



UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO PREVIO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
MAMOGRAFÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “LAS MERCEDES” DE
JULIO A SETIEMBRE DEL 2018-MINSA-CHICLAYO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TECNÓLOGÍA MÉDICA**

AUTORES:

Bach. TM. Jaime Arturo Serrano Gavelán

Bach. T.M. Simith Villegas Hernández

Chiclayo, 2018

DEDICATORIA

A mi madre “Elena” por ser el motor que impulsó mi formación profesional, por su incondicional apoyo y fortaleza para sacarnos adelante tanto a mi hermana como a mí.

A mi familia y amigos por brindarme los ánimos necesarios para continuar con esta larga travesía que significó una carrera profesional.

Jaime

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza necesaria para mantenerme firme en esta difícil odisea que significó esta carrera universitaria.

A mis padres por ser los principales motivadores de la cristalización de mis sueños, por su confianza y apoyo durante todo el trayecto de la carrera profesional.

Simith

AGRADECIMIENTO

Agradecemos infinitamente a nuestra asesora, la Lic. Fanny Amaya Chunga por el tiempo brindado y la paciencia mostrada durante el largo trayecto que significó la elaboración de este trabajo de investigación.

Agradecemos infinitamente al Jefe del Servicio de Imagenología del Hospital Regional Docente Las Mercedes Dr. Roque Fernández Mundaca por habernos permitido la recolección de datos en dicho centro hospitalario.

Agradecemos cordialmente a la mesa de jurados por brindarnos su tiempo en la revisión y aprobación de este trabajo.

Agradecemos infinitamente a las pacientes por haber contribuido amablemente con el desarrollo de los cuestionarios.

ÍNDICE

<u>DEDICATORIA</u>	02
<u>AGRADECIMIENTO</u>	04
<u>RESUMEN</u>	07
<u>SUMMARY</u>	08
<u>INTRODUCCIÓN</u>	09
<u>CAPITULO I.- EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	10
<u>1.1.- Realidad Problemática</u>	11
<u>1.2.- Formulación del Problema</u>	12
<u>1.3.- Justificación de la Investigación</u>	13
<u>1.4.- Delimitación del Problema</u>	14
<u>1.5.- Objetivos de la Investigación</u>	14
<u>1.5.1.- Objetivo General:</u>	14
<u>1.5.2.- Objetivos Específicos:</u>	14
<u>CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO CIENTIFICO</u>	16
<u>2.1.- Antecedentes de la Investigación</u>	16
<u>2.2.- Bases Teóricas</u>	19
<u>2.3.- Variables</u>	28
<u>2.3.1.- Definición conceptual</u>	28
<u>2.3.2.- Definición operacional</u>	29
<u>2.3.3.- Definición teórica de las dimensiones</u>	29
<u>2.3.4.- Definición teórica de los indicadores</u>	30
<u>2.4.- Operacionalización de variables</u>	32
<u>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</u>	33
<u>3.1.- Tipo de Investigación</u>	34
<u>3.2.- Diseño de investigación</u>	34

<u>3.3.- Universo, población y muestra.....</u>	34
<u>3.4.- Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</u>	35
<u>3.5.- Análisis estadístico y representación de los resultados</u>	35
<u>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</u>	37
<u>Tabla N° 01 :.....</u>	39
<u>Tabla N° 02 :.....</u>	40
<u>Tabla N° 03:.....</u>	41
<u>Tabla N° 04:.....</u>	42
<u>Tabla N° 05:.....</u>	43
<u>Tabla N° 06:.....</u>	44
<u>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....</u>	46
<u>CONCLUSIONES</u>	48
<u>RECOMENDACIONES.....</u>	49
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	50
<u>ANEXOS</u>	52
<u>ANEXO 01.....</u>	53
<u>ANEXO 02.....</u>	55
<u>ANEXO 03.....</u>	57

RESUMEN

Se desarrolló un TIPO DE INVESTIGACIÓN Descriptiva sobre Pacientes sometidos a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Se tomó una muestra de 64 pacientes con un nivel de confianza del 95 %, el objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo, las entrevistas evidencian que las pacientes tienen un nivel de conocimiento previo a la mamografía Muy Alto (84.4 %).

El nivel de conocimiento previo de las pacientes entre 40 y 72 años sometidas a mamografía, muestran niveles entre alto (14,1%) y Muy Alto (84,4%) y el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía diferenciadas en primera consulta o consulta repetida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo muestran una diferencia significativa entre estos procesos de consulta.

Las causas del conocimiento o desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo se evidencian como: El médico de la consulta externa me explicó (45.3%), Se me explicó durante la cita a mamografía (14.1%), Lo explicó el personal del servicio de mamografía (12.5%), Nadie me ha explicado (15.6%).

Palabras Claves: Conocimiento previo, mamografía diferenciada, causas de conocimiento

SUMMARY

A TYPE OF RESEARCH Descriptive was developed on patients undergoing mammography at the Las Mercedes Regional Teaching Hospital. A sample of 64 patients with a confidence level of 95% was taken, the objective of the study was to determine the level of prior knowledge of the patients undergoing mammography at the Las Mercedes Teaching Hospital from July to September 2018-MINSA-Chiclayo, the interviews show that patients have a level of knowledge prior to Very High mammography (84.4%).

The level of prior knowledge of patients between 40 and 72 years of age undergoing mammography shows levels between high (14.1%) and Very High (84.4%) and the level of prior knowledge of patients undergoing differentiated mammography in first consultation or repeated consultation in the Teaching Hospital The Mercedes from July to September 2018-MINSA-Chiclayo show a significant difference between these consultation processes.

The causes of prior knowledge or ignorance of patients undergoing mammography at the Teaching Hospital The Mercedes from July to September 2018-MINSA-Chiclayo are evidenced as: The doctor of the outpatient clinic explained to me (45.3%), It was explained to me during the appointment to mammography (14.1%), I explain the personnel of the mammography service (12.5%), Nobody has explained me (15.6%).

Key words: Prior knowledge, differential mammography, causes of knowledge

INTRODUCCIÓN

Determinar el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo fue una tarea agotadora y gratificante en la medida que no existen referencias relacionadas con el tema y porque se logró diseñar un instrumento de alta confiabilidad que nos permitió no solamente establecer el nivel de conocimiento previo, sino que como se muestra en el desarrollo de este informe de investigación fue posible evidenciar el nivel de conocimiento previo relacionado con la edad y si la paciente tenía primera o mamografía repetida.

El informe también evidencia las causas que producen este conocimiento previo.

