

**Universidad Católica de Santa María  
Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana**



**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS MUJERES PARA LA  
ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO  
TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,  
AREQUIPA 2022.**

Tesis presentada por él Bachiller:  
**Cáceres Jimenez, Alejandro Hadar**  
Para optar el Título Profesional de:  
**Médico Cirujano**

Asesor:  
**Dr. Tamayo Tapia, Pedro**

**Arequipa - Perú**

**2022**

# DICTAMEN APROBATORIO DE BORRADOR DE TESIS

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 19 de Mayo del 2022

**Dictamen: 006691-C-EPMH-2022**

Visto el borrador del expediente 006691, presentado por:

**2012110041 - CACERES JIMENEZ ALEJANDRO HADAR**

Titulado:

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS MUJERES PARA LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS  
PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. HOSPITAL  
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2022**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1584 - MONTES CACERES MIGUEL  
DICTAMINADOR**



**1819 - MENDOZA DEL SOLAR CHAVEZ GONZALO  
DICTAMINADOR**



**2070 - MORON ESCOBAR HERNAN DAVID  
DICTAMINADOR**



## DEDICATORIA

*Dedico esta tesis y cada logro a todas las personas que me acompañaron en el camino; a Camila mi mejor amiga, mi eterna confidente y compañera, a Jano mi mejor amigo hace 25 años que se encargó de cuidarme siempre y Nathan, mi perrito por ser siempre el incondicional.*

*A mi Tía, quien fue mi segunda mamá la cual siempre estuvo ahí, a mi Abuelita por todo su cariño y sus enseñanzas, a Javi que en pocos años a mi lado fue como un padre para mí y a Mari por siempre estar ahí.*

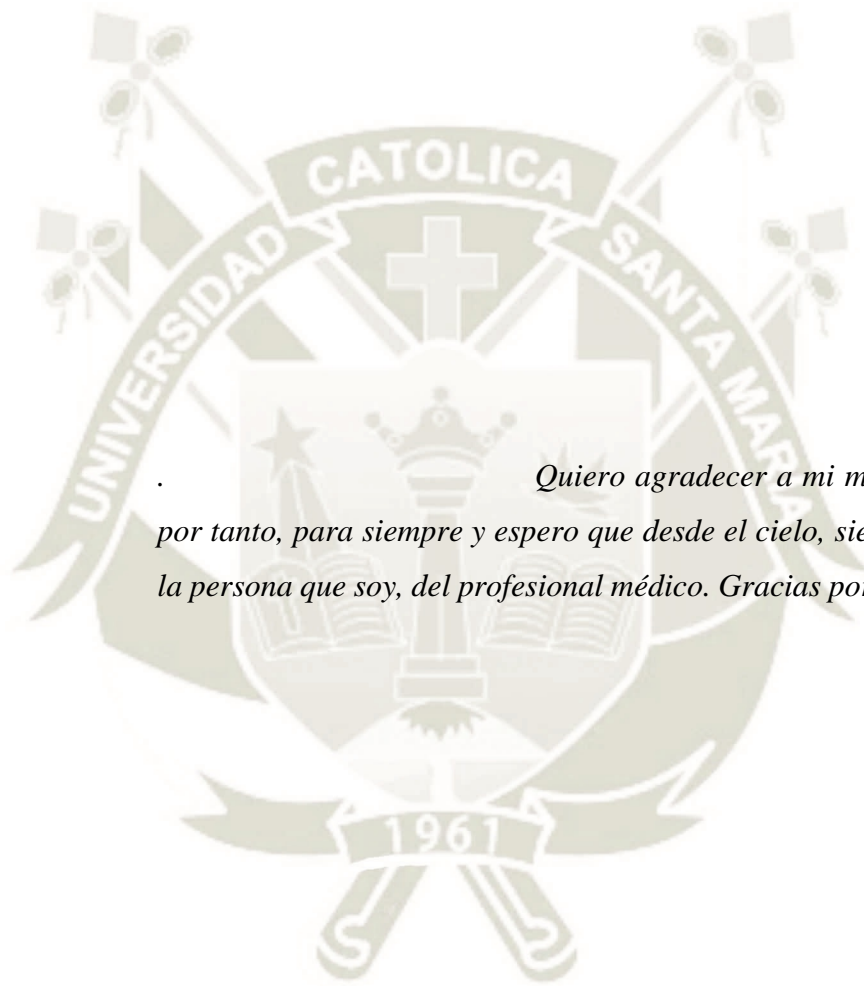
*A Quis Quis y Tóxicos 2.5, por todas las amanecidas y jamás dudar que haría realidad el sueño.*

*Al Centro de Salud Simón Bolívar por no dejarme solo en mi peor momento.*

*Y a las personas que más importaron a lo largo de mi existencia, que no pudieron estar a mi lado en este gran logro, pero desde donde estén espero estén orgullosos y que sepan que este y cada uno de mis logros son gracias a ellos, mi Abuelito al que siempre le voy a deber todo lo que soy y a mi Mamá a quien le dedico con todo mi corazón este primer gran paso, ya que sin ella nada hubiera sido posible, te amo Mamá.*

*Shinzo wo Sasageyo!*

## AGRADECIMIENTOS



*Quiero agradecer a mi mamá por todo, por tanto, para siempre y espero que desde el cielo, sienta orgullo de la persona que soy, del profesional médico. Gracias por ser mi mamá.*

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar el conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022. El tipo de investigación es descriptiva correlacional y de corte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 145 mujeres que aceptaron participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta y los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de conocimiento sobre el cáncer de mama, prácticas preventivas y de diagnóstico temprano, la Escala de actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama y la Guía de recolección de datos. Resultados: el nivel de conocimiento es medio en 56,55%; las actitudes son indiferentes en 75,17% y se concluye que, el nivel de conocimiento influye de forma significativa en la actitud de las mujeres; asimismo, las características sociodemográficas que influyen en el nivel de conocimiento son el nivel de instrucción y la edad; y las características sociodemográficas que influyen en las actitudes son: el antecedente familiar de cáncer de mama, la edad, el nivel de instrucción y la situación conyugal.

**Palabras clave:** conocimiento, diagnóstico, prevención, cáncer, mama.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the knowledge and attitudes of women for adherence to preventive practices and early diagnosis of breast cancer. Goyeneche Hospital, Arequipa 2022. The type of research is descriptive correlational and cross-sectional. The study sample consisted of 145 women who agreed to participate in the study and met the inclusion criteria. As a data collection technique, the survey was used and the instruments used were the Questionnaire of knowledge about breast cancer, preventive practices and early diagnosis, the Scale of attitudes about adherence to preventive practices and early diagnosis of breast cancer and the Data Collection Guide. Results: the level of knowledge is medium in 56.55%; attitudes are indifferent in 75.17% and it is concluded that the level of knowledge significantly influences the attitude of women; likewise, the sociodemographic characteristics that influence the level of knowledge are the level of education and age; and the sociodemographic characteristics that influence attitudes are: family history of breast cancer, age, level of education and marital status.

