nivel mundial); mientras que, la tasa de mortalidad fue la más alta en 110 de los 185 países evaluados (2).

En general, diferentes estudios epidemiológicos han observado que la prevalencia de esta neoplasia puede variar entre países de acuerdo al nivel socioeconómico y/o región geográfica (1-3). De hecho, se ha reportado una mayor incidencia en países con mayores a moderados ingresos (entre 85.8 a 91.6 casos por 100 000 habitantes); mientras que la mortalidad es mayor en países con ingresos moderados a bajos, con una tasa de entre 17.4 a 20.1 de muertes por 100 000 habitantes (4-8). Según la OMS, los factores de riesgo asociados a esta enfermedad son mayor edad, obesidad, exceso de alcohol, historia familiar de cáncer de mama, historia de exposición a radiación, historia reproductiva, uso de tabaco y uso de terapia de reemplazo hormonal (9).

En el Perú, de la base de datos global GLOBOCAN 2020 se puede observar que el cáncer de mama es la segunda neoplasia más común en toda la población, y la primera en mujeres (18.5%), por encima de los cánceres de cuello uterino (11.5%),

estómago (8%) y colon (6.4%) (10). Con respecto al nivel socioeconómico, estudios a nivel nacional han reportado una correlación positiva entre el nivel de pobreza y el diagnóstico de cáncer en nivel avanzado (11).

Por otro lado, se sabe que la detección temprana del cáncer de mama puede aumentar la supervivencia de los pacientes con esta neoplasia, y, además, reducir la mortalidad y el costo de atención. Sobre esto, la OMS, en su resumen de conocimientos “Detección Temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas” recomienda los siguientes pasos para una detección eficaz y diagnóstico temprano: (i) educación sobre salud mamaria, (ii) reducción de obstáculos para atención, (iii) exploración clínica de las mamas, (iv) diagnóstico oportuno para mujeres con resultados anormales y tratamientos rápido y adecuado, y (v) de ser posible, tamizaje de poblaciones en riesgo por exploración clínica de mamas (12).

Con respecto a la educación sobre salud mamaria, la OMS recomienda la concientización para la detección temprana; además, en este proceso deben intervenir profesionales en salud pública y médicos para informar sobre los factores de riesgo y síntomas de esta neoplasia. Por otro lado, se menciona la necesidad de que las mujeres deben buscar y recibir atención de forma rápida ante la detección de masas u otros hallazgos peligrosos en los senos. Finalmente, se menciona la importancia de la colaboración de los sobrevivientes de este cáncer y de agrupaciones de apoyo para expandir los mensajes de concientización sobre la salud mamaria (12).

Al mencionar la exploración clínica de mamas, esta debe incluir la evaluación física de estas y de las axilas, por parte de un profesional de salud especializado, como componente importante ante la presencia de cualquier anomalía en el seno. Un punto importante, es que el personal de salud debe capacitar a las mujeres para su autoevaluación física y el reconocimiento de alguna irregularidad con el fin de que puedan acceder al apoyo sanitario de manera oportuna (12). Como parte de las medidas de prevención tenemos a procedimientos primarios y secundarios de evaluación mamaria; entre ellos, tenemos a la mamografía que es una herramienta necesaria para el diagnóstico definitivo de cáncer de mama por su sensibilidad y especificidad, reduciendo en 30% la mortalidad en países europeos y de América Latina. Por esta razón, la implementación de programas de prevención a través de la mamografía a nivel poblacional es de vital importancia, principalmente a través de la mejora en los conocimientos y actitudes frente a esta técnica (12,13).

La mamografía es considerada la técnica de imagen mayormente usada para la evaluación de pacientes con y sin sintomatología mamaria, cuya finalidad es identificar y realizar el diagnóstico oportuno del cáncer de mama desde su estadio inicial. Se ha descrito una sensibilidad para el diagnóstico de cáncer de mama entre un 61 y 95%, siendo menor en pacientes con alta densidad mamaria, donde alrededor del 10% de los tumores no son visibles en la mamografía, incluso aunque sean palpables. Su especificidad varía entre 80 y 90%. Tanto sensibilidad y especificidad se incrementan con la edad, siendo mayores en pacientes por encima de los 50 años (14).

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda la realización de una mamografía a los 40 años; luego, una cada 1 o 2 años entre los 40 y 50, y, finalmente una al año después de los 50 (15). Se ha reportado que la mamografía periódica entre los 50 y 74 años, después de 7 a 12 años de seguimiento, resulta en la reducción significativa de la mortalidad por cáncer de mama de hasta el 23% (16).

Este tipo de análisis suele ser sensible para las mujeres en general, es por ello que se debe realizar considerando la contención y el respeto, valorando y tomando en cuenta el factor personal y cultural de cada paciente (17).

En ese sentido, Román y col., (2018) realizó un estudio en mujeres que asistían al Hospital Regional de Ayacucho para exámenes mamográficos. Los autores encontraron que más del 60% de los encuestados presentaban nivel de conocimiento bajo sobre la mamografía, recomendando promover la importancia de este examen como prueba diagnóstica (18). Además, Erdem y col. (2016), determinaron el nivel de conocimiento de las trabajadoras de atención primaria de salud sobre el cáncer de mama y su actitud y comportamiento sobre el autoexamen de mamas y la mamografía, hallando que aquellas que practicaron el autoexamen presentaron un nivel de conocimiento significativamente mayor que aquellas que no lo hicieron. Las encuestadas tenían un bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de seno y la mamografía (19).

Además, otro estudio evaluó el nivel de conocimiento del cáncer de mama, las actitudes y las prácticas de detección en 371 mujeres libanesas entre 18 a 65 años.

En este estudio se observó una correlación positiva entre los ítems relacionados a conocimiento, actitudes y prácticas. También se reportó que las principales barreras para realizarse una mamografía eran el miedo a mala noticias, dolor, costo y personal desagradable. Otros resultados reportados fueron la asociación entre la educación superior con un alto conocimiento, mejores actitudes y buenas prácticas; mientras que, la edad avanzada y el realizar ejercicio se relacionaron con mejores actitudes, y el tener hijos se asoció con buenas prácticas. Por otro lado, el hábito de fumar se asoció con un menor conocimiento (20).

Orellana y col. (2016) desarrollaron un estudio sobre las limitantes, las actitudes y las prácticas ante la toma de mamografía en tres hospitales del El Salvador, donde encontraron que 91% de las encuestadas reconocen como medida preventiva o curativa a la atención oportuna; mientras que, el 89% mencionan saber dónde ir ante para la realización de chequeos preventivos o para el tratamiento del cáncer de mama. De estos, los centros de salud pública son los más escogidos para la atención por la confianza a estos y por la relación costo-eficacia. Además, se encontró que la religiosidad no constituye un obstáculo para poderse someter a estudios clínicos; y que, la mayoría de pacientes no poseen un grado académico, convirtiéndose en una limitante para desarrollar una actitud preventiva. Por otro lado, los investigadores describen al grado de conocimiento sobre el cáncer de mama como “empírico”, en donde el 71% de entrevistados manifiesta conocer como factores de riesgo a la historia personal y familiar y cerca del 70% dice conocer algún método de diagnóstico de la enfermedad (i.e. mamografía y autoexamen). A pesar de esto, el 100% de las entrevistadas dijo no haberse realizado aún un examen mamográfico

debido a la ausencia de sintomatología (48%), a no observar diferencias en el autoexamen (1%), por falta de indicación (11%), desconocimiento de lo que es una mamografía (11%), creencias religiosas (1%), entre otros (21).

Sobre los anterior, Melvin y col. (2016), efectuaron un trabajo sobre la influencia del nivel socioeconómico, el acceso a la atención de la salud y las preferencias culturales en la participación oportuna de la mamografía. Se observó que el 39% de las mujeres informaron no haberse realizado una mamografía en los últimos doce meses. Las probabilidades de no hacerse una mamografía aumentaron si las mujeres no tenían seguro, no tenían atención médica, eran blancas no hispanas, mayores de edad, no confiaban en su capacidad para hacerse exámenes de detección o tenían valores religiosos/espirituales pasivos o externos (22).

Sobre la determinación de las creencias, actitudes, prácticas y barreras en el diagnóstico del cáncer de mama, un estudio encontró que, de 251 mujeres árabes residentes en Australia, el 92% había oído hablar del autoexamen de seno, 68.1% del examen clínico de mama y 62.9% de la mamografía. Sin embargo, el mismo estudio encontró que de aquellas mujeres que habían escuchado del autoexamen, la mitad alguna vez se lo realizó y solo el 7.6% lo realiza mensualmente como se recomienda; de aquellas que saben del examen clínico, cerca del 36% en algún momento se realizó este examen y solo el 15.1% la realiza anualmente como es recomendado; y de los que respondieron conocer el examen mamográfico, el 30.2% se la realizó alguna vez y el 22.7% se la realiza dos veces al año como se recomienda. Además, los porcentajes en estos ítems también se mantienen bajos en

el grupo edad objetivo. Los autores describen como factores asociados a la reducida práctica de esta población a cuestiones culturales y sociales. En esa línea, las mujeres que participaron en las 3 prácticas de detección tuvieron puntajes significativamente más altos en las actitudes hacia los controles de salud (23). En la misma línea de investigación, se ha reportado que, de 507 mujeres en Jordania, solo el 34,9%, el 16,8% y el 8,6% de los participantes del estudio reportaron haberse realizado autoexamen de mamas, examen médico y mamografía de forma periódica, respectivamente. Además, el 3,8% se sometió a pruebas de detección de cáncer de mama, al menos una vez, pero no periódicamente; mientras que, el 87,6% nunca se sometió a pruebas de mamografía. Las razones para realizarse el examen fueron: la percepción del beneficio (50%), antecedentes familiares (23.1%), percepción de severidad (21.2%), y consejos de amigos o familiares (5.8%). Los residentes de zonas urbanas presentan una mayor probabilidad a realizarse una mamografía en comparación de los que residen en zonas no urbanas. Asimismo, se evidenciaron percepciones negativas y conocimiento limitado sobre el cáncer de mama y su detección. Las barreras más comúnmente reportadas para evitar los exámenes de detección fueron: miedo a los resultados (63.8%), sin soporte del entorno (59.7), costo de la prueba (53.4%), y creencias religiosas (51,1%) (24).

Chimbo y col., en el 2015, realizaron una investigación sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la mamografía que tienen las mujeres atendidas en un hospital, donde reportaron que el 83,72% de aquellas tienen conocimientos sobre el tema, el 91.86% tiene una actitud positiva para asistir al médico cuando encuentran algo anormal en sus mamas y el 88.37% menciona que el día previo al

examen no usan desodorante, cremas, talcos en las axilas y mamas. Concluyeron que el conocimiento es bueno; además que actitudes y prácticas fueron aceptables hacia la mamografía (25).