CAPITULO I:

CAPITULO I.- EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- Realidad Problemática.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En el año 2018, se estima que serán diagnosticados 1 735 350 casos nuevos de cáncer en Estados Unidos y 609 640 personas morirán por la enfermedad. Se prevé que los cánceres más comunes (enumerados en orden descendente según los nuevos casos estimados en 2018) son el cáncer de mama, el cáncer de pulmón y bronquios, el cáncer de próstata, el cáncer de colon y recto, el melanoma de piel, el cáncer de vejiga, el linfoma no Hodgkin, el cáncer de riñón y pelvis renal, el cáncer de endometrio, la leucemia, el cáncer de páncreas, el cáncer de tiroides y el cáncer de hígado. El número de casos nuevos de cáncer (incidencia del cáncer) es de 439,2 por cada 100 000 hombres y mujeres por año (con base en casos de 2011 a 2015). El número de muertes por cáncer (mortalidad por cáncer) es de 163,5 por cada 100 000 hombres y mujeres por año (con base en datos de muertes de 2011 a 2015). De todas las causas de muerte en el mundo aproximadamente un 13% son atribuidas al cáncer. Se prevé que las muertes por cáncer seguirán aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en el 2030. ⁽¹⁾

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

En el Perú según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), este mal es el segundo más frecuente. El riesgo aumenta por la escasa cultura de prevención que existe en la población más propensa a padecer este mal. La incidencia en la capital es de 32 entre 100 mil personas por año. El INEN señaló que en el 2008 se registraron 1,102 casos nuevos de pacientes de cáncer de mama en Lima y para el año 2016 (último año del que se tiene registro) se presentaron 1484 nuevos casos. Datos de este instituto revelan que el número de personas con cáncer de este tipo se triplicó en los últimos 25 años. El 50% es de Lima y el resto, del interior del país. En promedio, cada año se registran 1,200 casos nuevos. ⁽⁴⁾

La prevención constituye la estrategia a largo plazo más costo-efectiva para el control del cáncer de mama. Se debe realizar la mamografía y ecografía mamaria cada año en mujeres entre los 40 y 70 años de edad, con la finalidad de detectar y tratar precozmente dicha enfermedad. Uno de los retos más importantes para su implementación es el equipamiento de los servicios de salud para poder llevar a cabo esta intervención a gran escala y hacerlo de forma equitativa brindando cobertura tanto a zonas urbanas como a zonas rurales. El lanzamiento por parte del Estado Peruano de planes de lucha contra el cáncer representa la oportunidad más importante para hacerlo y mejorar la realidad que tenemos. Las acciones educativas constituyen un pilar importante en la prevención. Se espera que a través de dichas acciones se promueva en las mujeres estilos de vida saludables, brindar información que les motive a realizarse tamizaje de cáncer de mama mediante las mamografías y así superar las barreras a la búsqueda de atención en los servicios de salud. Reforzar los aspectos educativos-comunicacionales de la población constituye un reto importante que debe ir a la par con la implementación de equipos de tamizaje en los servicios de salud. Un estudio realizado, empleando los datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2008, muestra que sólo 1 de cada 3 mujeres en edad fértil a nivel nacional se ha realizado alguna

vez un autoexamen de mama y que menos de la mitad de las mujeres refirió conocer cómo se realizaba dicho autoexamen. Si bien es cierto que es discutible la efectividad del autoexamen de las mamas en atención primaria, esta información podría indicar que sólo una baja fracción de las mujeres está familiarizada con la exploración de sus mamas y que probablemente, sus conocimientos, actitudes y prácticas hacia esta enfermedad no sean las más adecuadas. ⁽⁵⁾ Todos los integrantes que conforman el personal de salud tienen un papel importante en el ámbito de prevención. Los Tecnólogos Médicos en Radiología, y en mayor medida los que laboran en el área de mamografía, deben ser agentes comprometidos con la educación de la población, porque no se trata únicamente de asegurarse que el examen diagnóstico sea de calidad; la responsabilidad y el compromiso es parte de su labor. La participación de los tecnólogos es primordial al encontrarse con la paciente en un espacio de atención íntima y de mayor contacto, que acuden a los servicios en los que laboran. El tiempo que compartan con ellas, ya sea en la sala de mamografía o en campañas preventivas debe ser valorado para educar y despejar todas las dudas, es la oportunidad perfecta de los tecnólogos de promover cultura de prevención en estas pacientes, que confían en el profesional que la atiende, quien al igual que ellas, debe retribuir esa confianza.

1.2.- Formulación del Problema.

¿Cuál es el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo?

1.3.- Justificación de la investigación

El estudio se justifica porque se tendrá una evaluación de los conocimientos previos de las pacientes ante los exámenes de mamografía, especificando de esta manera la cultura de prevención que tienen las mujeres respecto al cáncer de mama.

La importancia del estudio radica en que se daría un paso más en la aplicación de criterios metodológicos para conocer el nivel de conocimiento previo que tienen las mujeres respecto al uso de mamografía.

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

1.4.- Delimitación del problema

La investigación está limitada solo a las pacientes que son sometidas a mamografía.

1.5.- Objetivos de la Investigación.

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el nivel de conocimiento previo de las pacientes entre 40 y 72 años sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo
2. Definir el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía diferenciadas en primera consulta o consulta repetida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo.

3. Establecer las causas del conocimiento o desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo

4.- Relacionar las causas del conocimiento previo con el nivel de conocimiento de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo.

CAPITULO II:

CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO CIENTIFICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación

No existen trabajos de investigación sobre el nivel de conocimiento previo con respecto al estudio mamográfico en pacientes mujeres; sin embargo, se han localizado estudios que están relacionados con el presente tema de investigación.

1. A nivel internacional

Pinar Erbay Dünder y Col. en Turkía, en el año 2005 realizaron la investigación titulada: “The knowledge and attitudes of breastself-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey”, tuvo como objetivos determinar los niveles de conocimiento sobre el cáncer de mama y evaluar las creencias de salud en relación al modelo que promueve el autoexamen de mama y la mamografía en un grupo de mujeres en Manisa, Turkía, haciendo uso de la metodología descriptiva de corte transversal. La población estuvo conformada por 244 mujeres de 20 – 64 años de edad, para la técnica de recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario en versión adaptada del Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS), llegando a las siguientes conclusiones: “La mayoría (76,6%) habían oído sobre el cáncer de mama, pero sólo el 56,1% de ellas tenían suficiente conocimiento sobre el cáncer de mama. Programas de radio y televisión fueron identificados como la fuente principal (39,3%) de información. La mayoría de las encuestadas (72,1%) tenían conocimiento sobre el auto examen de mama, pero sólo el 40,9% de las mujeres lo habían practicado en los 12 meses previos. El 10,6% del grupo de estudio declararon que se habían realizado la prueba de mamografía”. (6)

Rivas Saravia Saúl Eduardo y Col. en San Salvador, en el año 2010 realizaron un estudio de investigación titulado: “Factores biológicos y socioculturales que influyen en la realización

de examen de Mama en mujeres atendidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en el Hospital de Maternidad de San Salvador, en el periodo comprendido en los meses de Febrero a Mayo 2010”, la cual tuvo como objetivo identificar los factores socioculturales y factores biológicos que influyen en la realización del examen de mamografía, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes mujeres, se utilizó la entrevista encuesta como técnica de recolección de datos y como instrumento un formulario tipo cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones: “Todas las pacientes tienen un conocimiento acerca del examen de mamografía considerando que lo realizan por prevención y para detectar un posible cáncer de mama. La mayoría de las pacientes que asisten a ambas instituciones considera que el examen de mamografía es doloroso y expresaron que no es realizado porque haya una existencia de cáncer en la paciente que se realiza este examen. Cabe destacar que en ambas instituciones la mayoría de las pacientes expreso que se realiza el autoexamen de mamas pero no saben por qué lo realizan. En el estudio las pacientes afirmaron no realizar el autoexamen de mama antes del examen de mamografía”. (7)