**Keywords:** knowledge, diagnosis, prevention, cancer, breast.

## ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO DE BORRADOR DE TESIS .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	13
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1. Enunciado del problema.....	14
1.2. Descripción del problema.....	14
1.3. Justificación del problema.....	16
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo general.....	17
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. MARCO TEÓRICO.....	18
3.1. CONOCIMIENTO.....	18
3.2. ACTITUDES.....	20
3.3. PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA.....	27
3.4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	42
4. HIPÓTESIS.....	45
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	47
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	48
1.1. Técnicas.....	48
1.2. Instrumentos.....	48
1.3. Cuadro de coherencia del instrumento.....	49
1.4. Materiales de verificación.....	50
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	50
2.1. Ubicación espacial.....	50
2.2. Ubicación temporal:.....	51
2.3. Unidades de estudio.....	51
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
3.1. Organización.....	51

3.2. Recursos .....	52
3.3. Validación del instrumento.....	52
3.4. Técnica de procesamiento de datos .....	52
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	54
DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES .....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
ANEXOS .....	77
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	77
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE MAMA, PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO .....	78
ANEXO 3: ESCALA DE ACTITUDES ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA.....	80
ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	81

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022.....	55
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ SEGÚN ACTITUDES ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022.....	57
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022 .....	59
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022 .....	61
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022 .....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO.....	56
GRÁFICO 2. MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE SEGÚN ACTITUDES.....	58
GRÁFICO 3. INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LAS ACTITUDES.....	60



## INTRODUCCIÓN

“Alrededor de todo el mundo, el carcinoma de mama se encuentra entre las principales causas de morbilidad y también de mortalidad relacionadas con el cáncer entre las mujeres” (1). “En el continente de América, el cáncer de mama en el año 2018 tuvo una incidencia de 25,2% con proyecciones de que para el año 2030 la incidencia se incrementa al 35,9% lo que representa más de cinco millones de casos nuevos al año (2)”. “En el Perú, para el año 2021, el cáncer de mama fue el cáncer con mayor frecuencia y con mayor incremento de incidencia entre las mujeres representando el 33,4% de los cánceres femeninos, cifra muy superior al promedio del continente, y a razón de ello, también se ha señalado que las muertes debidas a este tipo de cáncer son elevadas debido a su mayor prevalencia e incidencia” (3).

“La evolución de esta enfermedad es alarmante porque en el año 2012 el número de casos diagnosticados fue de 3952, para el año 2018 se diagnosticaron 6985 casos nuevos y según proyecciones del Registro de Cáncer, para el 2040 se estiman 11473 nuevos casos por año” (3). “Estimaciones recientes han demostrado que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con este tipo de cáncer pueden reducirse entre un 50% y un 70% mediante exámenes de detección regulares en mujeres en edad reproductiva, y como se observa en los países considerados desarrollados la incidencia de cáncer de mama presenta tendencias a la baja con la aplicación masiva de métodos de detección de cáncer como la mamografía y el examen clínico de las mamas a todas las mujeres en edades adecuadas” (1).

Existen herramientas de detección eficaces que están disponibles en los entornos de atención primaria de la salud. Sin embargo, en nuestro medio la utilización de los servicios de detección del cáncer es todavía baja, un factor que parece contribuir a ello, es la falta de conocimiento de muchas mujeres acerca de los métodos de detección y la información general sobre los signos y los síntomas de cáncer, factores de riesgo y prácticas preventivas es todavía bajo, lo que lleva a la detección tardía del cáncer. Estudios recientes han revelado el hecho inquietante de que incluso la actitud y la práctica de los profesionales de la salud hacia los métodos de detección son insatisfactorias (4).

En el Hospital Goyeneche, se observa que también existe incremento en la incidencia del cáncer de mama, y a pesar de ello, estos dos últimos años debido a la pandemia, los programas

que sirven para la detección temprana, prácticamente no se han aplicado y esto conlleva a que actualmente los casos se estén detectando en estadios más avanzados y por ende, con menores posibilidades de curación; además, también se observa mucha desidia o falta de interés de las mujeres para realizarse pruebas de detección temprana, hecho que atribuimos se debe al desconocimiento sobre esta enfermedad, lo que influye en que sus actitudes de autocuidado, control de factores de riesgo y de prevención sean desfavorables, siendo estas las razones que motivaron el interés del investigador para el desarrollo de la presente investigación.





# CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es el conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022?

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Pública
- Línea: Cáncer de mama

#### 1.2.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p><b>Variable Independiente</b></p> <p><b>1. Conocimiento</b></p> <p>“(Es el grado de información que se obtiene a través del aprendizaje o de las experiencias. También se trata de un conjunto de datos relacionados entre sí, de tal manera que, al ser tomados individualmente, adoptan un menor valor cuantitativo. En este caso, es la información que poseen las mujeres sobre las prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama)” (1).</p>	<p>1.1. Nivel de conocimiento</p> <p>Cuestionario de conocimiento sobre el cáncer de mama, prácticas preventivas y de diagnóstico temprano</p>	<p>1.1.1. Bajo: 0 – 10 puntos</p> <p>1.1.2. Medio: 11 – 15 puntos</p> <p>1.1.3. Alto: 16 - 21 puntos</p>
<p><b>Variable dependiente</b></p> <p><b>2. Actitud</b></p> <p>“(Son formas organizadas de pensar, sentir y también de actuar ante los objetos, fenómenos y personas o grupos. Para el presente estudio, es la conducta de las mujeres frente a ejecución de las prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama)” (1).</p>	<p>2.1. Respecto a la prevención</p> <p>2.2. Prácticas de diagnóstico temprano</p> <p>Escala de actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama</p>	<p>Actitud positiva: 28 – 36 puntos</p> <p>Actitud indiferente: 20 – 27 puntos</p> <p>Actitud negativa: 12 – 19 puntos</p>
<p><b>Variables intervinientes:</b></p>		

<b>3. Características demográficas</b>	3.1. Edad	3.1.1. Años
	3.2. Nivel de instrucción	3.2.1. Ninguno 3.2.2. Primaria 3.2.3. Secundaria 3.2.4. Superior
	3.3. Situación conyugal	3.3.1. Con pareja 3.3.2. Sin pareja
	3.5. Ocupación	3.5.1. Empleada 3.5.2. Obrera 3.5.3. Independiente 3.5.4. Empleadora 3.5.5. Familiar no remunerada
	3.6. Antecedente familiar de cáncer de mama	3.6.1. Si 3.6.2. No

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama?
- ¿Cómo son las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama?
- ¿Cómo influye el nivel de conocimiento en las actitudes de las mujeres que son atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama?
- ¿Cómo influyen las características demográficas en el nivel de conocimiento y en las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama?

### 1.2.4. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional y de corte transversal.

### 1.3. Justificación del problema

La relevancia científica del estudio, se basa en el incremento en la incidencia del cáncer de mama en Arequipa (3), el mismo que puede ser explicado en una gran medida por la influencia de los determinantes sociales de la salud a lo cual se añade la exposición de la población a los diferentes factores considerados de riesgo, así como al desconocimiento y actitudes preventivas desfavorables, y todo ello contribuye a que el cáncer de mama, constituya un problema de salud pública, el cual es consecuencia del desconocimiento de la población y escasa participación en programas de detección, así como retrasos en la atención que propician la detección de cánceres avanzados con aumento significativo de la mortalidad y discapacidad por cáncer. “Por ello, se considera indispensable identificar las barreras que inciden en el diagnóstico y tratamiento oportunos, habiéndose señalado en la literatura médica la importancia fundamental de la mejora de los conocimientos y las actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de detección temprana” (1). Otra razón que justifica el desarrollo de la presente investigación es que, en nuestro medio, no se han realizado estudios actuales sobre este tema y debido a la falta de datos poblacionales y una serie de situaciones coyunturales, al parecer los programas de detección temprana no están teniendo las coberturas esperadas.