Gosein y col., en el año 2014, ejecutaron un estudio sobre el conocimiento, actitudes, prácticas y satisfacción del paciente después de la mamografía en un hospital, hallando que las personas con educación superior tenían un mayor conocimiento de los beneficios de la detección temprana del cáncer de seno y sabían que un resultado anormal de la mamografía no era necesariamente indicativo de cáncer de seno; que las creencias eran inexactas, en particular, que la compresión mamaria causa cáncer, lo cual es más probable entre las personas con menos educación; más de dos tercios (70%) de las mamografías fueron principalmente por la decisión del médico; más del 90% de las mujeres estaban satisfechas después de la mamografía, la mayoría (94,6%) con planes para uso futuro; algunas (15,6%) notificaron dolor e informaron molestias (48,7%); y para más del 70% de estos, el examen es menos doloroso de lo previsto (26).

En resumen, estudios previos demuestran que la pobreza está relacionada directamente con un mayor diagnóstico y mortalidad por cáncer de mama; además que la detección temprana puede aumentar la tasa de supervivencia y reducir la de mortalidad, por lo que factores como el conocimiento en salud mamaria y exploración clínica de las mamas son factores que ayudan a un buen pronóstico. Por otro lado, según el plan de desarrollo urbano de la Municipalidad Provincial de Jaén 2013 - 2025, al 2012 esta ciudad, ubicada en el departamento de Cajamarca,

presentaba un nivel de pobreza cercano al 30% (27) y mayor del 40% según el Instituto Peruano de Economía (28). Además, según información del Hospital General de Jaén, el 70% de los diagnósticos de cáncer en general se encuentran en los estadios avanzados III y IV, 30% se diagnostica en estadios tempranos y solo el 4% se detecta en estadio 0 o in situ (29). Por todo lo mencionado anteriormente, el alto nivel de pobreza en la ciudad de Jaén y su relación con un mayor diagnóstico de cáncer de mama justifica la necesidad de conocer la relación entre el nivel de conocimiento y participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años. A la fecha, no conocemos estudios en dicha población proveniente de la ciudad de Jaén, por lo que los resultados de la investigación pueden ser importantes para implementar o mejorar programas de prevención y así reducir el riesgo de diagnóstico tardío y la consecuente tasa de mortalidad por este tipo de cáncer.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022.

Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén – Cajamarca, año 2022.
2. Determinar el nivel de participación frente a la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén – Cajamarca, año 2022.
3. Determinar los factores asociados a los niveles de conocimiento y participación sobre la mamografía de mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén – Cajamarca, año 2022.
4. Determinar el nivel de asociación entre el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal en donde se aplicó un cuestionario a mujeres entre 40 a 60 años de edad que asistieron al Hospital General de Jaén en Cajamarca para determinar el nivel de conocimiento y participación frente a la mamografía y la correlación entre ambas variables.

3.2 Población

La población de estudio correspondió a mujeres entre 40 a 60 años de edad que acudieron al Hospital General de Jaén durante el periodo comprendido entre diciembre del 2022 a febrero del 2023. El Hospital General de Jaén es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, Gerencia Sub Regional de Jaén que inicio funciones en 1991 y cuenta con 11 departamentos médicos. Para el año 2020, se sabe que 14773 de mujeres entre los 40 a 60 años de edad habían acudido a este hospital.

El rango de edad planteado en el presente trabajo se seleccionó porque según el segundo capítulo del informe “Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2020” publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), solo entre el 9 al 10% de mujeres entre los 40 a 59 años de la sierra peruana se habían realizado alguna mamografía durante los años 2014 y 2017 (30).

3.2.1. Criterios de inclusión

- a) Mujeres de 40 a 60 años que acepten participar voluntariamente.

- b) Mujeres de 40 a 60 años que completen los cuestionarios.
- c) Mujeres de 40 a 60 años de edad que acuden al Hospital General de Jaén

3.2.2. Criterios de exclusión

- a) Mujeres con mastectomía unilateral y bilateral.
- b) Mujeres con prótesis mamaria.

3.3. Muestra y muestreo

Para el cálculo de muestra se utilizó la fórmula correspondiente a la determinación de una proporción para población conocida o finita.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1)E^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N= es la población. Este dato corresponde a 14773 pacientes que asistieron al Hospital de Jaén durante el año 2020. Esta información fue proporcionada por el Departamento de Estadística e Informática del Hospital.

Z= nivel de confianza = 95%, entonces, Z = 1.96

p= proporción con el efecto deseado. Este valor fue del 13%, que corresponde a un nivel de conocimiento alto sobre la prevención del cáncer de mama en mujeres que asisten al Centro de Salud “Villa San Luis” en Lima, Perú (31)

q= 1 – p

d= precisión = 5%

Según estos datos, el tamaño de la muestra, al 95% de nivel de confianza, fue de 172 mujeres. Para evitar la pérdida de participantes o la eliminación de

cuestionarios que impidan llegar al número calculado de la muestra, se sumó el 15%, lo que resultó en una muestra final de 202 mujeres.

Para el reclutamiento de los participantes, los investigadores abordaron a las mujeres que acudieron al Área de Consulta Externa y al Servicio de Apoyo al Diagnóstico del Hospital General de Jaén. Para asegurar que todas las mujeres tuvieran la misma probabilidad de ser incluidas, se escogió el muestreo aleatorio sistemático. Para esto, en base a los datos proporcionados por el Departamento de Estadística e Informática del Hospital, se calculó el número promedio de pacientes que asistieron por día a las áreas mencionadas en el año 2020 (media mensual = 1231 personas). Luego, el número total de pacientes en el año 2020 (14773) fue dividido entre dicha media mensual para obtener la distancia entre participante y participante. Según lo mencionado, se calculó abordó a las posibles participantes cada 12 mujeres hasta alcanzar el tamaño muestral calculado.

Luego, del proceso de aleatorización, selección de las participantes y toma de encuestas se obtuvo un conteo final de 230 mujeres voluntarias. Uno de los cuestionarios fue retirado por no cumplir el criterio de edad (mayor a 60 años). Para evitar incurrir en un sesgo de selección, las investigadoras decidieron mantener las 229 encuestas realizadas.

3.4. Definición de variables

La tabla correspondiente se encuentra en el ANEXO I.

3.5. Instrumento de investigación

En el presente trabajo se utilizó un cuestionario con el objetivo de determinar los niveles de conocimiento y participación de las voluntarias sobre la mamografía. El instrumento estuvo constituido por 4 secciones: en la primera, el participante encontró el consentimiento informado donde se explica los riesgos y beneficios del estudio (ANEXO II); en la segunda, se preguntó sobre los datos sociodemográficos de interés (8 preguntas) (ANEXO III); en la tercera, se encontró el cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre el examen mamográfico (20 preguntas) (ANEXO IV); en la cuarta sección, los participantes respondieron preguntas referentes a la participación en la mamografía (10 preguntas) (ANEXO V).

Las secciones sobre la información sociodemográfica y el conocimiento se basaron en un cuestionario utilizado por un estudio previo donde se buscó determinar el nivel de conocimiento sobre mamografías en pacientes que asistieron al Hospital Regional de Ayacucho en el año 2017 (5).

Con respecto a la sección que determinó el nivel de participación, el cuestionario utilizado ha sido elaborado por las investigadoras en base las preguntas realizadas en estudios previos donde se determinó la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica en la realización de mamografías en mujeres que asisten a centros de salud en diferentes ciudades a nivel nacional o internacional (12,32,33).

Antes de realizar el estudio, cada sección del cuestionario fue sometida a procesos de validación de contenido por medio de juicio de expertos, cuyos resultados fueron

analizados de forma cualitativa mediante la realización de las modificaciones sugeridas por los expertos; y de forma cuantitativa, mediante la prueba binomial.

De acuerdo al análisis cualitativo de la validez de contenido se pudo observar que 6 de los 7 expertos consultados calificaron el cuestionario y sus tres secciones como “aplicable”. El 7mo experto sugirió cambiar el ítem 5 de la sección sociodemográfica “número de hijos” por “número de gestaciones”. Luego del cambio, se obtuvo la calificación de “aplicable” por el total de expertos.

Para la determinación de la validez de contenido de forma cuantitativa se utilizó la prueba binomial en la cual se encontró que la probabilidad de instrumento para la sección conocimiento fue de 0.011 y para la sección participación fue de 0.004. Como se observa, todos los valores de p fueron menores a 0.05, con lo que se puede considerar que cada sección es capaz medir el constructo que se propuso.

Adicionalmente se realizó una prueba piloto con 20 mujeres del Hospital General de Jaén para determinar la confiabilidad de los instrumentos de conocimiento y participación por medio de la prueba de Kuder-Richardson (KR). Para esto, las respuestas de los participantes fueron clasificadas como correctas e incorrectas para el caso del cuestionario del conocimiento. Debido a que las respuestas del instrumento de participación fueron dicotómicas (Si o No), las respuestas fueron sometidas a la prueba de confiabilidad de forma directa. El análisis encontró que el cuestionario de conocimiento presentaba un índice KR de 0.77; mientras que, el cuestionario de participación mostró un índice KR de 0.87. Según estos valores, ambos cuestionarios pueden considerarse confiables.

3.6. Procedimientos y técnicas

Para la recolección de la información se procedió a abordar a aquellas mujeres que acudieron al Hospital General de Jaén durante los meses de diciembre del 2022 a febrero del 2023 que correspondieran al grupo etario de 40 a 60 años de edad. Se inició dando información sobre el desarrollo del estudio y la importancia de su participación, y aquellas pacientes que se mostraron interesadas en participar fueron evaluadas para determinar si cumplían con los criterios de selección. Finalmente, se procedió a leerles el consentimiento informado.

Aceptada la participación se inició con la recolección de los datos. Los cuestionarios fueron tomados de forma presencial debido a la posible dificultad de comprensión de las preguntas realizadas y por el desconocimiento del desarrollo de encuestas virtuales de algunas participantes. Cabe resaltar que esta encuesta se desarrolló tomando en cuenta todas las medidas de seguridad correspondientes. El cuestionario tuvo una duración de 20 minutos.

3.7. Aspectos éticos

Antes de la ejecución del estudio se gestionó la aprobación del proyecto ante el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; asimismo, el estudio no contempló ninguna intervención y solo se recogió información a través de cuestionarios para conocer el nivel de conocimiento y participación de los exámenes mamográficos.