2. A nivel Nacional

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

El 48,7% de las mujeres presentó más de 9 factores de riesgo para el cáncer de mama. En cuanto a conocimientos se encontró que el 50% tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama. Los aspectos que denotaron mayor conocimientos fueron sobre la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía con un 69.7% de acierto y la frecuencia recomendable para la realización del autoexamen de mamas con un 68.4% de aciertos. Los aspectos en denotar menor conocimiento fueron acerca del momento oportuno para la realización del autoexamen de mamas con 75% de desacierto y un 59.2% de desacierto sobre la edad recomendable para iniciar el examen de mamografía”. (8)

2.2.- Bases Teóricas

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos. (8)

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

constantemente en los últimos años debido al aumento de la esperanza de vida y de la urbanización, así como a la adopción de modos de vida occidentales. ⁽⁹⁾

En América Latina y el Caribe, durante el año 2002, el cáncer de mama causó diariamente la muerte de 83 mujeres, o sea, cada hora fallecían tres mujeres víctimas de este cáncer. En el Perú, el cáncer en general es una de las principales causas de muerte; para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones, solo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas. ⁽¹⁰⁾

En mujeres jóvenes, 2,7% de los cánceres de mama ocurren en menores de 35 años y solo 0,6% en menores de 30 años. El comportamiento del cáncer de mama en mujeres jóvenes es más agresivo; así, a pesar que el cáncer de mama constituye 5 a 7% de todos los cánceres que afectan a mujeres de entre 15 a 29 años, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes. ⁽¹¹⁾

La mamografía es una técnica diagnóstica efectiva con una sensibilidad y especificidad del 90%, el ultrasonido y la aspiración con aguja fina se utilizan como auxiliares diagnósticos. El cáncer está caracterizado por un tumor bien definido, con márgenes espiculados, lobulado y acentuado por distorsión en la arquitectura, las microcalcificaciones son menos comunes en el hombre que en la mujer, pero cuando están presentes, son largas, redondas y dispersas. ⁽¹¹⁾

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

El objetivo de la autoexploración es que la mujer conozca la forma y textura de sus mamas e indicarle que cuando encuentre un cambio o tumor en la mama, acuda a revisión por el médico. Los profesionales de la salud pueden enseñar a los grupos de mujeres la forma de explorar la mama. El objetivo de la misma es que todas las mujeres sepan hacer la autoexploración mamaria (AEM) y repetirla todos los meses, una semana después del final de la menstruación y una vez al mes después de la menopausia. Ante el hallazgo de pequeñas masas o zonas duras, debe recurrirse a un profesional de la salud para su diagnóstico. Las mujeres pueden hacer esto, aun sabiendo que 80% de las masas no son cancerosas y que las consideradas peligrosas podrán ser extirpadas o tratadas a fin de hacerlas inocuas. Es necesario explicar detenidamente a las mujeres la importancia del autoexamen mamario y desterrar toda idea de “cancerofobia” que pudiera despertar; se debe señalar que las exploraciones iniciales, tendrán como objetivo familiarizarse con las características físicas propias de las mamas y las exploraciones subsecuentes se dedicarán a la búsqueda de anomalías que requieran consulta profesional. ⁽¹²⁾

Entre el 95 al 98% de los canceres de mama, según estadísticas, son descubiertos por las mismas pacientes sin ayuda del médico, a quien acuden después motivadas por las alteraciones que encuentran en sus senos. Posteriormente el profesional confirma el diagnostico haciendo las investigaciones necesarias en corto plazo para la confirmación histológica y el planeamiento terapéutico correspondiente. Como las mujeres seguirán descubriendo sus propias tumoraciones, los programas de instrucción para el autoexamen de mama, revisten especial importancia para la detección de tumoraciones en el seno como un verdadero método para el diagnóstico en etapas relativamente tempranas de la enfermedad.

⁽¹²⁾. La instrucción para el autoexamen debe ser proporcionada por el profesional de salud debidamente entrenado. El autoexamen de mamas debe realizarlo la mujer una vez al mes en

forma disciplinada y cumplida. La fecha más indicada debe ubicarse entre los días que siguen a la menstruación, se realiza entre el séptimo y décimo día de haber iniciado el sangrado menstrual, tanto porque por esta época del tejido mamario está inactivo, libre probablemente del efecto hormonal. A las mujeres en la menopausia y a las mujeres jóvenes que han sido sometidas a histerectomía o embarazadas se les recomienda que elijan un día fijo de cada mes para realizarse su autoexamen, todos los meses. En las mujeres postmenopáusicas debe establecerse una fecha fija, que pueda ser el primer o el último día de cada mes, o la que sea más fácil de recordar por la mujer. Es necesario eliminar la ansiedad de la mujer durante el aprendizaje, así como los temores propios al examen de los senos, considerando que estos son símbolos sexuales y que es incómodo para muchas pacientes no solo el examen de las mamas sino simplemente referirse a ellas. La instrucción de la paciente debe hacerse en forma alturada, con lenguaje sencillo de acuerdo al nivel cultural de la paciente, dándole oportunidad para que pregunte y fije perfectamente la técnica del examen. Es una buena ocasión para iniciar a la mujer en el autoexamen precisamente cuando se está realizando el examen de mamas por el profesional de salud, ya que así se podrán fijar vivencias en cuanto a presión de los dedos, maniobras, disposición de las manos, etc. Pero como medida verdaderamente preventiva debe propenderse a enseñarlo en cualquier época, inclusive dentro de las campañas de prevención y detección, como verdaderas medidas educativas en protección de la salud de la mujer.

La técnica para el autoexamen de mamas debe ser sencilla en su realización, siguiendo un plan ordenado de examen definitivamente de corta duración para que pueda ser cumplido con eficacia, concentración y frecuencia. La mujer debe acostumbrarse a observar sus mamas, fijando las vivencias de sus características anatómicas individuales, de tal manera que nadie mejor que ella pueda notar cambios o alteraciones. La observación debe comprender los

siguientes aspectos: Forma, tamaño y contornos, Situación y simetría de los pezones y aureolas, Características de la piel, Movilización de las mamas, Ausencia de lesiones, La palpación será metódica y prolija de acuerdo a la que se establece en el tiempo correspondiente, Cualquier cambio, anomalía o alteración debe comunicarse al médico. ⁽¹³⁾

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

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

La mamografía tiene una doble utilidad: de detección y de diagnóstico. La mamografía diagnóstica permite completar como prueba radiológica los hallazgos de la exploración clínica (como secreción anómala, alteraciones cutáneas, palpación de nódulos, etc.), en un intento de caracterizar las lesiones mamarias. La mamografía de screening por su parte persigue la detección del cáncer de mama en su fase más precoz, en mujeres asintomáticas.

Es ampliamente aceptado que la detección precoz del cáncer de mama resultaría en un tratamiento más efectivo y en una disminución de la mortalidad. La mamografía de rayos X ha resultado ser un método simple y preciso para detectar el cáncer de mama, aunque no es

fácil llevarla a cabo. El radiólogo y su equipo de tecnólogos deben tener adecuados conocimientos, habilidades y cuidados.