La justificación social se basa en que el cáncer de mama actualmente está ocupando el primer lugar de incidencia por enfermedades malignas en el sexo femenino en Arequipa, con tasas de incidencia que se vienen incrementando de manera sostenida en los últimos años (3), además, esta enfermedad sin duda alguna, es una de los problemas de salud considerados más cruentos, no sólo por su elevada incidencia y mortalidad, sino también porque afecta a la persona físicamente debido a la misma enfermedad, los tratamientos y secuelas, pero también supone una enorme carga afectiva emocional que repercute en el total de las áreas de la vida tanto de la paciente como de su familia; el diagnóstico del cáncer de mama, altera la dinámica familiar, dado que son precisamente los familiares quienes acompañan a las pacientes a sobrellevar el proceso de la enfermedad, enfrentando juntos momentos muy difíciles, que podrían ser evitados si es que las mujeres tuvieran los conocimientos adecuados

y una buena disposición o actitud para realizarse exámenes de detección temprana y realizar los cambios de estilos de vida necesarios que contribuyan al control de los factores considerados de riesgo del cáncer de mama.

La relevancia práctica del presente estudio se basa en que, a partir de los resultados que se van a obtener será posible reforzar la prevención primaria y secundaria motivando a las autoridades del sector para el impulso de los programas de detección temprana de cáncer que debido a la pandemia han disminuido sus coberturas, por tanto, se considera necesario fomentar el desarrollo de campañas de atención integral a través de las Redes Integradas de Salud (DIRIS), con énfasis en lo que es la prevención y diagnóstico de carácter temprano del cáncer de mama, además de la realización de actividades que promuevan la mejora de los conocimientos y las actitudes de las mujeres respecto a las prácticas preventivas y de diagnóstico temprano.

El interés personal fue originado porque se ha observado que, en el Hospital Goyeneche, los casos de cáncer de mama se están detectando en un estadio más avanzado que disminuyen las posibilidades de curación o mejor sobrevida de las pacientes. Asimismo, muchas de ellas, refieren que no se habían realizado pruebas de detección temprana por desconocimiento, falta de recursos económicos o simplemente porque no se sentían vulnerables a padecer la enfermedad.

El presente estudio es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Determinar el conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022.

## 2.2. Objetivos específicos

- Establecer el nivel de conocimiento de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama.
- Identificar las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama.
- Establecer cómo influye el nivel de conocimiento en las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama.
- Establecer la influencia de las características demográficas en el nivel de conocimiento y en las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. CONOCIMIENTO

**3.1.1. Concepto:** Mario Bunge define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico, ordinario o vulgar” (5). Otra definición señala que el conocimiento es “el conjunto de datos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, y que se caracteriza por ser un proceso activo” (6).

**3.1.2. Tipos de conocimiento:** El conocimiento científico son los hechos que son probados y son demostrados, y el conocimiento ordinario o vulgar son aquellos que son de carácter inexacto, producto de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. Para ello encontramos diferentes tipos de conocimientos:

- **Conocimiento cotidiano o vulgar:** satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. “Es caracterizado

por ser asistemático, este es adquirido en la vida diaria, con el contacto que se realiza con las cosas y también con las demás personas” (6).

- **Conocimiento científico:** este conocimiento es el cuál es fruto del esfuerzo, es de carácter metódico, crítico problemático, racional, claro, objetivo y distinto. “Este conocimiento es el que indaga y que explica la realidad desde una forma objetiva, utilizando la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y de los fenómenos” (6).
- **Conocimiento filosófico:** “Es un tipo de conocimiento altamente reflexivo que trata sobre los problemas y las leyes más generales, que no son perceptibles por los sentidos, y trata de explicar la realidad en su dimensión universal” (6).
- **Conocimiento teológico:** “Conocimiento revelado relativo a Dios, el cuál es aceptado por la fe teológica” (6).
- **Conocimiento informal:** “Es aquel que se obtiene por medio de las actividades ordinarias de la vida diaria, es por medio de este sistema que las personas, por ejemplo obtienen conocimientos sobre diferentes temas relacionados a la salud, las fuentes de conocimiento son empíricas por ejemplo, otros familiares, vecinos, amistades, personas que son influyentes en temas de salud, y que muchas veces pueden estar equivocadas, sin embargo, los conocimientos son mantenidos a lo largo del tiempo ya que están arraigados y también son muy difíciles de cambiar, siendo esto uno de los principales retos o actividades que deben cumplir los profesionales de la salud al momento de planificar y llevar a cabo programas de prevención primaria” (6).
- **Conocimiento formal:** “Es aquel conocimiento que es impartido en las escuelas o instituciones de carácter formador como lo son las universidades, establecimientos de salud y otras en donde se organizan los conocimientos científicos en un plan curricular o de educación sanitaria” (6). Por ejemplo, los conocimientos teóricos que se les imparten a las mujeres respecto a la prevención del cáncer.

Según Kant, citado por Padilla (6), se afirma que el conocimiento está determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose dos tipos de conocimientos, el puro y el empírico. El primero se origina al contrastar la experiencia con la teoría que los estudiantes aprenden, y el segundo surge después de la experiencia, por ejemplo, cuando los estudiantes consolidan los conocimientos de teoría con la práctica y estos pueden ser luego aplicados en su práctica profesional y, es posible que identifique aspectos que requiere validar.

**3.1.3. Evaluación del conocimiento:** La evaluación o medición del conocimiento se puede realizar según sus características y se puede clasificar o medir de la siguiente manera:

- Cuantitativamente, según: Niveles o Grados: alto, medio y bajo, para ello se utilizan escalas numéricas como lo es la escala vigesimal o la escala de estanones, la cuál será utilizada en el presente estudio, e incluye escalas numéricas: de 0 al 20; de 10 a 100, etc. “Otra forma de evaluación que aunque sea menos objetiva es útil, es por medio de escalas gráficas que utilizan en su haber varios colores, diversas imágenes, etc” (6).

## 3.2. ACTITUDES

**3.2.1. Concepto:** De acuerdo con Fishbein y Azjen, citado por Ontiveros y cols (7), la actitud es considerada “como una predisposición relativamente estable a evaluar en un determinado objeto social (persona, grupo, suceso o situación)”. La evaluación puede ser o favorable o desfavorable o inclusive ambivalente. “Se entiende que la predisposición implica una postura subjetiva respecto al objeto, por lo que la actitud no se puede conocer directamente, sino por la manera en que el individuo se expresa, actúa, se comporta e interactúa con los demás” (7). “Las actitudes son formas organizadas de pensar, de sentir y de actuar ante los objetos, los fenómenos y las personas o los grupos” (8). “Otro concepto señala que las actitudes hacen referencia a el grado ya sea positivo o sea negativo con el que las personas tienden a hacer juzgamientos sobre cualquier aspecto de nuestra realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud” (8). “Las actitudes se forman en base a los conocimientos y creencias que se adquieren

por medio de la interacción con los demás, y también por las experiencias que son vividas directamente, en estos procesos están implicados el objeto de la actitud; es por ello que se ha señalado que una actitud puede tener, tres tipos de componentes: cognitivo, afectivo y conductual, cada uno de los cuales a su vez puede manifestarse con intensidades diferentes” (8).

El componente cognitivo es el conocimiento o la creencia que la persona tiene sobre un objeto social, esto quiere decir que para que una actitud sea generada en relación hacia un objeto determinado se requiere que exista algún tipo de representación cognoscitiva de dicho objeto, esta representación va generar una carga de tipo afectiva o una emoción hacia el mismo objeto, que constituye el componente de tipo afectivo y finalmente es la emoción la que se encarga de definir que la actitud sea favorable o desfavorable. Con relación a este componente, Fishbein y Ajzen, citado por Ontiveros y cols (7) lo señalan “como el más característico y distintivo de las actitudes” (7).