Antes de realizar cualquier procedimiento, cada participante recibió una explicación detallada de los objetivos, beneficios y riesgo del estudio, y luego se le consultó si desea participar de forma voluntaria. Todos los participantes fueron notificados que podían realizar preguntas antes, durante y después de la aplicación del cuestionario. La elección de la participación se hizo sin ninguna coacción o demerito hacia las voluntarias. Adicionalmente, cada voluntaria firmó un formato de consentimiento informado en donde certifica su libre voluntad de participar en el estudio y donde se aclaró que podría retirarse del estudio en el momento que hubiese creído conveniente sin ningún demerito ni perjuicio. Cada voluntaria recibió una copia de dicho consentimiento, en el cual se encontraban los números de contacto de las investigadoras.

El proyecto planteó no incluir a mujeres que hayan sido sometidas a procedimientos de mastectomía unilateral y/o bilateral o con prótesis mamaria debido a que su nivel de conocimiento puede desviar la curva de resultados al agruparlas con la población general.

Luego de su participación, cada voluntario recibió un código de identificación. Solo las investigadoras principales tuvieron acceso a los resultados. Toda la información fue almacenada en una base de datos encriptada en una computadora personal de uso exclusivo de la investigadora principal.

Al finalizar su participación, todas las voluntarias recibieron un díptico informativo en donde se presentó el examen mamográfico, sus características, beneficios,

riesgos y su importancia (ANEXO VI). Además, las investigadoras dieron una explicación de los detalles mencionados en el díptico y resolvieron cualquier duda de las voluntarias. Para asegurar que la información del díptico fuera repartida de forma justa, las personas que no participaron en el estudio y estuvieron presentes al momento del muestreo también recibieron el díptico y la explicación del mismo.

Los principios bioéticos médicos, que sustentaron la realización del presente trabajo académico serán: de beneficencia, puesto que los resultados finales de esta investigación benefician al progreso científico general y de la comunidad; de no maleficencia, ya que en el desarrollo de la investigación no se presentaron riesgos que alteren la calidad de vida de los participantes; y de autonomía, dado que se resguardará en anonimato la información y estará fundamentado por el consentimiento informado.

3.8. Plan de análisis

Los datos recabados fueron registrados en una base de datos en una hoja de cálculo EXCEL para Windows y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v.25.

Una vez completada la base de datos, se determinó el nivel de conocimiento y el de participación ante la mamografía usando la Escala de Estanones para categorizar el puntaje obtenido en los cuestionarios de conocimiento y participación en 3 categorías ordinales calculando los puntos de corte superior e inferior para la creación de los intervalos: alto o bueno, medio o intermedio, bajo o malo (34). Para esto, cada pregunta del cuestionario fue calificada con 1 si la es respuesta correcta

y 0 para la incorrecta. Luego, se sumaron los puntajes de las respuestas correctas para obtener el puntaje final. En el caso del cuestionario sobre participación, el puntaje final se estandarizó a 20 por regla de tres simple. Así, los puntajes de conocimiento y participación ante la mamografía fueron categorizados en los niveles: bajo, medio y alto mediante el cálculo de los puntos de corte para cada intervalo mediante las siguientes fórmulas: $a = M - (0.75 \times S)$ para el menor intervalo y $a = M + (0.75 \times S)$ para el intervalo alto. Los valores intermedios correspondieron al nivel intermedio (35). Según esto, los puntos de corte para los niveles de conocimiento alto y bajo fueron de 11.6 y 6.1, respectivamente, y el rango para el nivel medio fue de 6.2 a 11.5; mientras que, para el nivel de participación se consideraron los valores de 11.9 y 2.2 para los niveles alto y bajo, respectivamente, y el rango para el nivel medio fue de 2.3 a 11.8.

Una vez establecidos los niveles, se realizó los análisis descriptivos. En este caso, las variables cuantitativas se presentan como la media y su desviación estándar; mientras que, las variables cualitativas se presentan como la frecuencia y su porcentaje. Además, la relación entre los niveles de conocimiento y el grado de participación en general y según las características de los voluntarios fueron determinadas por medio del análisis de Chi-cuadrado.

Valores de $p < 0.05$ fueron considerados como estadísticamente significantes.

IV. RESULTADOS

Al finalizar la toma de los cuestionarios, se obtuvo la participación de 229 voluntarias cuya edad promedio fue de 49.4 años (Desviación estándar, DE: 6.1) con una edad mínima de 40 años y una máxima de 60 años.

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de las voluntarias. En general, 25.3%, 28% y 39.7% de las participantes declararon ser solteras, casadas o convivientes, respectivamente; mientras que, un menor porcentaje mencionó estar separada (4.4%) o ser viuda (2.6%). Respecto al número de gestaciones, se observó que el 43.7%, 39.3% y el 17% de las encuestadas declararon tener menos de 2, entre 3 a 4 y más de 5 gestaciones, respectivamente. Sobre el nivel de educación, solo 2.6% de las encuestadas declararon no tener ningún nivel educativo; mientras que, el porcentaje acumulado de aquellas con nivel primario y secundario fue del 60.2% y de aquellas con educación superior universitaria o técnica fue del 37.1%. Respecto a la ocupación, 35.8% mencionaron ser amas de casa, 32.8% ser trabajadoras dependientes, 26.6% trabajadoras independientes, 2.2% jubiladas, y 2.6% mencionaron tener otro tipo de ocupación. De las participantes, 61.1% dijo ser cristiana católica, 30.6% cristiana evangélica; mientras que, 3.1% no profesaba alguna religión o declaró ser ateo y 5.2% seguían otra religión.

Sobre el historial de presencia de cáncer de mama en las participantes, solo 1.3% de las encuestadas declaró haber sido diagnosticada previamente y 18.8% mencionó haber tenido alguna persona de su entorno con diagnóstico de esta enfermedad (Tabla 1).

La Tabla 2 presenta los puntajes obtenidos en los cuestionarios sobre conocimiento y participación sobre la mamografía, los cuales fueron sometidos a mujeres entre 40 a 60 años asistentes al Hospital de Jaén. Se observó que el puntaje promedio de conocimiento fue de 8.86 (DE: 3.72); mientras que, la media del puntaje de participación fue de 3.55 (DE: 3.24).

En la Figura 1 se observan los niveles de conocimiento (A) y participación (B) en mamografías de las voluntarias participantes. Con respecto al conocimiento, solo el 23.1% de las entrevistadas presentó un nivel alto; mientras que, 49.4% tuvo un nivel medio y 27.5% un nivel bajo. Sobre la participación, se pudo notar que 33.2% de las encuestadas tenía un nivel alto, 12.2% nivel medio y 54.6% nivel bajo.

Con respecto al nivel de conocimiento, la prueba de chi-cuadrado no muestra relación de esta variable con ninguno de los rangos de edad de las participantes (≤ 44 años, $p= 0.538$; entre 45 a 54 años, $p= 0.310$; ≥ 55 años, $p= 0.405$), que sean solteras ($p= 0.815$), que estén separadas de su pareja ($p= 0.966$), que sean viudas ($p= 0.369$), que no tengan educación ($p= 0.762$), que trabajen de forma independiente ($p= 0.166$), que sean jubiladas ($p= 0.844$), que tenga más de 5 gestaciones ($p= 0.064$), que sigan alguna religión ($p= 0.528$), que haya recibido un diagnóstico previo de cáncer de mama ($p= 0.607$) y que alguien de su entorno cercano haya recibido un diagnóstico de cáncer de mama ($p= 0.999$) (Tabla 3).

Se observó un mayor porcentaje de mujeres casadas presentaron un nivel de conocimiento alto (49.1%) con respecto a aquellas con mostraron un conocimiento

bajo (22.2%) y medio (21.9%) ($p= 0.001$); todo lo contrario, en mujeres con conviviente, los niveles inferiores de conocimiento bajo y medio presentaron un mayor porcentaje (46% y 45.1%, respectivamente) con respecto al porcentaje de aquellas con un nivel alto de conocimiento (20.8%) ($p= 0.006$). Cuando se compara el nivel de conocimiento entre todas las condiciones de estado civil, se observa que las mujeres casadas son las que mostraron mayor porcentaje de conocimiento alto ($p= 0.012$) (Tabla 3).

Con respecto al nivel educativo, solo el 3.8% de participantes que declaró haber estudiado hasta el nivel primaria alcanzó un alto nivel de conocimiento, el cual fue menor a los valores observados en el nivel medio (18.6%) y bajo (25.4%) de conocimiento ($p= 0.006$); de la misma manera, el porcentaje de mujeres con alto nivel de conocimiento que cursaron hasta el nivel secundaria fue menor (24.5%) al reportado en los niveles medio (50.9%) y bajo (44.4%) ($p= 0.006$). Al observar a aquellas mujeres que declararon haber llevado estudios superiores, se puede observar un mayor porcentaje de conocimiento alto (67.9%) con respecto a los niveles de conocimiento medio (28.3%) y bajo (27%) ($p= 0.0001$). De hecho, el porcentaje de conocimiento alto fue mucho mayor en mujeres con estudios superiores en comparación con los otros niveles de estudio ($p= 0.0001$) (Tabla 3).

En el aspecto laboral, en mujeres que mencionaron ser amas de casa se reportó un menor porcentaje de conocimiento alto (18.9%) en comparación con aquellas con niveles medio (46.9%) y bajo (30.2%) ($p=0.001$). Por lo contrario, se observó un mayor porcentaje de trabajadoras dependientes con un nivel de conocimiento alto

(54.7%) versus aquellas con niveles de conocimiento media (22.1%) y bajo (33.3%) ($p= 0.0001$). Al igual que el anterior caso, aquellas mujeres que declararon trabajar en otros tipos de trabajos también presentaron un mayor porcentaje de conocimiento alto (7.5%) ($p= 0.038$). De hecho, el porcentaje de mujeres con conocimiento alto fue mayor en aquellas que trabajaban de forma dependiente en comparación con los otros tipos de condición laboral ($p= 0.0001$) (Tabla 3).

En el caso del número de gestaciones, se observó que aquellas con un número menor de 2 mostraron un mayor porcentaje de nivel de conocimiento alto (64.2%) en comparación al porcentaje de aquellas con conocimiento medio (40.7%) y bajo (31.7%) ($p= 0.001$). Lo contrario se observó con aquellas mujeres con 3 a 4 gestaciones, quienes presentaron porcentaje de conocimiento bajo (52.4%) con respecto a los porcentajes de conocimiento medio (37.2%) y alto (28.3%) ($p= 0.024$). Cuando se comparan las categorías de número de gestaciones, se observa que aquellas mujeres con menos de 2 gestaciones presentaron un mayor nivel de conocimiento con respecto a aquellas mujeres con un mayor número ($p= 0.003$) (Tabla 3).