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

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

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

La mamografía de detección (despistaje, screening) reduce la mortalidad de cáncer en pacientes de 50 años y de más edad. También es beneficiosa para mujeres entre los 40 y los

50 años. Ya que potencialmente a las mujeres jóvenes les quedan más años de vida, la exploración de este grupo resulta en un número mayor de años salvados.

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

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

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

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

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

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

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

La compresión es muy importante y especialmente relevante en la mamografía. Una fuerte compresión ofrece muchas ventajas. Una mama comprimida tiene un grosor más uniforme y por lo tanto la densidad óptica de la imagen es más uniforme. Los tejidos cerca de la pared torácica tienen menos probabilidades de ser infraexpuestos, y los tejidos cerca del pezón tienen menos probabilidades de ser sobreexpuestos.

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

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

La compresión origina un tejido más fino y por tanto menos radiación dispersa y una mejora de la resolución de contraste. El resultado de esta mejora de la calidad de la imagen posibilita una mejor habilidad de detectar lesiones pequeñas de bajo contraste y microcalcificaciones

de alto contraste debido a la mejora de la resolución espacial. Además, una compresión fuerte resulta en una dosis a la paciente menor.

Aunque puede ser difícil de entender para las pacientes, la compresión de la mama es esencial para una mamografía de calidad. El grado óptimo de compresión es desconocido; no obstante a compresiones más fuertes mejor será la imagen y menor la dosis a la paciente, pero más grande será el malestar de esta. Tecnólogos médicos expertos intentar comprimir la mama hasta que esta “tensa” o hasta que empiece a producir dolor, sea lo que sea lo que ocurra primero. ⁽¹⁴⁾

Las mamografías se realizar en mujeres como un examen de rutina, con las siguientes indicaciones: Nódulos dolorosos, Cambios en la forma de la mama, Carcinoma, Calcificaciones, Enfermedad quística mamaria, Mastitis y las contraindicaciones: no tiene una contraindicación salvo que al igual que todas las radiaciones de tipo ionizantes en el cual no pueden encontrarse mujeres embarazadas. El día del examen no debe aplicarse en el área de las axilas y mamas lo siguiente: talcos, desodorante, lociones o cremas, basta con el baño con agua y jabón. En el Día Del Examen: Debe explicársele a la paciente en un pequeño dialogo en qué consiste el examen y verificar si cumplió la preparación previa o no, esto ayuda a: Disminuir el grado de ansiedad con que llega la paciente, Obtención de datos clínicos importantes para su diagnóstico, Garantizar su colaboración y de esa forma obtener una buena serie radiográfica. Se han diseñado equipos especiales que den como resultado un buen detalle entre ellos se encuentran: mamógrafo análogo, mamógrafo digital directo e indirecto y Tomosíntesis. Dentro de la Rutina Radiográfica se considera: Cráneo caudal izquierda y derecha, Oblicuas medio lateral izquierda y derecha. ⁽¹⁵⁾

2.3.- Variables.

2.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

1. Nivel de conocimientos previo de las pacientes sometidas a mamografía:

Manifestación sobre conocimiento o desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía.

El conocimiento es operacionalizado en términos de la manera de manifestarse en el individuo (dimensión epistemológica) y desde la acumulación en el individuo (dimensión ontológica). En cuanto a la primera dimensión el conocimiento se manifiesta en el individuo de manera tácita y explícita.

2. Edad:

Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Pero para nuestro estudio la edad a la que es sometida a mamografía.

3. Causas de conocimiento/desconocimiento:

Razones específicas del porque existe un conocimiento o desconocimiento de la mamografía.

2.3.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Nivel de conocimientos (puntaje)

Muy Bajo	Bajo	Alto	Muy alto
----------	------	------	----------

0 -15	16-30	31 - 45	45 - 60
-------	-------	---------	---------

Edad (años): Entre 40 y 72

Causas de conocimiento/desconocimiento: Frecuencia absoluta y porcentual de causas.

2.3.3. DEFINICIÓN TEÓRICA DE LAS DIMENSIONES

El conocimiento es operacionalizado en términos de la manera de manifestarse en el individuo (dimensión epistemológica) y desde la acumulación en el individuo (dimensión ontológica). En cuanto a la primera dimensión el conocimiento se manifiesta en el individuo de manera tácita y explícita. A su vez el conocimiento tácito es subdividido en know how y know who, mientras que el conocimiento explícito se subdivide en know why y know what. Y desde la segunda dimensión, el conocimiento puede estar acumulado en un individuo o puede diseminarse en todos los individuos de la organización.

La edad

La organización Mundial de la Salud (OMS) establece como edad mínima para la realización de mamografía, 40 años y repetirla una vez al año.

Causas de conocimiento/desconocimiento

Causa es: 3ª persona singular (él/ella/usted) presente indicativo 2ª persona singular (tú) imperativo

Causa es: 2ª persona singular (vos) imperativo.

Causa, f. Motivo, fundamento u origen.

Motivo, fundamento del conocimiento/desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía

2.3.4. DEFINICIÓN TEÓRICA DE LOS INDICADORES

Nivel de conocimientos

En el nivel de conocimiento:

- Los sistemas son agentes racionales.
- El medio es el conocimiento.
- Los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.
- La ley de comportamiento es el principio de racionalidad: «si un agente tiene el conocimiento de que una de sus acciones le conduce a uno de sus objetivos, seleccionará esa acción», que se complementa con dos principios auxiliares: «si dos acciones conducen al mismo objetivo, el agente selecciona ambas» y «si un conjunto de acciones conduce a un objetivo y otro conjunto a otro objetivo, el agente selecciona la intersección de los dos conjuntos de acciones».
- No hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados.

El cuerpo de conocimientos es como una memoria, pero en un nivel de abstracción más alto que el de las memorias de los niveles inferiores: no tiene restricciones estructurales ni en su capacidad ni en sus mecanismos de almacenamiento y acceso. Por otra parte, los objetivos son también conocimiento, pero de un tipo especial: conocimiento sobre estados del entorno deseados.

Edad:

Los resultados de estudios clínicos aleatorizados y de otros estudios indican que la mamografía de detección puede ayudar a reducir el número de muertes por cáncer de mama entre mujeres de 40 a 74 años de edad, especialmente para las que tienen más de 50 años de edad. Sin embargo, los estudios llevados a cabo hasta la fecha no han indicado que haya un beneficio de las mamografías de detección regulares en mujeres menores de 40 años de edad o de mamografías de detección como base (mamografías que se usan como punto de comparación) que se toman antes de los 40 años de edad.

Causas de conocimiento/desconocimiento

El uso más habitual de la noción de causa procede del latín causa (que, a su vez, se origina en un vocablo griego) y señala a aquello que se considera como el fundamento o el origen de algo.