El componente conductual es el que se refiere a las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas al mismo. De acuerdo con Ontiveros y cols (7), “los tres componentes coinciden en que son evaluaciones del objeto de la actitud, así la información que se tiene del objeto puede ser favorable o también desfavorable, las emociones pueden ser positivas o también negativas, y la conducta e intenciones de conducta pueden ser de apoyo o también de desaprobación” (7).

### 3.2.2. Funciones de las actitudes

- **Función de organización del conocimiento:** “Como casi todas las personas están expuestas a una sobrecarga informativa que procede del entorno en el que se desarrolla, es necesario que la mente esté preparada para estructurar, organizar y capaz de dar coherencia a todo ese estímulo, con lo cual será posible lograr una adecuada adaptación al ambiente con el que se interactúa” (9). Las actitudes nos ayudan a que las personas puedan satisfacer la necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en dos términos, los términos positivos y los términos negativos. “Es así como, ante

situaciones nuevas, las actitudes permiten se pueda predecir qué es lo que se puede esperar de ellas, aumentando la sensación de control” (9).

El hecho de que el conocimiento del mundo se encuentre actualmente organizado en términos evaluativos, influye en la forma como las personas procesan cualquier información. Es decir que, los procesos de exposición y de atención hacia cualquier estímulo, su codificación por medio de la percepción y del juicio, la recuperación de la memoria, van a verse bastante influidos por las actitudes que tiene cada uno. Las actitudes son las que guían la búsqueda y la exposición a información relevante, permiten que las personas se acerquen a todos los aspectos de la realidad que son congruentes con ellas, y al mismo tiempo que se eviten aquellas situaciones o elementos que les sean contrarios. Es importante señalar que una vez que la actitud se ha formado, esta se constituye en una guía para la búsqueda de la información que sea capaz de reforzar o validar dicha actitud y, al mismo tiempo ignorando selectivamente la información que no es capaz de coincidir con ella. A su vez, las actitudes tienen influencia en el recojo e interpretación de información, por lo que también pueden guiar el funcionamiento de la memoria de forma parecida. “Es por ello, que se sabe que las personas en gran porcentaje tienden ser capaces de distorsionar sus recuerdos para ajustarlos a sus actitudes actuales” (9).

A pesar inclusivamente de que hay otras maneras en las cuales las actitudes pueden afectar a la organización y procesamiento de la información, la más importante es la tendencia hacia buscar información que sea congruente con la actitud. Reiterando lo que ya fue señalado, el conocimiento nos puede y va proporcionar control sobre el ambiente, y ayuda a que las personas puedan mantener sus cogniciones en una forma organizada de manera coherente y libre de presiones que aumentan la certeza en lo que uno sabe y, por tanto, la sensación de control que es tan necesaria para los seres humanos. “En tal sentido, la búsqueda constante del equilibrio y de la coherencia constituyen otra motivación en su totalidad humana que es muy importante” (9).

- **Función instrumental o utilitaria:** Esta función está basada en las teorías del aprendizaje, por medio de las cuales se afirma que las actitudes nos ayudan a la persona a que sea capaz de alcanzar los objetivos deseados, y que les brindan recompensas, así como a evitar los objetivos que consideramos no deseados, en cuyo caso la consecuencia será el castigo. Al promover la aproximación a los estímulos que generan gratificación y que evitan los estímulos aversivos, las actitudes pueden optimizar las relaciones que tienen los individuos con su entorno, maximizan los “premios” y minimizan lo máximo posible los “castigos”. “En otras palabras, por medio de las actitudes las personas pueden alcanzar lo que desean y evitar lo que nos les gusta, y de esta manera se contribuye a crear sensaciones de libertad y sensaciones de competencia” (9).  
“Es así como la función de las actitudes en el momento de buscar la realización de los intereses de carácter personal de manera coherente y eficaz, esto se hace observable, por ejemplo, en los médicos que tienen una actitud positiva hacia sus propios pacientes (para así poder atenderlos mejor), o los trabajadores que desarrollan nuevas actitudes de tipo positivas hacia sus centros de trabajo, gracias a las cuales tienen ventajas competitivas cuando son evaluados para posibles ascensos” (9).
- **Función de identidad y expresión de valores:** Las personas pueden manifestar en público sus actitudes cuando expresan sus opiniones y valoraciones sobre una gran variedad de asuntos o cuestiones. La forma como se realiza la expresión de las actitudes de tipo personal, además de sus correspondientes comportamientos, son muy útiles para informar al resto, e incluso a la misma persona de quiénes son, ayudan a que las personas puedan tener conocimiento de si mismos y también de darse a conocer a las demás personas. Es por ello, que se ha señalado el importante rol que cumplen las actitudes en la llamada definición y el llamado fortalecimiento de la identidad propia. “También es preciso recalcar que la expresión de todas las actitudes facilita que las personas puedan mostrar sus principios y a su vez, sus valores, que se logre la identificación con los grupos con los que es posible se pueda

compartir actitudes similares, esto quiere decir que, por medio de la capacidad de expresar las actitudes, es posible que las personas puedan acercarse a otro tipo de personas con tengan actitudes similares y de esta forma ayuda a la satisfacción de la necesidad básica de todo ser de ser aceptado y de pertenencia grupal” (9).

- “En resumen, si se consideran las funciones de las actitudes de manera conjunta, se puede señalar que son muy importantes para satisfacer lo que conocemos como necesidades psicológicas fundamentales de los seres humanos que son principalmente: tener conocimiento de todo tipo y control sobre el entorno que lo rodea, mantener cierto grado de equilibrio y de sentido interno, sentirse bien consigo mismo y lograr ser aceptados por los demás seres humanos” (9).
- “Como con mucha normalidad suele ocurrir con la mayoría o en muchos casos la totalidad de fenómenos psicológicos, existen variaciones entre las personas respecto a la necesidad imperativa de juzgar todos los estímulos del entorno en términos que sean posibles de evaluar, por lo que estas diferencias individuales cuando es necesario medir los estímulos es factible realizarlo mediante el uso de escalas de evaluación, asimismo, si se realiza la comparación de las personas que puntúan por debajo en la necesidad de evaluación, en comparación con aquellas que tienen altas puntuaciones tienden casi siempre a juzgar todo en términos bastante simples, de bueno o de malo y poseen un mayor número, en algunos casos muy superior, de actitudes, son estas últimas, las que serán mucho más accesibles y mucho más predictoras de su comportamiento” (9).

### **3.2.3. Formación de las actitudes**

Las personas cuyas tienen actitudes hacia la mayor parte de estímulos que se encuentran a su alrededor, incluso existen actitudes para los objetos sobre los cuales no se tiene ningún conocimiento ni experiencia previa, sin embargo, estos pueden ser juzgados o evaluados desde la dimensión de lo que llamamos bueno o de lo que llamamos malo, o lo que me gusta o lo que no es de mi agrado. A pesar de que algunas de estas evaluaciones pueden ser influidas por

aspectos de tipo genético, como al parecer ocurre en casos muy concretos, como por ejemplo cuando hablamos sobre las actitudes de aversión hacia las serpientes, roedores, arañas, algunos sonidos y sabores, cuyo origen al parecer se basa en mecanismos que son relativamente y hasta cierto punto innatos que han ayudado a la reservación de la especie en épocas de nuestros ancestros, por ello, es reconocido que la mayoría de nuestras actitudes tiene sus raíces en nuestro propio aprendizaje y nuestro propio desarrollo social. Es así como muchas, sino la mayoría de las actitudes son del tipo más común, las de tipo adquirida:

- Por condicionamiento de tipo instrumental, es decir, por medio de lo que conocemos desde siempre como premios y como castigos que se reciben por la conducta hecha.
- Por modelado o por imitación de nuestros pares, es decir de otros.
- Por refuerzo de tipo vicario u observación de todas las consecuencias de la conducta de nuestros similares, los demás.