Al evaluar el nivel de participación en las mamografías de las mujeres que acuden al Hospital de Jaén según los factores sociodemográficos, la prueba de chi-cuadrado reportó la ausencia de relación con ninguno de los rangos de edad de las voluntarias (≤ 44 años, $p= 0.168$; entre 45 a 54 años, $p= 0.863$; ≥ 55 años, $p= 0.159$), ni con el ser soltera ($p= 0.163$), conviviente ($p= 0.055$), separada de su pareja ($p= 0.367$), viuda ($p= 0.082$), no presentar educación ($p= 0.312$), ser ama de casa ($p= 0.231$),

laboralmente dependiente ($p= 0.373$), laboralmente independiente ($p= 0.470$), jubilada ($p= 0.999$), presentar alguna ocupación registrada ($p= 0.312$). Además, tampoco se encontró relación significativa con el hecho de que las voluntarias hayan tenido menos de 2 ($p= 0.132$), entre 3 a 4 ($p= 0.874$), ni más de 5 gestaciones ($p= 0.123$), ni con el hecho de seguir alguna religión ($p= 0.178$) (Tabla 4).

Con respecto al estado civil, se observó un mayor porcentaje de mujeres con un nivel de participación alto en aquellas que declararon ser casadas (38.2%) con respecto a los niveles medio (32.1%) y bajo (20.8%) ($p= 0.025$). En general, las mujeres casadas fueron las que presentaron un mayor porcentaje de participación alto en comparación con los otros estados civiles ($p= 0.017$) (Tabla 4).

Con respecto al nivel educativo, se observó que las mujeres con educación primaria mostraron un nivel de participación medio (25%) y bajo (20.8%) mayor al nivel alto (7.9%) ($p= 0.020$); el mismo comportamiento se observó en aquellas que declararon tener un nivel secundario, en donde se reportó que el 34.2% presentaba un nivel de participación alto en comparación con aquellas que tenían una participación media (32.1%) y baja (51.2%) ($p= 0.028$). En las voluntarias con educación superior se observa un mayor porcentaje de nivel de participación alto (52.6%) con respecto a los niveles medio (42.9%) y bajo (26.4%) ($p= 0.001$); de hecho, las mujeres con educación superior mostraron un porcentaje de participación alto mayor al resto de niveles educativos ($p= 0.002$).

Con respecto a la participación según el diagnóstico previo de cáncer de mama, se observó que las tres mujeres que declararon haber tenido diagnóstico personal de esta enfermedad presentaron un nivel alto (3.9%). En las mujeres que han tenido personas de su entorno con diagnóstico de cáncer se observa un mayor porcentaje de participación alto (30.3%) en comparación con los niveles medio (12%) y bajo (17.9%) ($p= 0.005$). En ambos casos se observa que las mujeres que no han tenido un diagnóstico propio (96.1%, $p= 0.046$) o de alguien de su entorno (69.7%, $p= 0.005$) presentan un mayor porcentaje de participación alto con respecto con aquellos que dieron una respuesta afirmativa (Tabla 4).

Con respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y de participación, se observó que un mayor porcentaje de mujeres con conocimiento bajo presentaron un nivel de participación medio (39.3%) y bajo (32%) con respecto a aquellas con participación alta (15.8%) ($p= 0.015$). No se observó diferencia entre los porcentajes de los tres niveles de participación en mujeres con conocimiento medio ($p= 0.086$). El porcentaje de mujeres con un nivel de conocimiento y participación alto (43.4%) fue mayor a aquellas con un nivel alto de conocimiento y niveles medio (17.9%) y bajo (12%) de participación ($p= 0.001$). Las mujeres con un nivel de conocimiento alto mostraron un mayor porcentaje de nivel participación alto en comparación con el resto de niveles de conocimiento ($p= 0.0001$). Según el análisis de correlación de Pearson, existe correlación significativa entre el nivel de participación alto con los niveles de conocimiento bajo ($r= -0.156$, $p= 0.019$), medio ($r= -0.142$; $p= 0.032$) y alto ($r= 0.333$; $p= 0.0001$). Los coeficientes de correlación

muestran una relación baja entre los niveles de conocimiento y participación (Tabla 5).

V. DISCUSIÓN

En las mujeres, el cáncer de mama es el tipo de cáncer con mayor prevalencia de diagnóstico a nivel mundial con más de 2 millones de nuevos casos y casi 700 mil muertes en el 2020; a su vez, estudios previos han demostrado un aumento en la frecuencia de la tasa de mortalidad tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, convirtiéndose en un problema de salud pública global (2,36). La mamografía tiene como objetivo reducir la mortalidad del cáncer de mama mediante la detección temprana de esta enfermedad; de hecho, estudios previos han demostrado que la detección de estadios tempranos de este tipo de cáncer reduce su mortalidad (37-39). Por estos motivos se hace importante conocer los niveles de conocimiento y participación sobre las mamografías en una población como la de Jaén en Cajamarca que se encuentra entre los 10 distritos más pobres de nuestro país (40).

Con respecto al nivel de conocimiento, solo el 23.1% de las encuestadas presentaron un nivel de conocimiento alto. Un valor similar se observó en el estudio en un en mujeres con implantes mamarios que fueron atendidas en una clínica particular en la ciudad, en las cuales se reportó un nivel de conocimiento del 21.3%; en esa misma línea (33), otros encontraron que de las mujeres mayores de 40 años que se atienden al Hospital II EsSalud de Ayacucho, 27.6% tenían un alto nivel de conocimiento (41): mientras que, en mujeres estudiantes universitarias en Arabia

Saudita, se observó que el 22.2% de las participantes presentó un nivel de conocimiento bueno (42). A pesar de que nuestros resultados y de los autores mencionados pueden ser considerados como porcentajes bajos, estudios previos en mujeres que se atienden en el Hospital Regional de Ayacucho (18), en mujeres que se atienden en diferentes hospitales en Brasil (43), y en mujeres que se atienden en hospitales de Bagdad capital de Iraq (44) muestran que solo el 6%, 7.4% y 7.6% de las encuestadas tuvieron un alto nivel de conocimiento, respectivamente. Todo lo contrario, una investigación encontró que el 66% de las mujeres que se atienden en el servicio de Radiología del Hospital I Base Higos Urcos – EsSalud en la ciudad de Chachapoyas mostraban un nivel de conocimiento alto (45); además, estudios en mujeres provenientes de diferentes regiones de Arabia Saudita revelaron que más del 40% presentaron un nivel de conocimiento de bueno a excelente (46,47). Como se puede observar los resultados, tanto a nivel nacional como internacional, sobre el nivel de conocimiento pueden considerarse incongruentes, y estas diferencias pueden deberse a los diferentes diseños entre los estudios, a los tipos de instrumentos utilizado y/o características de la población estudiada como la edad, el nivel socioeconómico, cultura, religión entre otras.

Sobre los factores asociados al nivel de conocimiento, se observó que cerca del 70% de las participantes que tienen pareja (esposo o conviviente) tienen un alto nivel de conocimiento, siendo esta relación significativa congruente con lo encontrado en mujeres mayores de 50 años en Cartagena, Colombia (48) y en mujeres de Arabia Saudita (46). Estos resultados demuestran la importancia del apoyo mutuo entre las parejas en la toma de decisiones sobre su salud y como las mujeres con pareja puede

ser positivamente motivadas para realizarse exámenes preventivos como la mamografía (48).

Por otro lado, la prueba de chi-cuadrado reveló que aquellas mujeres con ≤ 2 gestaciones mostraron un mayor nivel de conocimiento con respecto a aquellas con mayor número de gestaciones, siendo este resultado incongruente con lo observado por otros estudios en donde las mujeres con mayor número de hijos tenían un mayor nivel de conocimiento al tener mayor acceso a información sobre las mamografías por su mayor número de visitas por sus chequeos prenatales (41,46).

Nuestros resultados también muestran una relación directa entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento; de hecho, el mayor porcentaje de mujeres con un alto nivel de conocimiento se observó en aquellas con un nivel educativo superior. Este resultado es congruente con lo encontrado en mujeres de un Hospital de Ayacucho (18,41), en mujeres de un hospital de Chachapoyas (45), en mujeres de Arabia Saudita (46) y en mujeres de Colombia (48). La mayor educación permite mayor acceso a información y mejor comprensión de esta y su importancia como método de diagnóstico temprano de cáncer de mama.

Sobre la ocupación de las encuestadas, se observó que aquellas que trabajan de forma dependiente presenta un mayor porcentaje de nivel de conocimiento alto. A pesar que este resultado es similar a encontrado por un estudio previo (45), otros encontraron relación significativa con algún tipo de ocupación de sus participantes (41). La mayor participación de las mujeres en el mercado laboral se puede dar

mayormente por el aumento nivel educativo, y, en efecto, en esta investigación, el mayor nivel de conocimiento se observa en mujeres con nivel superior.

La participación se define como la noción sobre algún tema que se desea realizar, y respecto a la mamografía se determinó como las acciones de las participantes frente a esta actividad (49). Nuestros resultados revelan que solo un tercio (33.2%) de las mujeres entrevistadas mostró tener una adecuada practica participativa ante una mamografía. En general, nuestra búsqueda bibliográfica no encontró estudios sobre la determinación de los niveles de participación en esta población de estudio y describen la participación como el porcentaje de mujeres que se realizan una mamografía. En esa misma línea, otros investigadores encontraron que solo el 8.6% de mujeres en Jordania de entre 40 a 69 años se habían realizado una mamografía (24); mientras que, en base a los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) se reportó que cerca del 17% de mujeres entre 40 a 49 años en Perú se han realizado al menos una vez una mamografía (50). De hecho, estudiar esta variable es de mucha importancia para prevenir y/o reducir la mortalidad de esta enfermedad; por ejemplo, un estudio encontró que aquellas mujeres que participaron en alguna mamografía tuvieron una reducción de hasta 41% de muerte por cáncer de mama dentro de los próximos 10 años y aquellas con diagnóstico avanzado por mamografía mostraron una reducción del 25% (37).

Con respecto a los factores asociados a la conducta participativa a la mamografía, nuestros resultados mostraron que el 67.1% mujeres con pareja (casadas y/o convivientes) mostraron un nivel alto de participación mostrando una vez más la

importancia de la pareja para no solo la adquisición de información sobre esta enfermedad sino también para la toma de decisiones pues como es conocido, uno de los factores para el rechazo a la mamografía es el miedo a un resultado negativo (20). Estos resultados son contrarios a los encontrados por otros (24,50), pero estas diferencias pueden derivarse al instrumento utilizado en el presente estudio, a las muestras estudiadas en cada estudio y a diferencias socioculturales.