2.4 Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Nivel de conocimiento	Puntaje	Muy Bajo: 0 -15 Bajo: 16-30 Alto: 31 - 45 Muy alto: 45 - 60	Ordinal
Edad en que se realizó la mamografía	Años	40 años a 72 años	Interválica
Causas de conocimiento/desconocimiento	Proporción de causas de los pacientes que conocen o desconocen sobre mamografía previa	Porcentaje (%)	Nominal
Examen mamográfico realizado	Mamografía realizada luego de la consulta externa	Primer examen: Si, No	Nominal

CAPÍTULO III:

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1.- Tipo de Investigación.

El presente es un estudio de tipo observacional, descriptivo.

3.2.- Diseño de investigación

El diseño efectuado corresponde al no experimental.

3.3.- UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La población consiste en 200 pacientes sometidos a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Junio a Septiembre del 2018

MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra, se responde a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué grado de significancia requiere en relación con la hipótesis de nulidad?:

Alfa= 0.05.

2. ¿Cuál es el grado de potencia deseado?: Se considera $1 - \beta = 0.80$.

3. ¿Qué tan grande debe ser la diferencia entre la media y el valor estándar o norma para que la diferencia tenga importancia clínica?:

4. ¿Cuál es una estimación suficiente de la desviación estándar?: Desviación estándar= 9.37.

Luego:

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} - Z_{\beta})\sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$
$$n = \left[\frac{(1.96 - (-0.84))(9.37)}{3.27} \right]^2$$

$$n = 64.37$$

TAMAÑO MUESTRAL (n): 64

Los datos para el cálculo de la muestra se obtuvieron de un muestreo piloto conformado por 44 pacientes a los que se aplicó el cuestionario de la investigación.

MUESTREO

Muestreo aleatorio simple.

3.4.- Materiales, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTO(S)

Cuestionario de conocimiento previo al examen de mamografía

Formato de solicitud de mamografía

TÉCNICA

Entrevista

3.5.- Análisis estadístico y representación de los resultados.

Se utilizó la escala de tipo Likert con valores incrementales de 1 a 5. indicando 1, 2, 3, 4 o 5 si está Totalmente en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)

Descripción del procedimiento de Valoración cuantitativa:

Se sumaron las calificaciones obtenidas por reactivo para cada dimensión. Son 5 reactivos en una dimensión.

Se determina la frecuencia de pacientes de acuerdo a intervalos de edades.

Se determina la frecuencia absoluta y porcentual de las causas de conocimiento/desconocimiento previo al examen de mamografía.

Una vez adquirida la información, se guardarán los datos en una base de datos para luego desarrollar los cuadros y gráficos para su respectivo análisis. Se aplicó la estadística descriptiva de proporciones con la utilización de cuadros de una y doble entrada. Los datos recolectados fueron procesados en la base de datos con el programa Excel para Windows 10 y SPSS 22.

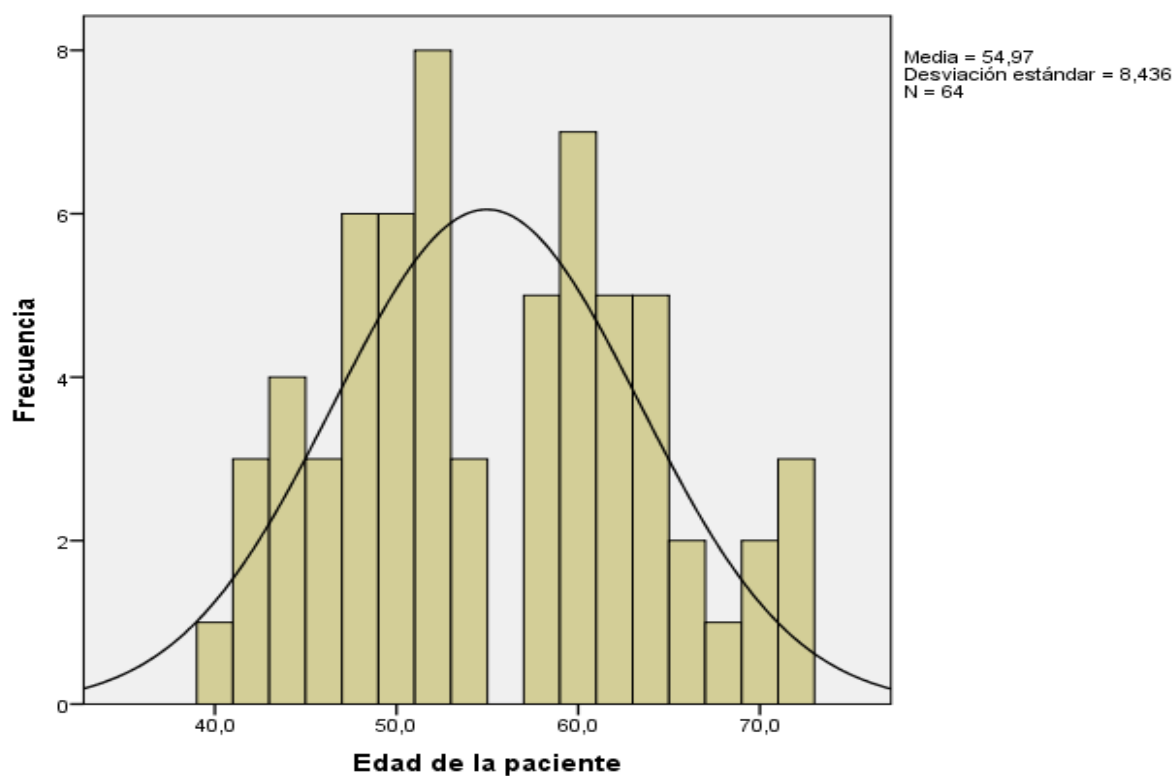
CAPÍTULO IV:

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Las pacientes sujetas a mamografía en esta investigación tuvieron una edad mínima de 40 años y una edad máxima de 72 años correspondiendo a una edad promedio de 54.95 años con una desviación estándar de ± 8.37 años como se muestra en el gráfico 1

Grafico 1

Distribución de la edad de las pacientes atendidas en el Servicio de Mamografía y sujetas a entrevista. Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Setiembre del 2018.



El 21.5 % de la muestra investigada tenían su primer examen de mamografía, el 78.5 % eran pacientes a lo mas de un examen desarrollado. Tabla 1, Grafico 2

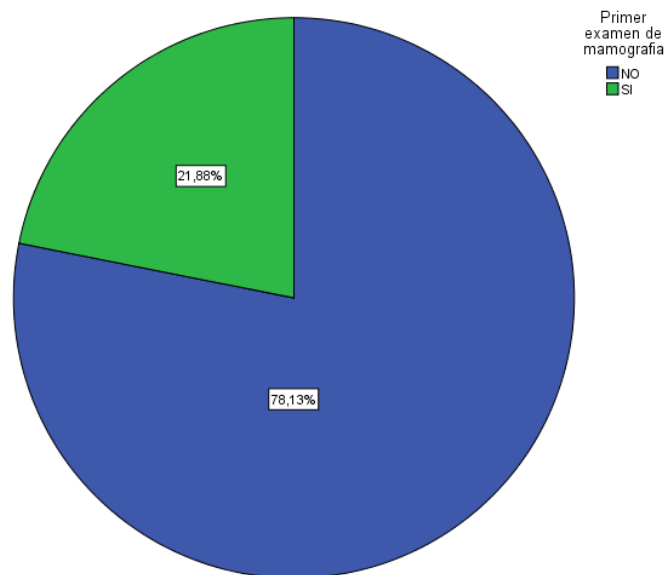
Tabla 1

Primer examen de mamografía

	Frecuencia	Porcentaje
NO	50	78,0
SI	14	22,0
Total	64	100,0

Grafico 2

Primer examen de mamografía.