Las actitudes se organizan de varias formas, la principal es en relación con tres componentes que son denominados, en función del tipo de información que estos contienen, el componente cognitivo, el componente afectivo y por último el componente conductual. Los tres tipos de información mencionados previamente juegan un papel de mucha importancia en la formación y a la vez, en el desarrollo de las actitudes.

#### **a) Actitudes basadas en información cognitiva**

El sentido común nos indica que las actitudes tienen una relación directa con los pensamientos o las creencias que las personas desarrollan sobre el objeto de actitud que se vincula a ellas, de esta manera los juicios se basan en lo que le gusta, o con lo que las personas están de acuerdo o no, también puede ser en función de lo que se piensa acerca de las cualidades que se dividen en cualidades positivas o las cualidades del tipo negativo que posea el objeto de actitud o bien, y de cómo puede este pueda, o sea capaz de ayudarnos a conseguir nuestras metas trazadas. El simple y solo hecho de estar todos los

días en contacto con gran cantidad de objetos y también de personas hace que se vayan desarrollando una serie de creencias y/o pensamientos que pueden describir y también valorar a esos objetos y personas. Así, se aprende, por ejemplo, el rol protector que cumple el padre, que si se manipula algo caliente existe gran posibilidad de que nos vayamos a quemar. “Por otra parte, existen una clase distinta de objetos y temas con los cuales puede que no se haya tenido una experiencia propia, y por ello es probable que tal vez nunca se desarrollen actitudes hacia esos objetos” (10).

“A lo largo de la fase de transición por las diferentes etapas de nuestro desarrollo, se van obteniendo criterios que ayuden a la formación de las actitudes y comportamientos, en tal sentido, se han formulado varios y diversos modelos que son de tipo teórico que especifican la relación que existe entre algunas de este tipo de creencias con las actitudes y, finalmente con la conducta, entre los modelos más vigentes en la actualidad destacan la Teoría de la acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen, y la Teoría de la acción planeada, propuesta por Ajzen” (10).

La Teoría de la acción razonada esta basada en el modelo, que se conoce actualmente como el de la expectativa-valor, y parte de la premisa previa de que las actitudes están y son determinadas por las creencias que se tienen acerca del objeto actitudinal. También se tiene a las actitudes que se basan en información de tipo afectiva, dado que otro de los procesos que tiene la capacidad de influir sobre todas las evaluaciones que se desarrollan acerca de un objeto de actitud es el afecto, es por ello, que a través de las experiencias de todo tipo nos es posible asociar determinadas emociones a determinadas personas, determinados objetos o determinadas situaciones, y ello, relativamente o por su totalidad al margen de las creencias que se tengan sobre el objeto el cuál es evaluado. “Por otro lado, las actitudes que se basan en información de tipo conductual, son todas las conductas que las personas realizan en relación con dichos objetos los que pueden proporcionar información de relevancia para que las actitudes sean constituidas” (10).

### **3.3. PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA**

#### **3.3.1 Concepto de cáncer de mama**

“El cáncer de mama es la neoplasia maligna de mayor frecuencia actualmente entre las mujeres del mundo, considerada la quinta causa de muerte por cáncer en la población general, y la primera en la población femenina. Tiene su origen en el crecimiento descontrolado de las células del epitelio de los conductos de las mamas que adquieren características diferentes a las células normales debido a una o más mutaciones genéticas en la célula lo que hace posible un crecimiento desordenado. Este proceso genera un tumor que puede evolucionar de diferentes formas, pudiendo tener un desarrollo más rápido y agresivo o más lento y pasivo” (11).

#### **3.3.2 Epidemiología**

“Los factores considerados de riesgo para el cáncer mamario han sido identificados y se agrupan en factores no modificables (familiares y hereditarios) y factores modificables (ambientales)” (11). Los factores de riesgo familiares incluyen antecedentes de tipo familiar de cáncer de mama, otras enfermedades mamarias o alta densidad mamaria. Las mujeres con mutaciones hereditarias, específicamente en BRCA1 y BRCA2, pueden tener un riesgo incrementado de cáncer de mama. “Los riesgos genéticos del cáncer de mama sólo representan aproximadamente del 5 al 10 % de los cánceres mamarios, mientras que se cree que el 90% de la aparición de cáncer de mama está relacionada con el medio ambiente” (11). “Los factores de riesgo que se consideran modificables más comúnmente conocidos para el cáncer mamario son la obesidad, el estilo de vida sedentario, tener un primer hijo posterior a los 30 años, el uso posmenopáusico de hormonas y anticonceptivos orales, y la exposición a xenoestrógenos” (12).

“Un creciente cuerpo de evidencia de estudios en animales y humanos relaciona la exposición a químicos ambientales con mayores riesgos de desarrollar cáncer de mama. Entre ellos se encuentran los disruptores endocrinos (EDC)” (13, 14). Los EDC son sustancias químicas exógenas que pueden interferir con la acción de la hormona endógena con características clave, que incluyen la activación o el

antagonismo de los receptores hormonales o la alteración de la expresión del receptor y los eventos de señalización posteriores en las células sensibles. “Los ejemplos más comunes de EDC son las dioxinas, los bifenilos policlorados, el bisfenol A y los parabenos que se encuentran en productos como plásticos, detergentes, alimentos, juguetes, cosméticos o productos farmacéuticos” (15). “Los parabenos son ésteres alquílicos del ácido 4-hidroxibenzoico. La evidencia emergente ahora ha revelado la propensión de los parabenos a alterar el sistema endocrino en función de su impacto adverso en el desarrollo y la reproducción de estudios tanto in vitro como in vivo” (16, 17).

“Los seres humanos tienen una exposición continua y repetitiva a los parabenos. Los parabenos, que actúan como conservantes para evitar el crecimiento de microorganismos, comúnmente se absorben o se ingieren a diario a partir de productos para el cuidado personal que contienen parabenos, como lociones, desodorantes, productos para el cuidado del cabello, productos para el afeitado, productos farmacéuticos, textiles, ropa y alimentos” (18). “Los parabenos se distribuyen sistémicamente una vez que ingresan al cuerpo a través de la absorción dérmica o gastrointestinal. Se han detectado parabenos en tejidos humanos, sangre, leche materna, placenta y orina. Entre todos los parabenos a los que los humanos están expuestos, los cuatro parabenos más comunes detectados en fluidos biológicos son metilparabeno (MP), el etilparabeno (EP), propilparabeno (PP) y el butilparabeno (BP)” (18).