Otro factor que tuvo una relación significativa con la actitud participativa de las encuestadas fue su nivel educativo en donde, al igual que con el nivel de conocimiento, aquellas voluntarias con niveles académicos más elevados presentaron una mayor participación, siendo este resultado similar al encontrado por otros (24). Es importante esta congruencia entre los resultados observados entre el grado de educación de las mujeres encuestadas y sus niveles de conocimiento y participación pues permite sugerir una relación la obtención de información y la decisión futura de realizarse una mamografía. A pesar de esta importancia, mayores estudios se requieren para confirmar estos resultados pues estudios en nuestro país (50) y con diferentes etnias raciales en Estados Unidos (22) no encuentran relación entre las variables estudiadas y el nivel educativo.

Además, sobre los antecedentes personales y del entorno de las participantes, se encontró que aquellas voluntarias con diagnóstico previo de cáncer de mama o con amigos y/o familiares con el mismo resultado presentan una significativa mayor actitud participativa hacia la mamografía, siendo estos resultados congruentes con los observados por otros estudios (24). También es importante notar que el nivel de

conocimiento encontrado en este estudio no tuvo relación con los antecedentes de esta enfermedad en nuestras voluntarias, sugiriendo que el diagnóstico positivo previo a nivel personal o en el entorno puede ser una motivación más fuerte para que las mujeres puedan decidir participar en una mamografía.

Cuando se evalúa los niveles de conocimiento y participación, la prueba de Chi-cuadrado encuentra relación significativa entre ambas variables, y aunque el análisis de correlación muestra una asociación baja, es importante resaltar que la decisión de las mujeres para realizarse una mamografía se basa, entre otros, en su grado de conocimiento sobre esta prueba. Por otro lado, el hecho de que el estado civil y el nivel educativo fueran factores que se relacionaron significativamente con el conocimiento y la participación puede sugerir la creación de modelos estadísticos donde se determine el grado de influencia de estas variables con la asociación entre conocimiento y participación. Lo mismo se sugiere con los antecedentes personales y del entorno de diagnóstico de cáncer de mama. Además de lo mencionado, nuestros resultados son importantes porque pueden dar una guía para direccionar las estrategias de concientización sobre la mamografía como método de diagnóstico preventivo para el cáncer de mama y así reducir la mortalidad por esta enfermedad. De hecho, estudios previos afirman que la identificación de los factores que influyen en la realización de la mamografía debe ser considerado un objetivo fundamental para lograr el éxito de los programas de descarte por medio de esta prueba (51,52).

A pesar de que nuestros resultados ayudan a elucidar por primera vez los factores relacionados con el nivel de conocimiento y participación de exámenes mamográficos en mujeres que asisten al Hospital General de Jaén-Cajamarca, nuestro estudio presenta algunas limitaciones como la inclusión de la relación de los factores socioeconómicos de las voluntarias y el nivel educativo de las parejas de las voluntarias, los cuales han demostrado ser variables relacionadas a la decisión de realizarse una prueba mamográfica por otros autores (24,50). Al desarrollarse en pacientes del Hospital General de Jaén, aunque puede ser un buen indicativo de factores, los resultados del presente estudio no pueden extrapolarse a mujeres que se atienden en otros centros de salud, incluyendo a aquellas entidades privadas.

Además, se recomiendan futuros estudios con muestras más grandes de la población de Jaén para conocer si los resultados observados en esta investigación son similares y la inclusión de variables socioeconómicas en el análisis para ampliar el conocimiento sobre los factores que pudieran estar asociados a los niveles de conocimiento y participación en diagnósticos mamográficos. Se recomienda, además, que en base a los resultados de este estudio realizar campañas de educación que ayuden a concientizar sobre la importancia de los análisis mamográficos como medio preventivo contra el cáncer de mama en base a la ruptura de creencias o mitos.

VI. CONCLUSIONES

- Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años en el Hospital General de Jaén en el año 2022, como valor se obtuvo $r=0.333$, esto se determina mediante la tabla coeficiente de correlación de Pearson que describen este valor que existe una relación positiva entre ambas variables.
- El nivel de conocimiento sobre la mamografía es deficiente, teniendo un 23.1% de nivel alto, un 49.4% medio y 27.5% bajo. Por lo tanto, se considera que el nivel de conocimiento de las participantes es medio.
- El nivel de participación frente a la mamografía es de deficiente, teniendo un 33.2% de nivel alto, 12.2% de nivel medio y 54.6% nivel bajo. Por lo tanto, se considera que el nivel de la participación hacia la mamografía es bajo.
- Los Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de conocimiento son:
 - Estado civil ($p=0.001$)
 - Número de Gestaciones ($p=0,001$)
 - Nivel educativo ($p=0.001$)
 - Ocupación ($p=0.001$)

Encontrando así la relación entre estas variables, como resultado nos da valores estadísticamente significantes.

- Los Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de participación son:

- Estado civil ($p=0.025$)
- Nivel educativo ($p=0.001$)
- Antecedentes personales ($p=0.047$)
- Entorno sobre un diagnóstico previo de Cáncer de mama ($p=0.005$)

Encontrando así la relación entre estas variables, como resultado nos da valores estadísticamente significantes.

- El nivel de asociación entre el nivel de conocimiento y participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años en el Hospital General de Jaén en el año 2022 es bajo, debido al coeficiente de correlación entre estas variables que fue de $r=0.333$, este valor se describe mediante la tabla de correlación de Pearson como una correlación positiva baja, por lo tanto, se determina que existe una asociación baja entre estas variables.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima SM, Khem RD, Terry MB. Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 38:100985. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34278281/>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 71:209-249. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
3. Abugattas J, Manrique J, Vidaurre T. Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 15 de enero de 2020]; 61(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300018
4. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* [Internet]. 2015 [citado 15 de noviembre de 2021];24:1495–506. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26359465/>
5. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends - An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 2016 [citado 15 de noviembre de 2021];25:16–27. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667886/>
6. Hashim D, Boffetta P, La Vecchia C, Rota M, Bertuccio P, Malvezzi M, et al. The global decrease in cancer mortality: trends and disparities. *Ann Oncol* [Internet]. 2016 [citado 5 de noviembre de 2021];27:926–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802157/>
 7. Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2005 [citado 15 de noviembre de 2021];34:405–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15737977/>
 8. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, Fidler-Benaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020 [citado 15 de noviembre de 2021];8:e1027-e1037. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15737977/>
 9. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Cáncer de mama 2021 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS): Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer [Internet]. Peru, Source: GLOBOCAN 2020. 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
 11. Ramos Muñoz, Willy Cesar, Medina Osis JL, Guerrero León PC. Análisis de Lea Situación Del Cáncer En El Perú, 2018. Ministerios de Salud (MINSA) [Internet]. 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]. Disponible en:

https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf

12. Organización Panamericana de la Salud (PAHO) [Internet]. Detección temprana: concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas. 2015 [citado 8 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/deteccion-temprana.pdf>
13. Delgado D., Huamaní M. Factores asociados a la toma de mamografía en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2015. An Fac Med [Internet]. 2019 [citado 10 de enero de 2020]; 80(3):327-331. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16204>
14. Álvarez M, Cara M. Capítulo 1. Introducción al diagnóstico por la imagen de la mama. España: Sociedad Española de Radiología Médica [Internet]; 2015. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2015/01/Cap%C3%ADtulo_1_Introduccion.pdf
15. American Cancer Society (ACS) [Internet]. Riesgo y prevención del cáncer de seno. 2018 [citado 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion.html>
16. Gerencia de Atención Integral a la mujer y a la niñez [Internet]. Guía técnica de prevención y control del cáncer a la mama. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2006 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf

17. Blanco S. Guía de controles de calidad mínimos para equipos digitalizados (CR). Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2015. [Acceso el 15 de enero del 2020]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento193.pdf>
18. Román S. Conocimientos sobre la Mamografía en las Pacientes del Hospital Regional de Ayacucho - 2017. [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Tecnología Médica; 2017. [citado 16 de marzo del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2137>
19. Erdem Ö, Toktaş İ. Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Breast Self-Examination and Mammography among Female Primary Healthcare Workers in Diyarbakır, Turkey. Biomed Res Int [Internet]. 2016;2016:6490156. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27123449/>
20. El Asmar M, Bechnak A, Tarifas J, Al Oweini D, Alrazim A, El Achkar A, et al. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Breast Cancer amongst Lebanese Females in Beirut. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2018 [citado 16 de marzo de 2020]; 19(3): 625-631. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16205>
21. Orellana M, Pereira M, Ramos G. Limitantes, actitudes y prácticas ante la toma de mamografía en las pacientes que consultan en las UCSF I Gotera, UCSF B San Luis Meanguera, UCSF B El Mozote, en el periodo comprendido entre marzo – agosto del 2016. [Tesis]. [San Salvador]: Universidad de El Salvador; 2016. [citado 16 de marzo del 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16205/>
22. Melvin C, Jefferson M, Rice L, Cartmell K, Hughes C. Predictors of Participation in Mammography Screening among Non-Hispanic Black, Non-

- Hispanic White, and Hispanic Women. *Front Public Health* [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2020]; 4:188. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012250/>
23. Kwok C, Endrawes G, Fan C. Cultural Beliefs and Attitudes About Breast Cancer and Screening Practices Among Arabic Women in Australia. *Cancer Nurs* [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo del 2020]; 39(5): 367-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26645110/>
24. Abu-Helalah M, Alshraideh H, Al-Serhan A, Kawaleet M, Nesheiwat A. Knowledge, barriers and attitudes towards breast cancer mammography screening in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2015 [citado 11 de marzo del 2020];16(9):3981-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25987073/>
25. Chimbo M, Mejía M. Conocimientos, actitudes y practicas sobre la mamografía que tienen las mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2015. [Tesis]. [Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015. [citado 11 de marzo del 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23219>
26. Gosein M, Pinto S, Narinesingh D, Ameeral A. Breast cancer and mammography: knowledge, attitudes, practices and patient satisfaction post-mammography at the San Fernando General Hospital, Trinidad. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2014 [citado 20 de noviembre de 2021]; 25(1): 142-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24509017/>

27. Municipalidad Provincial de Jaén [Internet]. Plan de Desarrollo Urbano Ciudad de Jaén 2013 – 2025, Resumen Ejecutivo. Perú; 2012 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en:
<https://munijaen.gob.pe/documentos/proyecto1/RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
28. Instituto Peruano de Economía [Internet]. Pobreza 2020: El Perú retrocede 10 años. 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.ipe.org.pe/portal/pobreza-2020-el-peru-retrocede-10-anos/>
29. Plataforma Única del Estado (Gob.pe). 83 casos diagnosticados de cáncer en los dos primeros meses del 2022 en Jaén. Perú; 2022 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/hospitaljaen/noticias/600579-83-casos-diagnosticados-de-cancer-en-los-dos-primeros-meses-del-2022-en-jaen>
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [Internet]. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2020. Perú; 2021 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/
31. Suasnabar Reyes SC. Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis: San Juan de Miraflores, 2011. [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. 9p. [citado 12 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/1309>