Determinaremos ahora el nivel de conocimiento previo de las pacientes entre 40 y 72 años sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo. La Tabla 2 muestra que, para todos los grupos de edad considerados, las pacientes tienen un nivel de conocimientos previos de la mamografía a un nivel Muy Alto.

Tabla 2

Nivel de conocimiento previo de las pacientes entre 40 y 72 años sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA-Chiclayo

% del total

		Nivel conocimiento			Total
		Bajo	Alto	Muy alto	
edad	40 a 50 años	1,6%	3,1%	31,3%	35,0%
	51 a 60 años		1,6%	34,4%	36,0%
	61 años a más		9,4%	18,8%	28,0%
Total		1,6%	14,1%	84,4%	100,0%

Respecto al nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía diferenciadas en primera consulta o consulta repetida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo, la Tabla 3 evidencia que las pacientes que han tenido al menos una mamografía tiene un nivel de conocimiento Muy alto (67.2 %), el 1.6 % de las pacientes de primera mamografía tienen un nivel de conocimiento bajo y el 20.3 % tienen niveles entre Alto y Muy alto.

Tabla 3

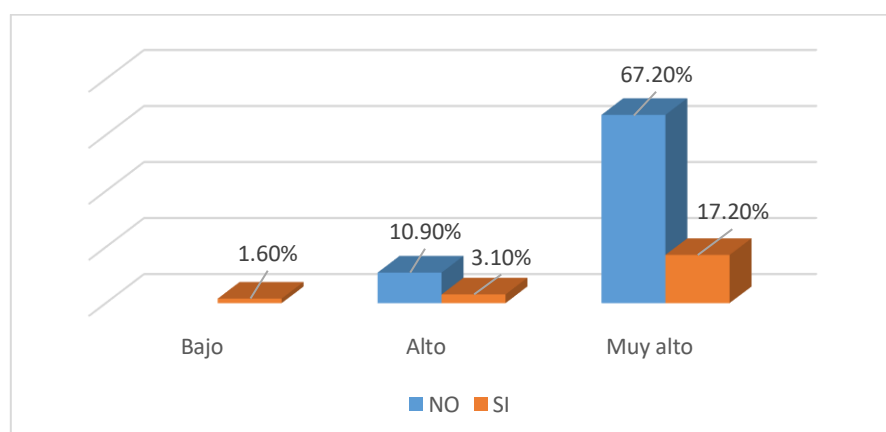
Nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía diferenciadas en primera consulta o consulta repetida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo

% del total

	Nivel conocimiento			Total
	Bajo	Alto	Muy alto	
Primer examen de NO mamografia		10,9%	67,2%	78,1%
SI	1,6%	3,1%	17,2%	21,9%
Total	1,6%	14,1%	84,4%	100,0%

Grafico 3

Nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía diferenciadas en primera consulta o consulta repetida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo



Se establecieron las causas del conocimiento o desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo, la Tabla 4 evidencia estas causas.

Tabla 4

Causas del conocimiento o desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo.

	Frecuencia	Porcentaje
El médico de la consulta externa me explicó	29	45,3
Se me explicó durante la cita a mamografía	9	14,1
Nadie me ha explicado	10	15,6
Me lo explicó un familiar cercano o amigo	8	12,5
Lo explicó el personal del servicio de mamografía	8	12,5
Total	64	100,0

Al relacionar las causas del conocimiento previo con el nivel de conocimiento de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo, las pacientes que tienen nivel de conocimiento Alto y Muy alto evidencian en su mayor proporción que fue “El médico de la consulta externa quien le explico”, la explicación fue “durante la cita a mamografía” y que fue “el personal del servicio de mamografía”.

Tabla 5

Causas del conocimiento o desconocimiento previo relacionadas con el nivel de conocimiento de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre de 2018-MINSA- Chiclayo.

% del total

	Nivel conocimiento			Total
	Bajo	Alto	Muy alto	
El médico de la consulta externa me explicó		6,3%	39,1%	45,3%
Se me explicó durante la cita a mamografía			14,1%	14,1%
Nadie me ha explicado	1,6%	3,1%	10,9%	15,6%
Me lo explicó un familiar cercano o amigo		4,7%	7,8%	12,5%
Lo explicó el personal del servicio de mamografía			12,5%	12,5%
Total	1,6%	14,1%	84,4%	100,0%

Los cuadros anteriores muestran que el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo, es muy alto, valor que se evidencia en la Tabla 6.

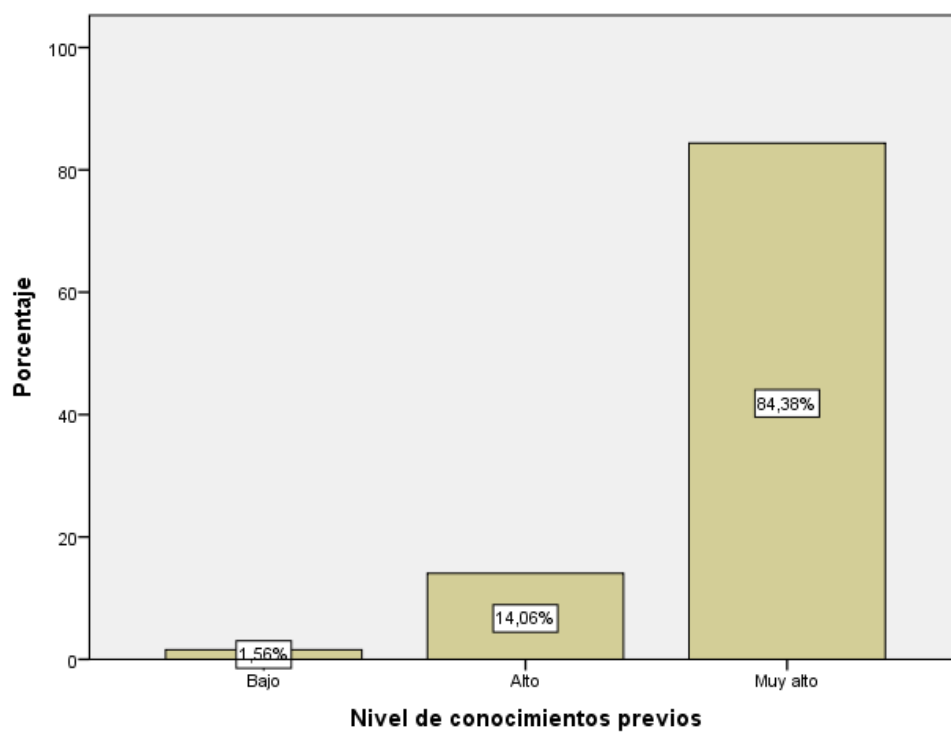
Tabla 6

Nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	1,56
Alto	9	14,06
Muy alto	54	84,38
Total	64	100,0

Gráfico 4

Nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo.