“Se ha postulado que la exposición a algunos EDC conduce a una proliferación celular exacerbada y al crecimiento de tumores en las mamas” (11). Para establecer vínculos entre los parabenos y el cáncer de mama, es imperativo demostrar la presencia y la localización de los parabenos dentro del tejido mamario. Se han investigado los niveles de parabenos en el tejido mamario extraído desde la axila hasta el esternón. MP se detectó en aproximadamente 16,6 ng por gramo de tejido mamario, más alto que lo documentado previamente. El nivel tisular de PP fue de 16,8 ng/g, superior al de MP. “También se detectaron otros parabenos, como BP, EP e IsoBP, aunque en niveles relativamente más bajos” (18). Sin embargo, no hubo una identificación de una correlación que sea significativa entre la concentración de parabenos y la

ubicación de los tumores de mama o el estado del receptor de estrógeno en los tumores de mama. “Se ha demostrado que los parabenos tienen una mayor bioacumulación en las áreas externas (axila y lateral) de la mama que en las áreas internas (medial y medial)” (18). Las áreas externas del seno consisten en más tejido adiposo donde las glándulas mamarias están ubicadas centralmente. Además, se ha informado sobre la detección y acumulación de parabenos en el tejido adiposo de la mama, posiblemente debido a su moderada hidrofobicidad. “Los niveles más altos de parabenos detectados en las regiones externas de los senos podrían estar asociados con la forma en que se aplican los desodorantes” (18). “Cabe señalar que la exposición diaria prolongada a una mezcla de parabenos (es decir, más de un tipo de parabenos), la bioacumulación y las interacciones con otros xenoestrógenos pueden provocar cambios locales intracrinos, paracrinos o endocrinos, lo que contribuye a la carcinogénesis mamaria y por tanto, la exposición a estos debe ser considerada como un factor de riesgo más que se debe evitar para la prevención de esta enfermedad” (18).

### **3.3.3 Fisiopatología**

Las alteraciones genéticas y las de tipo epigenético en el cáncer de mama (CM) han sido ampliamente investigadas en la fisiopatología del cáncer de mama. Sin embargo, aún se desconoce cuándo, durante el proceso de carcinogénesis, estos eventos surgen por primera vez. La identificación de aberraciones moleculares asociadas con el desarrollo de cáncer de mama puede proporcionar un marco conceptual para una comprensión más profunda de esta compleja enfermedad. “Los estudios de asociación del genoma completo (GWAS) han detectado más de 170 loci genómicos que albergan variantes comunes asociadas con el riesgo de BC, incluidos alelos modificadores con penetrancia alta (p. ej., BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN) a moderada (p. ej., BRIP1, CHEK2, ATM, y PALB2). Sin embargo, muchas variantes se encuentran en regiones no codificantes o intergénicas y su papel funcional en la transformación del cáncer sigue siendo en gran parte desconocido” (19). Recientemente, se utilizaron estudios de asociación de todo el transcriptoma para integrar GWAS y conjuntos de datos de expresión génica e identificaron 154 genes cuya expresión predicha se asoció con el riesgo sufrir cáncer mamario. “La relativa

falta de perfiles moleculares del tejido mamario normal de sujetos libres de enfermedades hace que el campo sea un desafío” (19).

Muchos estudios en busca de biomarcadores de cáncer han identificado firmas de expresión génica, firmas epigenéticas, pérdida de heterocigosidad y desequilibrio alelo resultante del desarrollo de malignidad. “Entre los procesos moleculares relacionados con el cáncer, la metilación del ADN tiene un papel clave en el inicio y en el desarrollo temprano del cáncer a través de un proceso conocido como reprogramación epigenética, que puede conducir al silenciamiento y pérdida de la expresión de los genes supresores de tumores e inestabilidad genómica” (20).

Además de los eventos epigenéticos tempranos, se han identificado dos moléculas, FAM83A y NEK2, sobreexpresadas en mamas de alto riesgo y, por lo tanto, marcadores potenciales de susceptibilidad a cáncer de mama. Además, utilizando una subcohorte de donación repetida de tejidos mamarios por los mismos donantes, se ha confirmado que los cambios moleculares identificados en sujetos de alto riesgo son independientes de la edad. “Estos hallazgos conducirán a una comprensión más profunda de la susceptibilidad de cáncer de mama y también proporcionarán a la comunidad científica el perfil molecular del tejido mamario normal verdadero” (19). Cada vez es más evidente que la herencia epigenética de la enfermedad también puede ocurrir y puede explicar algunas condiciones hereditarias. Existe una fuerte indicación de que, en el momento de la concepción, los padres pasan más que material genético a su descendencia. “También transmiten una memoria molecular de exposiciones ambientales pasadas que pueden resultar en la predisposición de la descendencia a ciertas enfermedades crónicas” (21).

“Se ha demostrado que las agresiones ambientales y del estilo de vida reprograman el epigenoma del esperma en humanos y en modelos animales. Estudios publicados recientemente demostraron que la pequeña carga de ARN en el esperma paterno puede transmitir fenotipos a la progeñie” (22, 23). “Algunos de esos informes implican fragmentos de ARNt (tRF), que son el subtipo de ARN pequeño más abundante en el esperma, en la transmisión de información inducida por el medio ambiente de padres a hijos y muestran que pueden recapitular fenotipos de enfermedades” (22).

“Debido a que el desarrollo de la glándula de la mama comienza durante la etapa fetal, múltiples estudios informan que la exposición materna durante la gestación puede reprogramar epigenéticamente el tejido mamario de las hijas y aumentar el desarrollo del cáncer de mama” (24, 25, 26). Sin embargo, en los últimos años ha surgido un papel para las exposiciones paternas en la modulación de la predisposición al cáncer de mama en la descendencia. “Recientemente se ha demostrado que la obesidad paterna, la desnutrición y el consumo regular de una dieta alta en grasas conducen a un mayor desarrollo de cáncer de mama en la descendencia” (27). Un fenotipo asociado con cambios en el desarrollo normal de la glándula de la mama. “También se ha encontrado que un fenotipo recurrente que acompaña a la predisposición al cáncer de la descendencia es la disfunción metabólica” (27, 28), lo que plantea la posibilidad de que el desarrollo del cáncer inducido por el padre pueda ser una función tanto de los efectos sistémicos como de los cambios específicos del tejido.

Los efectos paternos en la generación F1 incluyen alteraciones en el epigenoma de la línea germinal, lo que sugiere que los rasgos de la enfermedad en la descendencia podrían transmitirse a las generaciones futuras. “De hecho, se ha informado que los fenotipos inducidos por el padre observados en la F1 pueden transmitirse a la generación F2” (29). También hay evidencia de programación intergeneracional de enfermedades inducida por el medio ambiente de cohortes humanas: un estudio reciente informó una asociación entre el estado nutricional paterno y el aumento de la mortalidad por cáncer en las generaciones posteriores. “Al parecer, la predisposición al cáncer de mama inducida por el padre observada en las hijas puede transferirse a generaciones sucesivas” (30).

#### **3.3.4. Síntomas y diagnóstico**

“Ante la sospecha que precede a un diagnóstico de cáncer de mama en la mayoría de los casos, en el 80% es el hallazgo de una tumoración que se caracteriza por no ser dolorosa, pero a la vez también existe un 10% de los casos en los que la tumoración dolorosa en la mama es el síntoma inicial, hasta en algunas ocasiones aún en ausencia de un tumor que sea palpable, en el otro 10% es decir el 10% restante, el tumor es recién descubierto durante un examen de rutina, o bien por un estudio de imagen, es decir un descubrimiento casual. Con una frecuencia mayor el tumor es encontrado

inicialmente por la propia paciente durante su aseo personal diario o con las maniobras de auto-exploración en las mujeres que si la practican, notando una deformación, descrita como una protuberancia o una retracción de la piel de la mama o del complejo existente de areola y pezón, signos sugestivos de la existencia de un tumor maligno subyacente. Muy raramente los síntomas de inicio son el descubrimiento de tumores ganglionares ya sea en la región axilar o en las regiones supraclaviculares y mucho más infrecuentes son las manifestaciones generales que se producen por las metástasis antes de haber detectado el tumor primario mamario” (31).