32. Toledo León IA. Conocimientos y Prácticas sobre la mamografía en las mujeres en edad fértil del barrio de Colinas Lojanas. [Tesis]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2015. [citado 12 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11591>
33. Alvizuri-Prado LA. Conocimiento y Actitudes y su relación con las prácticas sobre el examen de mamografía en pacientes con implantes mamarios, Clínica Monterrico – 2021. [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. 12p. [citado 12 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17013>
34. Soto Atahuaman TJ. Nivel de autoestima en adolescentes del 3ro, 4to, y 5to grado de secundaria en la institución educativa 2040 República de Cuba, Comas – 2015. [Tesis]. [Perú]: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/243/Soto_TJ_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Camus Torrejón JP, Figueroa Chávez LA, Domínguez Moreno OA. Nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad en la obtención y procesamiento de muestras COVID-19 en personal de laboratorio clínico de Lima Metropolitana-2021. [Tesis]. [Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. 11,12p. [citado 12 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9751>
36. Afaya A, Seidu AA, Sang S, Yakong VN, Afaya RA, Shin J, et al. Mapping evidence on knowledge of breast cancer screening and its uptake among women

- in Ghana: a scoping review. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2022 [citado 10 de noviembre de 2023]; 22(1):526. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35443647/>
37. Duffy SW, Tabár L, Yen AM, Dean PB, Smith RA, Jonsson H, et al. Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549,091 women. Cancer [Internet]. 2020 [citado 10 de noviembre de 2023]; 126(13):2971-2979. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32390151/>
38. Tsuruda KM, Veierod MB, Houssami N, Waade GG, Mangerud G, Hofvind S. Women's conceptual knowledge about breast cancer screening and overdiagnosis in Norway: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2021 [citado 10 de noviembre de 2023]; 11:e052121. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34907059/>
39. Camejo N, Amarillo D, Castillo C, Bernate M, Burguez F, Darino E, et al. Conocimiento y uso de las distintas herramientas de tamizaje del cáncer de mama entre médicos del primer nivel de atención: un estudio transversal. Rev Med Urug [Internet]. 2022 [citado 10 de noviembre de 2023]; 38(3):e38305. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v38n3/1688-0390-rmu-38-03-e204.pdf>
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [Internet]. Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018. Perú; 2020 [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf

41. Castro E, García C. Factores asociados al nivel de conocimientos y aceptación de la mamografía en mujeres mayores de 40 años. Hospital II EsSALUD de Ayacucho. Febrero – Abril 2017. [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2017. [citado 10 de noviembre de 2023] Disponible en:
https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/2681/1/TESIS%20O803_Cas.pdf
42. Aldhafeeri FM. Knowledge and Attitudes of Breast Cancer, Breast Self-Examination and Mammography among Female Students in Saudi Arabia, 2020. Indian Journal of Public Health Research & Development [Internet]. 2020 [citado 10 de noviembre de 2023]; 11(11):292-298. Disponible en:
<https://medicopublication.com/index.php/ijphrd/article/view/11387/10518>
43. Marinho LAB, Cecatti JG, Osis MJD, Gurgel MSC. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 10 de noviembre de 2023]; 42(2):200–207. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/w7yjKHZfrzsfZSwfYnnpKvS/?lang=en#>
44. Taher TMJ, Hilfi TA, GhaziHF. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Mammography Among Women in Baghdad City, Iraq: Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Mammography Among Women in Baghdad City, Iraq. IqNJM [Internet]. 2021 [citado 10 de noviembre 20243]; 3(2):81-90. Disponible en: <https://iqnjm.com/index.php/homepage/article/view/53>
45. Novoa E. Nivel de conocimiento sobre el auto-examen de mama y mamografía en las pacientes del servicio de radiología, Hospital I Base Higos Urco –

EsSALUD Chachapoyas – 2013. [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2013. [citado 10 de noviembre de 2023]
Disponibile en:

https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/227/FE_142.pdf?sequence=1&isAllowed=y

46. Al-Wassia RK, Farsi NJ, Merdad LA, Hagi SK. Patterns, knowledge, and barriers of mammography use among women in Saudi Arabia. Saudi Med J [Internet]. 2017 [citado 10 de noviembre 20243]; 38(9):913-921. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654025/>

47. Alqahtani T, Alqahtani AM, Alshahrani SM, Orayj K, Almanasef M, Alamri AH, et al. Assessment of knowledge and practice of mammography and breast self-examination among the general female population in Asir region of KSA. Eur Rev Med Pharmacol Sci [Internet]. 2021 [citado 10 de noviembre 20243]; 25(23):7231-7237. Disponible en:

<https://www.europeanreview.org/article/27416>

48. Castillo-Ávila IY, Bello-Triana LF, Castillo-Martelo L, Moscote-Villadiego G, Orozco-Payares WP, Velasco-Medrano EM, et al. Factores asociados al uso de mamografía en mujeres mayores de 50 años. Cartagena. Rev Cienc Salud [Internet]. 2014 [citado 10 de noviembre 2023]; 12(2):183-93. Disponible en:

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3077/2457>

49. Kujawa H, Pinto RS, Leles FAG, Machado FV. Participação em saúde como elemento indissociável para o fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2023 [citado 10 de noviembre 20243]; 47:e109. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57764/v47e1092023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

50. Alegría-Delgado D, Huamani-Navarro M. Factores asociados a la toma de mamografía en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2015. An Fac Med [Internet]. 2019 [citado 10 de noviembre 2024]; 80(3):327-31. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n3/a09v80n3.pdf>

51. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, Carretero S, Tuells J. Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la Comunidad Valenciana. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2004 [citado 10 de noviembre 2023]; 78(1):65-82. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000100007&lng=es.

52. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, García V, Ibáñez E. Participación en cribados mamográficos y creencias en salud: Una perspectiva de proceso. Psicooncología [Internet]. 2007 [citado 10 de noviembre 2023]; 4(2-3):345-365. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2511196&orden=161086&info=link>

VIII. TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

Características sociodemográficas	Frecuencia (%)
<i>Edad (años)</i> (Media \pm DS)	49.5 \pm 6.1
\leq 44 años	60 (26.2)
45 a 54 años	111 (48.5)
\geq 55 años	58 (25.3)
<i>Número gestaciones</i> (Media \pm DS)	3.0 \pm 1.8
\leq 2	100 (43.7)
3 a 4	90 (39.3)
\geq 5	39 (17.0)
<i>Estado civil</i>	
Soltera	58 (25.3)
Casada	64 (28.0)
Conviviente	91 (39.7)
Separada	10 (4.4)
Viuda	6 (2.6)
<i>Educación</i>	
Ninguna	6 (2.6)
Primaria	39 (17.0)
Secundaria	99 (43.2)
Superior	85 (37.1)
<i>Ocupación</i>	
Ama de casa	82 (35.8)
Dependiente	75 (32.8)
Independiente	61 (26.6)
Jubilada	5 (2.2)
Otros	6 (2.6)
<i>Religión</i>	
Ninguna/Ateo	7 (3.1)
Cristiana católica	140 (61.1)
Cristiana evangélica	70 (30.6)
Otras	12 (5.2)
<i>¿Alguna vez ha sido diagnosticada con cáncer de mama?</i>	3 (1.3)
<i>¿Conoce si alguien de su entorno ha sido diagnosticado con cáncer de mama?</i>	43 (18.8)

Tabla 2. Puntajes en los cuestionarios de conocimiento y participación en mamografías

	Media (DS)
Puntaje de conocimiento	8.86 (3.72)
Puntaje de participación	3.55 (3.24)

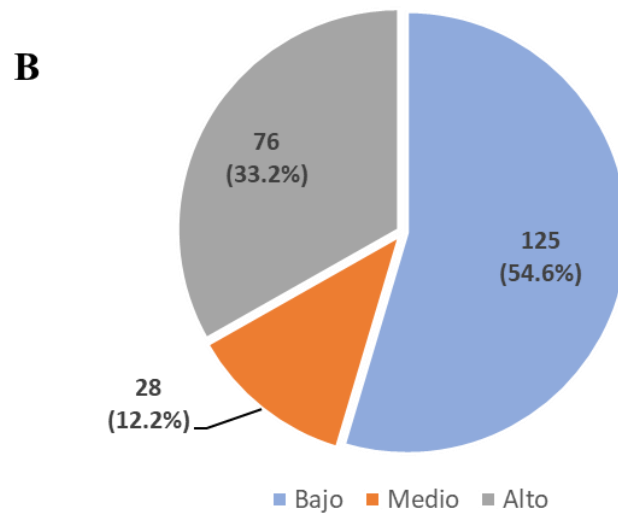
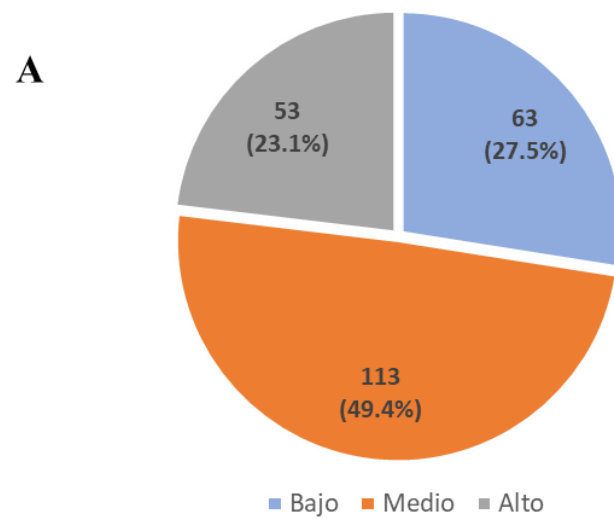