CAPÍTULO V:

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Frente al problema planteado: ¿Cuál es el nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo? Se sometió a una entrevista previa al examen de mamografía a pacientes que por primera vez utilizarían esta instrumentación diagnóstica y a pacientes que al menos tuvieron ya una experiencia. Para indagar sobre este presupuesto, se confeccionó un cuestionario con características similares al desarrollado por Pinar Erbay Dünder y Col. Que tuvieron como objetivo, determinar los niveles de conocimiento sobre el cáncer de mama en un grupo de mujeres en Manisa, Turquía.

Así mismo, Rivas Saravia y Col. En un estudio desarrollado en el año 2010 concluyen que todas las pacientes tienen un conocimiento acerca del examen de mamografía.

La edad mínima de las pacientes fue de 40 años y una edad máxima de 72 años correspondiendo a una edad promedio de 54.95 años con una desviación estándar de ± 8.37 . El porcentaje de pacientes que fueron sometidas a más de una mamografía fue mayor que aquellas que desarrollan este examen por primera vez.

El nivel de conocimiento previo de las pacientes entre 40 y 72 años sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA-Chiclayo. Evidencia que en todas las edades de 40 a 72 años su nivel es muy alto. Aquí precisamos el aporte de Rivas Saravia Saúl Eduardo y Col. en San Salvador, en el año 2010 “Todas las pacientes tienen un conocimiento acerca del examen de mamografía considerando que lo realizan por prevención y para detectar un posible cáncer de mama”.

En las indagaciones previas al muestreo, se observaba cierta diferencia de conocimientos previos entre las pacientes que se sometían por primera vez al diagnóstico mamográfico frente a aquellas que al menos fueron sometidas a una mamografía. Las evidencias estadísticas demuestran que exactamente existe una brecha significativa de conocimientos previos entre las pacientes que fueron sometidas a un primer examen de mamografía, frente a las que no. Las causas para que el nivel de conocimientos previos sea alto van dirigidas a que el médico de la consulta externa explicó a la paciente sobre el examen de mamografía, el personal administrativo de citas jugó un papel preponderante y el personal del área de mamografía.

El nivel de conocimientos previos es muy alto en un nivel que bordea el 84 %. Ricse Asensios Janet, en su investigación titulada: “Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de Cáncer de mama en mujeres usuarias del C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín V. M. T. 2006” determinó que en cuanto a conocimientos se encontró que el 50% tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama. Los aspectos que denotaron mayor conocimiento fueron sobre la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía con un 69.7%. Pinar Erbay Dünder y Col. en Turkía llegan a las siguientes conclusiones: “La mayoría (76,6%) habían oído sobre el cáncer de mama, pero sólo el 56,1% de ellas tenían suficiente conocimiento sobre el cáncer de mama.

Frente a todo lo anteriormente evidenciado, podemos afirmar que nos encontramos en una época donde las pacientes cuentan con más medios informativos a su alcance y tienden a cuestionar cada acción que realicemos en ellas mediante una técnica diagnóstica. Para ello el tecnólogo médico debe estar preparado para responder ante cualquier duda o interrogante.

Por ello es interés del tecnólogo médico crear un ambiente ideal de comunicación con el paciente para evitar situaciones complejas.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento previo de las pacientes entre 40 y 72 años sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo es Muy alto.
- El nivel de conocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía diferenciadas en primera consulta o consulta repetida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo muestra una diferencia significativa.
- Las causas del conocimiento o desconocimiento previo de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo son: El médico de la consulta externa me explico, Se me explico durante la cita a mamografía y Lo explico el personal del servicio de mamografía.
- Al relacionar las causas del conocimiento previo con el nivel de conocimiento de las pacientes sometidas a mamografía en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio a Septiembre del 2018-MINSA- Chiclayo, estas se relacionan con el nivel de conocimientos previos Muy Alto.

RECOMENDACIONES

Desarrollar el presente tipo de análisis para cada año de funcionamiento de un servicio de mamografía a fin de conocer la variación de los niveles de conocimiento previo.

Desarrollar encuentros de divulgación sobre mamografía entre los médicos de la consulta externa y el personal administrativo de citas.

Mejorar las técnicas de comunicación para con el paciente con la finalidad de optimizar el procedimiento diagnóstico de la mamografía.

Generar un ambiente de confianza en la relación paciente-profesional de salud para que la comunicación sea más efectiva y fluida y así contribuir a despejar cualquier duda del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional del Cáncer (2018) Estadísticas del cáncer. [Internet] [citado 7 jun 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. OMS; [citado 7 jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sicol/breastcancer/es/index1.html>
3. El Litoral: Cáncer: según la OMS, un tercio de los casos puede prevenirse [Internet]. Santa Fe: El Litoral; 2013[citado 9 jun 2018]. Disponible en: <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2013/02/09/nosotros/NOS-07.html>
4. Perú 21: Cáncer de mama: 1,200 casos al año [Internet]. Lima: Perú 21; 2011 [citado 13 jun 2018]. Disponible en: <http://peru21.pe/noticia/1319067/hay200-casos-cancer-mama-al-año> y Estadística INEN (años 2000-2016) [Internet] [citado 13 jun 2018]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/06/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2016.pdf>
5. Ministerio de Salud. Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama: Retos al año 2012. Bo Epidemi [Internet]. 2012 [citado 13 jun 2013]; 21(40): 645 – 646. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/40.pd8>
6. Pinar E. The knowledge and attitudes of breastself-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. [Trabajo de investigación]. Turquía;2006
7. Rivas S, Quintanilla L, Rivera H. Factores biológicos y socioculturales que influyen en la realización de examen de Mama en mujeres atendidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en el Hospital de Maternidad de San Salvador, en el periodo comprendido en los meses de Febrero a Mayo 2010. [Trabajo de investigación]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2010.
8. Ricse J. Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de Cáncer de mama en mujeres usuarias del C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín V. M. T. 2006. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
9. Sánchez C., Sánchez E., Gerson R. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. México: Editorial El Manual Moderno, 2013. P: 159-166

10. OMS: Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Cáncer. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama [Internet]. OMS; [citado 15 jun 2018]. Disponible en: http://www.who.int/82sicol/events/breast_cancer_month/es/
11. Robles S, Galanis E. El CaMa en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la Salud 2012; 12 (2): 143-147
12. Romaní F, Gutiérrez C, Ramos J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). An. Fac. med [Internet].2011 [citado 20 jun 2018]; 72 (1): 1 – 4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832011000100005&script=sci_arttext
13. Torres Mejía Cáncer de mama, cultura de prevención poblacional y profesionalización de su detección y control. México 2011.
14. Alva. Promocionando Salud entre el discurso y la práctica. MINSA. Programas Nacionales de Salud. Chimbote. 2005. P: 289 – 292.
15. Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Física, biología y protección radiológica. Versión en español de la 8va Edición de la obra original en inglés Radiologic Science for Technologists: Physics, Biology, and Protection. Madrid: Editorial Elsevier España; 2005. P: 322 – 331