“Algunas veces los tipos de cáncer mamario se presentan con una sintomatología muy variada al inicio de toda la enfermedad, tal es el caso del conocido carcinoma papilar, que se manifiesta con un sangrado a través del pezón; también podemos mencionar a la enfermedad llamada tipo Paget, que sus síntomas empiezan como eccema de la piel de la areola y de la piel del pezón, mencionamos también al carcinoma inflamatorio que se puede confundir con un proceso más simple que es de tipo inflamatorio con síntomas leves como lo es el enrojecimiento, el aumento de la temperatura y el dolor, semejante al inicio de una infección de tipo erisipelatoide” (31).

“El estudio clínico de toda paciente paciente en quien sospechamos una neoplasia maligna de mama, se inicia mediante la historia clínica completa, la cuál es de suma importancia y donde debemos dar énfasis al análisis de los factores de riesgo ya señalados que puede o no tener la paciente. La exploración física de las glándulas mamarias debe incluir lo que es la inspección y también la palpación de las mismas, en dos posiciones, tanto en la posición sentada como en la posición acostada, incluyendo en el examen a las regiones axilares y las regiones supraclaviculares. Los estudios auxiliares nos ayudan y apoyan para hallar el diagnóstico y que permiten una realización para una adecuada estadificación de la patología son el ultrasonido de las mamas, la mamografía de tipo bilateral, la radiografía de tórax Ap. y lateral, el ultrasonido hepático y en etapas superiores del estadio IIa, el rastreo óseo” (31).

### **3.3.5. Clasificación Molecular del Cáncer de Mama**

“Se ha demostrado que los análisis de la expresión genética tienen el suficiente potencial de capturar la heterogenicidad característica de la enfermedad. Así se logró

diferenciar el cáncer de mama en varias subclases sólo basándose en las diferencias que se observaron en dicho perfil y fue demostrado que la expresión de HER y HER-2 representa dos determinantes mayores de subgrupos moleculares del cáncer de mama” (32). “Considerando que las mamas consisten en dos capas de tipo celular que pueden ser diferenciadas por la expresión y sobreexpresión de algunos marcadores celulares: una epitelial luminal bien diferenciada que se presenta en la interna, y otra en la parte externa, a lo largo de toda la membrana basal, se inició el establecimiento de un sistema que clasifica al cáncer de mama distinguiendo cinco subgrupos moleculares usando agrupaciones jerárquicas no supervisadas” (31).

“Dos subtipos que son HER (+): luminal A y luminal B que son los que expresan citoqueratinas (CKs) de bajo peso molecular, aquí se incluye a la CK7, la CK8, la CK18, y la CK19 e integrina alfa-6 MUC1, BCL2, ER, PR, GATA3, y moléculas de adhesión de células epiteliales, y que, por tanto, podrían tener como origen una célula precursora luminal más diferenciada” (31). “Y otros tres, que se caracterizan por tener una expresión baja de HER y que fueron denominadas: cáncer mamario basal-like (BCBL) que está caracterizado por una falta de expresión de HER, PR, HER-2 (por ej. BCTN) y por la presencia de células mioepiteliales, las cuáles se encargan de la expresión de citoqueratinas basales como CK5/6, también CK14, CK17, vimentina, p-caderina, aB cristalina, caveolinas 1 y 2, EGFR, y un alto índice de proliferación, cáncer de mama “HerbB2-like/HER-2-like” que muestra una expresión bastante aumentada de genes que han sido asociados con el HerbB2 y cáncer mamario normal-like (BCNL) porque tienen características que comparten con el tejido mamario normal” (31). “Aunque más bien, parece ser sólo un artefacto por tener un porcentaje de “alta contaminación” de tejido mamario que se considera normal en el espécimen” (31). “El término cáncer mamario basal-like radica en que se parece el patrón de expresión al patrón que sea observado entre las células normales basales/mioepiteliales de la mama por lo que se dice que el cáncer mamario basal-like nace de aquella capa externa o quizá su origen esté en las células madre precursoras de células mioepiteliales basales” (31). “Esta clasificación es importante no solo por las características moleculares, sino también porque los subtipos pueden

servir de pronóstico sobre el comportamiento clínico de la supervivencia libre de la enfermedad y la supervivencia total” (31).

### **3.3.6. Tratamiento**

El tratamiento para el cáncer mamario tiene como base la combinación entre cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y nuevas dianas. La elección del tratamiento adecuado depende de varios factores, del estadio, de las características que tenga el tumor y de los factores individuales de la paciente como la edad, la menopausia, el embarazo, etc. Para tener una comprensión más clara del tratamiento del cáncer mamario es necesario llegar a la comprensión total de la historia natural del tumor. En el siglo XIX se pensaba que el cáncer de mama era una enfermedad que era solo local y que luego se extendía por contigüidad, primero localmente, luego a la axila que era lo mas contiguo y ya finalmente a otros órganos. Por este motivo en esa época se defendía mucho lo que eran las cirugías bastante agresivas con extirpación total de la mama y muchas veces de los músculos pectorales, y extensas linfadenectomías, incluso llegando a extirpar los ganglios supraclaviculares o los de la cadena mamaria interna. Pero estas cirugías mutilantes no consiguieron el objetivo de mejorar la supervivencia. Un siglo más tarde nació la idea de “enfermedad micrometastásica precoz” y se instauraron nuevos tratamientos sistémicos en la enfermedad “aparentemente localizada”, lo cual llego a permitir la optimización de los resultados con cirugías mucho menos agresivas. Se distinguen entonces dos tipos de tratamiento:

- Tratamientos locales: cirugía y radioterapia sobre la mama y sobre las cadenas ganglionares.
- Tratamientos sistémicos: la quimioterapia, la hormonoterapia y nuevas dianas. Estos tratamientos van encaminados a erradicar por completo la enfermedad metastásica o micrometastásica.

#### **a) Enfermedad localizada**

En estos casos primero siempre son consideradas las maniobras locales, como lo es la cirugía y radioterapia, pero a su vez se considera a los tratamientos sistémicos que son necesarios para la erradicación de una posible enfermedad no visible.

## **Cirugía**

“La evolución de la cirugía del cáncer mamario ha mejorado pasando de una cirugía radical hacia una cirugía “minimalista” (cirugía conservadora y ganglio centinela en casi todos los casos), gracias al cambio conceptual sufrido que ya fue mencionado previamente. Varios ensayos clínicos nos constatan que la cirugía de tipo conservadora unida a la radioterapia consigue la misma supervivencia que la mastectomía” (33). Los principales avances producidos en este extenso campo son la técnica del ganglio centinela y las cirugías de reconstrucción mamaria.

### **Técnica del ganglio centinela**

“Por bastante tiempo, la linfadenectomía fue el estándar en lo que era el tratamiento del cáncer mamario de tipo localizado. Es una técnica que permite una estadificación correcta, pero que tenía a costa efectos secundarios no deseables y de considerable importancia como el linfedema, por lo cual se desarrolló posteriormente la famosa técnica del ganglio centinela, esta consiste en aplicar una inyección de colorante vital o de un radiotrazador alrededor del mismo tumor para la detección con una gammacámara del primer ganglio de drenaje axilar. Si el resultado del ganglio centinela es negativo, el resto de la axila también es negativo en el 95% de los casos; pero si está afectado, es recomendable completar la linfadenectomía. Esta técnica se indica en los tumores  $\leq 3$  cm” (33).