Figura 1. Niveles de conocimiento (A) y participación (B) en mamografías

Tabla 3. Nivel de conocimiento según características sociodemográficas

	Conocimiento bajo n (%)	Conocimiento medio n (%)	Conocimiento alto n (%)	Valor X ² Valor p
Edad				
≤ 44 años	16 (25.4)	27 (23.9)	17 (32.1)	1.278, 0.538
45 a 54 años	35 (55.6)	54 (47.8)	22 (41.5)	2.316, 0.310
≥ 55 años	12 (19.0)	32 (28.3)	14 (26.4)	1.881, 0.405
Estado civil				
Soltera	14 (22.2)	30 (26.5)	14 (26.4)	0.443, 0.815
Casada	14 (22.2)	24 (21.2)	26 (49.1)	15.279, 0.001
Conviviente	29 (46.0)	51 (45.1)	11 (20.8)	10.391, 0.006
Separada	3 (4.8)	5 (4.4)	2 (3.8)	0.069, 0.966
Viuda	3 (4.8)	3 (2.8)	0 (0.0)	2.262, 0.369
Número de gestaciones				
≤ 2	20 (31.7)	46 (40.7)	34 (64.2)	13.082, 0.001
3 a 4	33 (52.4)	42 (37.2)	15 (28.3)	7.422, 0.024
≥ 5	10 (15.9)	25 (22.1)	4 (7.5)	5.508, 0.064
Educación				
Ninguna	2 (3.2)	2 (1.8)	2 (3.8)	0.672, 0.762
Primaria	16 (25.4)	21 (18.6)	2 (3.8)	9.906, 0.006
Secundaria	28 (44.4)	58 (51.3)	13 (24.5)	10.610, 0.006
Superior	17 (27.0)	32 (28.3)	36 (67.9)	28.071, 0.001
Ocupación				
Ama de casa	19 (30.2)	53 (46.9)	10 (18.9)	13.543, 0.001
Dependiente	21 (33.3)	25 (22.1)	29 (54.7)	17.415, 0.001
Independiente	20 (31.7)	32 (28.3)	9 (17.0)	3.534, 0.166
Jubilada	2 (3.2)	2 (1.8)	1 (1.9)	0.402, 0.844
Otros	1 (1.6)	1 (0.9)	4 (7.5)	6.640, 0.038
Religión				
Sigue alguna religión	60 (95.2)	111 (98.2)	51 (96.2)	1.650, 0.528
¿Alguna vez ha sido diagnosticada con cáncer de mama?				
Si	0 (0.0)	2 (1.8)	1 (1.9)	1.157, 0.607
¿Conoce si alguien de su entorno ha sido diagnosticado con cáncer de mama?				
Si	12 (19.0)	21 (18.6)	10 (18.9)	0.049, 0.999

Tabla 4. Nivel de participación según características sociodemográficas

	Participación baja n (%)	Participación medio n (%)	Participación alto n (%)	Valor X ² Valor p
Edad				
≤ 44 años	38 (30.4)	8 (28.6)	14 (18.4)	3.600, 0.168
45 a 54 años	59 (47.2)	15 (53.6)	37 (48.7)	0.374, 0.863
≥ 55 años	28 (22.4)	5 (17.9)	25 (32.9)	3.694, 0.159
Estado civil				
Soltera	35 (28.0)	3 (10.7)	20 (26.3)	3.673, 0.163
Casada	26 (20.8)	9 (32.1)	29 (38.2)	7.351, 0.025
Conviviente	55 (44.0)	14 (50.0)	22 (28.9)	5.875, 0.055
Separada	5 (4.0)	0 (0.0)	5 (6.6)	1.675, 0.367
Viuda	4 (3.2)	2 (7.1)	0 (0.0)	4.475, 0.082
Número de gestaciones				
≤ 2	47 (37.6)	14 (50.0)	39 (51.3)	4.134, 0.132
3 a 4	51 (40.8)	10 (35.7)	29 (38.2)	0.310, 0.874
≥	27 (21.6)	4 (14.3)	8 (10.5)	4.152, 0.123
Educación				
Ninguna	2 (1.6)	0 (0.0)	4 (5.3)	2.478, 0.312
Primaria	26 (20.8)	7 (25.0)	6 (7.9)	7.550, 0.020
Secundaria	64 (51.2)	9 (32.1)	26 (34.2)	7.157, 0.028
Superior	33 (26.4)	12 (42.9)	40 (52.6)	14.384, 0.001
Ocupación				
Ama de casa	51 (40.8)	8 (28.6)	23 (30.3)	3.010, 0.231
Dependiente	36 (28.8)	10 (35.7)	29 (38.2)	2.006, 0.373
Independiente	33 (26.4)	10 (35.7)	18 (23.7)	1.523, 0.470
Jubilada	3 (2.4)	0 (0.0)	2 (2.6)	0.386, 0.999
Otros	2 (1.6)	0 (0.0)	4 (5.3)	2.478, 0.312
Religión				
Sigue alguna religión	123 (98.4)	26 (92.9)	73 (96.1)	3.039, 0.178
¿Alguna vez ha sido diagnosticada con cáncer de mama?				
Si	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.9)	6.159, 0.047
¿Conoce si alguien de su entorno ha sido diagnosticado con cáncer de mama?				
Si	15 (12.0)	5 (17.9)	23 (30.3)	10.354, 0.005

Tabla 5. Análisis de Chi-cuadrado entre el nivel de participación y el nivel de conocimiento

Niveles de conocimiento	Niveles de participación			Valor X² Valor p	Coefficiente de correlación (r) Valor p
	Baja, n (%)	Medio, n (%)	Alto, n (%)		
Bajo, n (%)	40 (32.0)	11 (39.3)	12 (15.8)	8.446; 0.015	-0.156; 0.019
Medio, n (%)	70 (56.0)	12 (42.9)	31 (40.8)	4.912; 0.086	-0.142; 0.032
Alto, n (%)	15 (12.0)	5 (17.9)	33 (43.4)	26.735; 0.001	0.333; 0.0001

ANEXOS

ANEXO I: Matriz operacional de variables.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Método
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022.</p>	<p>Hipótesis General Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022.</p>	<p>Nivel de Conocimiento sobre mamografía</p> <p>Nivel de participación sobre mamografía</p>	<p>Bajo Regular Bueno</p> <p>Bajo Regular Bueno</p>	<p>Diseño de investigación: Cuantitativo no experimental de tipo descriptivo no correlacional de corte transversal</p> <p>Población (N): Mujeres entre 40 a 60 años de edad que acudan al Hospital General de Jaén entre diciembre del 2022 a febrero del 2023</p> <p>Muestra (n): 202 mujeres Según a la determinación del tamaño de una muestra a partir de una proporción para población conocida o finita</p> <p>Instrumento: Cuestionario con cuatro secciones: 1. Consentimiento informado 2. Características sociodemográficas 3. Conocimiento sobre mamografías 4. Participación sobre vacunación</p>
<p>Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca, año 2022?</p> <p>¿Cuál es el nivel de participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca, año 2022?</p> <p>¿Cuáles son los factores que se asocian con los niveles de conocimiento y participación sobre la mamografía de mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca, año 2022?</p> <p>¿Cuál es el nivel de asociación entre los niveles de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022?</p>	<p>Objetivo Específicos Determinar el nivel de conocimiento sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca, año 2022.</p> <p>Determinar el nivel de participación frente a la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca, año 2022.</p> <p>Determinar los factores asociados a los niveles de conocimiento y participación sobre la mamografía de mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca, año 2022.</p> <p>Determinar el nivel de asociación entre los niveles de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022.</p>	<p>Hipótesis Específica Existe un alto grado de asociación entre los niveles de conocimiento y la participación sobre la mamografía en mujeres de 40 a 60 años del Hospital General de Jaén - Cajamarca el año 2022.</p>	<p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Educación</p> <p>Ocupación</p> <p>Número de gestaciones declaradas</p> <p>Religión</p> <p>Diagnóstico previo de cáncer</p> <p>Diagnóstico previo de cáncer de mama de alguien del entorno</p>	<p>Años cumplidos</p> <p>Soltera, Casada, Conviviente, Separada o divorciada, viuda</p> <p>Ninguna, Primaria, Secundaria, Superior técnica, Superior universitarias</p> <p>Ama de casa, dependiente, independiente, jubilada</p> <p>Número de gestaciones declaradas</p> <p>Cristiano católico, Cristiano evangélico, Ninguna, Otra</p> <p>No Sí</p> <p>No Sí</p>	

ANEXO II: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio:

CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN CULTURAL SOBRE LA MAMOGRAFIA EN MUJERES DE 40 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN-CAJAMARCA, 2021.

Investigadores: ALEGRE LUISY, CALDERÓN DAYANE, LEYVA CRISTEL

Propósito del estudio:

Como paciente mujer que asiste al Hospital Regional de Jaén, le invitamos a participar de forma voluntaria y anónima en este estudio que tiene como finalidad determinar el nivel de conocimiento y la participación sobre la mamografía. El presente estudio será realizado por investigadores de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina “Alberto Hurtado” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con la finalidad de determinar cuánto conocen las pacientes sobre la mamografía y su nivel de participación en dicha evaluación.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar voluntariamente en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario que contiene tres secciones:

1. La primera, 8 preguntas de carácter sociodemográfico para conocer las características de los voluntarios
2. La segunda, contiene 20 preguntas con el propósito de determinar el nivel de conocimiento acerca de la mamografía.
3. La tercera, contiene 10 preguntas que nos ayudarán conocer las prácticas que se realizan previas a un estudio de mamografía.

Cabe resaltar que ninguna de las preguntas está dirigida a conocer sobre su identidad, ni ningún otro detalle que permita identificarlo.

Riesgos:

La naturaleza del estudio se base en la recolección de información sobre su conocimiento y participación ante la mamografía mediante la aplicación de un cuestionario. Si alguna de las preguntas le genera incomodidad, Usted será libre de contestarlas o no, o incluso abandonar el estudio sin ningún perjuicio.

El estudio no incluye ningún procedimiento invasivo, por lo que no se prevén riesgos por participar de la presente encuesta.

Beneficios:

Usted no recibirá un beneficio directo por participar voluntariamente en este estudio, pero su contribución permitirá generar información que puede ayudar a las autoridades del Hospital General de Jaén implementar mejores programas de intervención para promover el examen mamográfico como método preventivo o de detección temprana del cáncer de mama.

Por otro lado, al finalizar el cuestionario recibirá un díptico informativo sobre la importancia y beneficios de la mamografía.

Costos e incentivos:

Usted no realizara ningún pago por participar en el estudio, los costos serán cubiertos por las investigadoras. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, ni de otra índole.

Confidencialidad:

Las investigadoras garantizan que la información que sea recolectada se mantendrá completamente anónima. Al aceptar participar en el estudio, los nombres y apellidos de cada voluntario serán asociados a un código y solo los investigadores tendrán acceso a dicha información. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Uso futuro de información:

Deseamos almacenar los datos recolectados en esta investigación hasta que los resultados puedan ser publicados y presentados a las autoridades del Hospital General de Jaén. Durante este periodo, los datos almacenados no estarán asociados a nombres ni otro dato personal que lo pudiera identificar. Una vez presentados los resultados, los datos serán eliminados.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puedes retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene a duda en alguna pregunta sobre el estudio o el cuestionario, por favor no dude en acercarse a la investigadora Luisy Massiel Alegre Torre para resolver sus dudas al celular

██████████

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la finalidad del mismo.

PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, DEBE MARCAR LAS DOS OPCIONES

- Declaro que mi rango de edad es de 40 a 60 años.

Estoy de acuerdo para participar en este estudio voluntariamente. Entiendo completamente las actividades involucradas si decido participar. También entiendo que puedo negarme a participar sin consecuencias.