ANEXOS

ANEXO 1.- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL EXAMEN MAMOGRAFICO A REALIZARSE

Primer examen de mamografía	SI		NO		Edad (años)	
-----------------------------	----	--	----	--	-------------	--

A continuación se da una lista sobre aspectos esenciales que un paciente debe conocer sobre la mamografía, responda indicando 1, 2, 3, 4 o 5 si está Totalmente en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mamografía es una herramienta para detectar el cáncer de mama.	1	2	3	4	5
2. Las mujeres deben hacerse una mamografía una vez por año	1	2	3	4	5
3. Las mujeres deben hacerse una mamografía a partir de los 40 años.	1	2	3	4	5
4. La unidad de mamografía consiste en una caja rectangular que contiene un tubo de rayos X.	1	2	3	4	5
5. La mamografía es un procedimiento rápido	1	2	3	4	5
6. En la mamografía su utilizan rayos X y compresión de la mama	1	2	3	4	5
7. La compresión de la mama aplana el grosor de la mama para que los tejidos puedan ser visualizados.	1	2	3	4	5
8. Las mujeres deben hacerse una autoexploración de mamas con regularidad.	1	2	3	4	5
9. La mamografía está contraindicada en mujeres con posibilidad de embarazo.	1	2	3	4	5
10. No debe realizar mamografía si está amamantando	1	2	3	4	5
11. Al momento de una mamografía, no debe usar desodorante, talco o ungüentos en las mamas.	1	2	3	4	5
12. La mamografía es desarrollada por el Tecnólogo Médico	1	2	3	4	5
13. La mamografía es desarrollada por el Medico Radiólogo	1	2	3	4	5

Has respondido las afirmaciones anteriores porque: (Responder una sola alternativa)

1. El médico de la consulta externa me explico	
2. Se me explico durante la cita a mamografía	
3. Nadie me ha explicado	
4. Me lo explico un familiar cercano o amigo	
5. Lo explico el personal del servicio de mamografía	

ANEXO 2.- Formas de presentación de cuadros para el análisis

Conocimientos:

ítem	Puntuación/ítem				
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
puntaje	11	24	36	48	60

Muy Bajo	Bajo	Alto	Muy alto
0 -15	16-30	31 - 45	45 - 60

	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo		
Bajo		
Alto		
Muy alto		
Total		

Aspectos operativos

Ítem	Puntuación/ ítem				
8	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
Puntaje	2	4	6	8	10

Muy Bajo	Bajo	Alto	Muy alto
0 -2	3 - 5	6 - 7	7 - 10

	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo		
Bajo		
Alto		
Muy alto		
Total		

Causas del nivel de conocimientos:

	Frecuencia	Porcentaje
1. El médico de la consulta externa me explico		
2. Se me explico durante la cita a mamografía		
3. Nadie me ha explicado		
4. Me lo explico un familiar cercano o amigo		
5. Lo explico el personal del servicio de mamografía		
Total		100.0 %

Anexo 3.- ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Se inició con la aplicación de una encuesta piloto a 44 pacientes del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Regional Docente Las Mercedes (MINSA Área de Mamografía), con el objetivo de probar la confiabilidad del instrumento. Para comprobar la confiabilidad se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22.0, y se realizó un análisis para lo antes mencionado que consiste en verificar la validez y consistencia de la herramienta de recolección de datos. Los instrumentos de medida de los constructos tienen que demostrar que poseen las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad. Y sus propiedades deben calcularse con cada una de las muestras en las que se aplica pues no es una propiedad inherente del instrumento y podría ser fiable y válido con una muestra de participantes pero no serlo con otra muestra. Los dos elementos esenciales en la recolección de datos son la validez y confiabilidad. Esto quiere decir, para evaluar la fiabilidad y homogeneidad (que tan parecidas son las variables o relacionadas) de las preguntas se hizo uso del estadístico Alfa de Cronbach. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que se pretende medir. La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). El método de consistencia interna basado en el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente. Cuando los datos tienen una estructura multidimensional el valor del alfa de Cronbach será bajo. Es decir, no se observa una consistencia en las puntuaciones que forman el constructo teórico que se desea medir. El valor de alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. Si los ítems están positivamente correlacionados entonces la varianza de la

suma de los ítems se incrementa. Por ello, si las puntuaciones en todos los ítems fuesen idénticas, y por lo tanto las puntuaciones estarían perfectamente correlacionadas, el valor de alfa sería igual a 1. En cambio, si los ítems fuesen totalmente independientes, no mostrando ningún tipo de relación entre ellos, el valor de alfa de Cronbach sería igual a 0.

Interpretación

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach:

Coeficiente alfa > 0.9 es excelente

Coeficiente alfa > 0.8 es bueno

Coeficiente alfa > 0.7 es aceptable

Coeficiente alfa > 0.6 es cuestionable

Coeficiente alfa > 0.5 es pobre

Coeficiente alfa < 0.5 es inaceptable

Opiniones de otros investigadores:

Nunnally (1978): dentro de un análisis exploratorio estándar, el valor de fiabilidad en torno a 0.7 es adecuado y es el nivel mínimo aceptable. El autor reconoce que valores más bajos son utilizados a veces en la literatura. En las primeras fases de la investigación o estudios exploratorios un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente (Nunnally, 1967). Con investigación básica se necesita al menos 0.8 y en investigación aplicada entre 0.9 y 0.95.

Gliem & Gliem (2003): un valor de alfa de 0.8 es probablemente una meta razonable.

Huh, Delorme & Reid (2006): el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0.6 y en estudios confirmatorios debe estar entre 0.7 y 0.8.

Kaplan & Saccuzzo (1982): el valor de fiabilidad para la investigación básica entre 0.7 y 0.8 y en investigación aplicada sobre 0.95.

Loo (2001): el valor de consistencia que se considera adecuado es de 0.8 o más.

Loewenthal (1996) sugiere que un valor de fiabilidad de 0.6 puede ser considerado aceptable para escalas con menos de 10 ítems.

Tabla 1 Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,807	13

En la tabla 1 se observa los valores que el análisis de fiabilidad realizado con el alfa de Cronbach, muestra el valor para el estadístico de fiabilidad que es de 0.807 es decir el valor general para todas las variables que se seleccionaron para realización del análisis, como se menciona en párrafos anteriores los criterios del estadístico de fiabilidad, el valor que se obtuvo para comprobar la fiabilidad del instrumento es mayor a 0.70 , es decir que se tiene un estadístico de fiabilidad aceptable para la herramienta de recolección de datos.

En conclusión se puede afirmar que el instrumento de recolección de datos diseñado es fiable y es consistente, por lo cual es válido para poder ser aplicado a la población sobre la cual se realizará el estudio. A partir de los argumentos válidos y necesarios desde la perspectiva estadística, se puede validar en general que los resultados justifican que, es aceptable la estructura y diseño del instrumento, con las escalas empleadas para el diseño del mismo. En

conclusión la herramienta de recolección de datos es consistente, y nos garantiza que la información obtenida será insesgada y a consecuencia de ello tendremos resultados de calidad para contrastar las hipótesis en la investigación.