<hr/> Firma del Participante Nombre: DNI:	<hr/> Investigadora Principal Nombre: Luisy Massiel Alegre Torre DNI: 73052587
--	---

ANEXO III: Preguntas sociodemográficas

Estimada Sra., en esta primera parte del cuestionario queremos conocer algunos aspectos sociodemográficos. Recuerde que su identidad y datos serán mantenidos de forma confidencial:

1. Edad (años cumplidos): _____	2. Estado Civil: a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Separada/Divorciada e. Viuda
3. Educación a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Superior técnica e. Superior Universitaria	4. Ocupación a. Ama de casa b. Trabajadora dependiente c. Trabajadora independiente d. Jubilada e. Otros
5. Número de hijos (propios): _____	6. Religión a. Ninguna/Ateo b. Cristiana católica c. Cristiana evangélica d. Otras: _____
7. ¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer de mama? a. No b. Sí	8. ¿Conoce a alguien de su entorno que ha tenido cáncer de mama? a. No b. Sí

ANEXO IV: Cuestionario sobre el conocimiento sobre la mamografía

Estimada Sra., a continuación, se le presenta una serie de preguntas con el propósito de poder conocer sus opiniones, por favor espero pueda contestar con total sinceridad:

<p>1. Para Ud. ¿Qué es la mamografía?</p> <p>a) Un tratamiento de las mamas. b) Una evaluación clínica de las mamas. c) Un examen radiográfico. d) Una muestra de laboratorio de cada mama.</p>	<p>2. ¿Qué médico especialista debería de indicar un examen mamográfico?</p> <p>a) Un médico general. b) Un ginecólogo. c) Un tecnólogo médico. d) Un médico radiólogo.</p>
<p>3. ¿Para qué cree Ud. que su médico solicito el examen?</p> <p>a) Para aliviar el dolor en las mamas. b) Porque es obligatorio. c) Para descartar lesiones en la mama. d) Porque la radiación curara cualquier enfermedad.</p>	<p>4. ¿A qué edad Ud. Cree que debería realizarse una mamografía?</p> <p>a) Mayor de 20 años. b) Mayor de 30 años. c) Mayor de 40 años. d) Mayor de 50 años.</p>
<p>5. ¿Qué cree Ud. que le pasara a la mama durante el examen?</p> <p>a) Sera agrandada. b) Se le colocara electrodos. c) Será comprimida. d) Se le inyectara sustancia de contraste.</p>	<p>6. ¿En qué posición se le realizara el examen?</p> <p>a) Parada. b) Echada boca arriba. c) Echada boca abajo. d) Sentada.</p>
<p>7. Sobre las radiografías a la mama, Marque la alternativa correcta</p> <p>a) Solo se le tomara radiografía de la mama que le duele. b) Solo se le tomara radiografía de la mama que no le duele. c) No se le tomara nada. d) Se tomará radiografías de ambas mamas.</p>	<p>8. Sabe Ud. ¿porque se le comprime la mama?</p> <p>a) Para evitar pliegues en la mama. b) Para ver más pequeña la mama. c) Para tener imágenes más claras de la mama. d) Para evitar el dolor.</p>
<p>9. ¿Porque no debe colocarse lociones, cremas, desodorantes antes del examen?</p> <p>a) Porque se queda pegado en la máquina. b) Porque puede irritar la piel de la mama. c) Para evitar que aparezca en la imagen.</p>	<p>10. ¿Cuál es la finalidad de depilarse las axilas antes del examen?</p> <p>a) Por estética. b) Por higiene. c) Porque puede aparecer en la imagen. d) Porque la radiación puede quemar los vellos.</p>

<p>d) Porque le molesta el olor a la tecnóloga.</p>	
<p>11. ¿Porque es importante la higiene de las mamas antes del examen? a) Por imagen personal. b) Para mejorar la calidad de la imagen. c) Para no incomodar a la tecnóloga. d) Para no ensuciar el equipo.</p>	<p>12. ¿Por qué cree Ud. que se debe realizar el examen después de haber menstruado? a) Porque el olor incomoda a la tecnóloga. b) Para evitar el aumento de sensibilidad de la mama. c) Porque no puede ser irradiada durante la menstruación. d) Porque las mamas se achican durante la menstruación.</p>
<p>13. ¿Porque es aconsejable no realizarse el examen durante la lactancia? a) Porque detendría la lactancia. b) Porque dificulta la lectura del examen. c) Porque la radiación fermenta la leche. d) Porque podría producir daño al bebe.</p>	<p>14. En caso de no diagnosticarle algo, ¿Cada cuánto tiempo se debe hacer una mamografía? a) Cada año. b) Cada mes. c) Cada 6 meses. d) Nunca más.</p>
<p>15. Sobre el diagnóstico del cáncer de mama, Marque Ud. la alternativa correcta a) Solo la mamografía detecta el cáncer. b) La mamografía brinda el diagnóstico definitivo. c) La mamografía empeorara su enfermedad. d) La mamografía y ecografía son exámenes complementarios en la detección de lesiones.</p>	<p>16. Sobre la mamografía, Marque Ud. la afirmación correcta. a) La mamografía utiliza alta dosis de radiación. b) La mamografía no usa radiaciones. c) La mamografía utiliza baja dosis de radiación. d) La baja dosis de radiación le causara comezón.</p>
<p>17.Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta a) La mamografía causa cáncer de mama. b) La mamografía la convierte en infértil. c) Después de una mamografía, nunca más podrá dar de lactar. d) Ninguna es correcta.</p>	<p>18. ¿La radiación produce cáncer de tiroides? a) Sí, porque la tiroides es sensible a la radiación b) No, porque la radiación es de baja dosis. c) Sí, porque utiliza mucha radiación. d) No, porque la radiación no causa cáncer.</p>

<p>19. Si la tecnóloga le dice: “La mamografía no causa efectos biológicos”, Ud. cree que es por:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Para ponerla menos nerviosa durante el examen.b) Por el uso de baja dosis de radiación.c) Porque no usa radiaciones.d) Porque la tecnóloga no sabe lo que dice.	<p>20. Porque se dice que la mamografía es un examen de tamizaje</p> <ul style="list-style-type: none">a) Porque incentiva el crecimiento de las mamas.b) Porque puede detectar lesiones en estadios iniciales.c) Porque cura las enfermedades de la mama.d) Porque alivia el dolor de la mama.
---	--

ANEXO V: Cuestionario sobre la participación en exámenes mamográficos

N°	Pregunta	SÍ	NO
1	Se ha realizado alguna vez una prueba mamográfica		
2	Se realiza una mamografía solo cuando el medico lo indica.		
3	La paciente se ha realizado la higiene correspondiente.		
4	Previo al examen mamográfico, cumple con no aplicarse, cremas, talcos, desodorantes o lociones en el cuerpo.		
5	Acude a realizarse la mamografía mínimo 15 días después de su menstruación		
6	Al realizarse la mamografía, se retira la ropa de la cintura para arriba		
7	Se siente cómoda durante la mamografía		
8	Informa al personal sobre alguna molestia o dolor		
9	Le parece correcto seguir las indicaciones del personal durante la mamografía		
10	Acude al médico al recibir (o para recibir) el resultado de su mamografía		

ANEXO VI: Díptico Informativo

¿Qué ES UNA MAMOGRAFIA?

La mamografía es una imagen de la mama tomada con rayos X. Los médicos usan las mamografías para buscar signos de cáncer de mama en sus etapas iniciales.

Se considera la mejor prueba con que cuentan los médicos para detectar el cáncer de mama en sus etapas iniciales, a veces hasta tres años antes de que se pueda sentir.



¡Pueden salvarte la vida! La detección precoz del cáncer de mama reduce el riesgo de morir por la enfermedad en un 25 % a 30 % o más.

¿Quiénes deben realizársela?

Generalmente, se deben realizar al menos una vez al año a partir de los 40 años. Sin embargo, en pacientes de riesgo más elevado y con antecedentes familiares de cáncer de mama en la familia, se recomienda realizarla a edad más temprana y al menos dos veces al año.

Para una mamografía debe tener en cuenta...

- Aunque no se considera una técnica de alto riesgo, se recomienda consultar con su médico antes de decidir realizarse una mamografía.
- Debido al aumento de la sensibilidad en las mamas, es preferible realizar la mamografía después de menstruar.
- No utilizar desodorante, cremas o talco pues pueden alterar el resultado de la prueba.

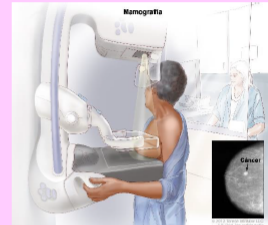
- Durante la prueba puede expresar incomodidad o dolor, pero estas desaparecerán pronto, y tenga en cuenta que los beneficios son mayores.

¿Cómo se realiza una mamografía?

Usted se colocará de pie, desnuda de la cintura para arriba frente al equipo luego la tecnóloga colocará su mama sobre una superficie.

Después, se posicionará la mama haciendo compresión en ella y manteniéndose inmóvil mientras se adquieren las imágenes.

Lo que sienta dependerá de la destreza de la tecnóloga, el tamaño de las mamas y la cantidad de presión que se les tenga que aplicar.



¿Cuáles son los beneficios?

- Las mamografías de exploración reducen el riesgo de cáncer de mama.
- Las mamografías de exploración ayudan al diagnóstico de tumores pequeños.
- Las mamografías de exploración aumentan la posibilidad de detección de pequeños crecimientos de tejidos anormales.
- No queda radiación en el cuerpo de la paciente luego de ser realizado la prueba.

¿Cuáles son los riesgos?

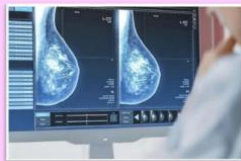
- Aunque la cantidad de radiación es mínima y focalizada en la mama, se recomienda consultar con su médico si se encuentra embarazada.

- La espera por los resultados puede generar ansiedad, pida el apoyo de su familia o un especialista. También coordine con su médico la fecha de entrega de resultados para evitar la angustia.

¿Qué revela la mamografía?

Mientras buscan un posible cáncer, los médicos también pueden encontrar masas o estructuras en la mama que merezcan una investigación adicional, como, por ejemplo:

- Calcificaciones
- Quistes
- Fibroadenomas



Sabías que...

En el mundo, el cáncer de mama constituye la neoplasia con mayor frecuencia y mortalidad en las mujeres.

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más común en toda la población peruana y la primera en las mujeres.

En el diagnóstico intervienen diferentes profesionales la salud como Médicos, Tecnólogos Médicos, Enfermeras y auxiliares.

¡Las mujeres somos fuertes y luchadoras...!

¡Un poco de dolor no nos detiene...!

¡Vamos por la mamografía, vamos por la vida!