### **Técnicas oncoplásticas**

“Las pacientes que son elegidas como candidatas para la cirugía deben recibir información acerca de todas las opciones, considerando en todo momento la importante relación entre el tamaño del tumor primario y el tamaño de la mama, la localización del tumor, la necesidad o no de recibir radioterapia, las posibles complicaciones, etc. No todas las intervenciones son realizables en todas las pacientes. Alrededor del mundo, estas técnicas buscan ofrecer una cirugía oncológica correcta con un resultado estético favorable para la paciente. El objetivo principal es realizar una reconstrucción del volumen mamario y de alcanzar la simetría. Pueden realizarse inmediatamente (a la par

de la mastectomía) o de manera diferida. Hay diversas técnicas para la recuperación del volumen mamario: la colocación de un expansor-prótesis, implantes de tipo miocutáneos (que es un colgajo del músculo dorsal ancho o del músculo recto anterior), técnicas mixtas, y colgajos con microcirugía que se constituyen de piel y tejido celular subcutáneo. Entre las técnicas que intentan y logran conseguir la simetría de las mamas cabe destacar a la cirugía de la mama contralateral y la reconstrucción del complejo areola-pezones” (33).

### **Radioterapia**

“Indicar radioterapia tras la cirugía conservadora se ha vuelto un estándar. Además de los ensayos aleatorizados que confirman esta práctica, en un metaanálisis se llega a demostrar que hay un beneficio en la supervivencia de las pacientes tratadas con radioterapia” (34). “El esquema que mas se utiliza es 46 a 50 Gy a la totalidad de la mama en fracciones de 2 Gy, durante 4,5 a 5,5 semanas, con o sin sobreimpresión de 10 a 16 Gy. También existe la posibilidad de no usar la radioterapia en mujeres mayores de 70 años con tumores que tengan muy buen pronóstico (<2 cm y hormonosensibles)” (35). “Posterior a la mastectomía también se puede indicar la radioterapia de carácter complementario, principalmente en los tumores >5 cm, que tengan infiltración de la piel o infiltración de la pared torácica, o en tumores inflamatorios, que afectan márgenes o ganglios. En este campo actualmente también se han producido importantes avances, algunos de ellos que aún no han sido consolidados. Algunas técnicas tienen como intención acortar lo que dura la radioterapia (irradiación acelerada), irradiar menos cantidad de mama (irradiación parcial, limitando el tratamiento solo al lecho tumoral y al tejido mamario adyacente) o irradiar menos cantidad de tejidos sanos (radioterapia con modulación de intensidad)” (33).

### **Quimioterapia**

“Cuando la enfermedad es localizada se considera la administración de quimioterapia en dos modalidades: en adyuvancia y en neoadyuvancia” (33).

### **Quimioterapia adyuvante**

“Una vez la paciente ya haya sido intervenida, deben considerarse diversos factores de riesgo para ver y prever las posibilidades de recaída. De hecho, algunas mujeres (en su mayoría las que tienen tumores de fenotipo luminal A) no necesitarán quimioterapia. La indicación de quimioterapia adyuvante y del tipo de fármaco que se vaya a utilizar está basada en los datos del metaanálisis del Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (36) y en la información obtenida a partir de diferentes ensayos” (36).

La quimioterapia adyuvante nos ha demostrado una reducción considerable en las tasas de recurrencia y las tasas de muerte en todos los grupos etarios (<70 años). “Los mayores beneficios son obtenidos en las mujeres que son jóvenes y que no tienen dependencia hormonal, y esta reducción en el riesgo es producida de forma independiente de la afectación de los ganglios. Se ha encontrado superioridad de las antraciclinas frente a regímenes tipo CMF (ciclofosfamida, metotrexato, 5-fluorouracilo)” (37). “Recientemente, numerosos estudios han confirmado que cuando se incorpora otro grupo de quimioterápicos, los taxanos, en la adyuvancia del cáncer mamario, en las pacientes con afectación axilar y las pacientes con axila negativa” (38, 39). Aún no ha sido establecido el mejor esquema (ya sea secuencial o sea concomitante) ni qué taxano (paclitaxel o docetaxel) sea mejor usar, por lo que las posibilidades son realmente enormes. La balanza logrará su inclinación atendiendo a las características individuales de cada paciente o sus preferencias.

“En ciertas mujeres (las > de 65 años, que sufren hipertensión arterial, alguna cardiopatía o radioterapia torácica previa) puede ser de preferencia no utilizar antraciclinas por la temida cardiotoxicidad. Hay disponibles tratamientos, como lo son las antraciclinas liposomales o los nuevos esquemas que no incluyen a las antraciclinas, con igual efectividad” (40).

“Otro de los avances de vanguardia en la quimioterapia, además de los fármacos nuevos que han sido incorporados y las combinaciones nuevas, es el tratamiento de soporte. El uso de factores estimulantes de colonias de manera sistemática evita la toxicidad en los esquemas que tienen una alta probabilidad

de producir neutropenia, permite también la pronta identificación de otros factores pronósticos de importancia y de predictores de respuesta que incrementa la cifra de cirugías conservadoras” (40).

### **Hormonoterapia**

“Casi el 75% de los cánceres mamarios tienen receptores hormonales positivos, y esta hormonodependencia es posible de ser bloqueada. La hormonoterapia surge así como el tratamiento de primera línea que está dirigido a una diana molecular concreta, el receptor de estrógenos (RE). De hecho, en la actualidad el tratamiento no tiene eficacia en los tumores RE negativos. Hay varios fármacos con distintos mecanismos de acción:” (33).

- La eliminación de fuente estrogénica mediante una supresión de los ovarios en las pacientes que son premenopáusicas y las que usan inhibidores de la aromataasa en las mujeres menopáusicas.
- El bloqueo de la unión estrogénica a su receptor con moduladores selectivos (SERM, selective estrogen receptor modulators), como lo es el tamoxifeno.
- Agentes antiestrógenos que son puros o son degradadores selectivos del RE, como lo es el fulvestrant.

### **Trastuzumab**

“El trastuzumab es un conocido anticuerpo monoclonal humanizado que está dirigido frente al dominio fuera de la célula del receptor HER2 el cuál bloquea las vías de señalización mediadas por él. Su amplificación y/o sobreexpresión indica un mal pronóstico a las mujeres. Más de 13.000 pacientes con cáncer de mama de tipo localizado y con sobreexpresión de HER2 fueron incluidas en ensayos clínicos. Los datos fueron comunicados en 2005 y supusieron en ese año una revolución de última generación en el tratamiento complementario del cáncer mamario. Las pacientes que recibían en su tratamiento este agente durante por lo menos un año demostraban una supervivencia libre de toda enfermedad claramente superior. Entonces, desde su introducción en la práctica clínica es una realidad actual. La toxicidad de mayor relevancia es la

toxicidad cardíaca (2% a 4%), pero comparándola con la cardiotoxicidad de las antraciclina, esta es reversible, no se acumula y responde a tratamiento médico” (33).

### **Enfermedad avanzada**

“Los objetivos claros en el cáncer de mama que hace metástasis son mejorar los síntomas sufridos por la paciente y la calidad de vida, prolongar lo máximo posible la supervivencia y excepcionalmente llegar a lograr la curación. El tratamiento es de carácter paliativo y la supervivencia en promedio ronda los 2 a 3 años, aunque existe una gran variabilidad, desde las pacientes que llegan a vivir solo meses hasta las pacientes que llegan a convivir con la enfermedad durante muchos años. La selección del tratamiento en la enfermedad avanzada es y siempre debe de ser de carácter individual y en todo momento considerando las características únicas de las pacientes y el comportamiento propio del tumor. Así entonces, la extensión de la enfermedad (no es lo mismo una recaída que tiene afectación ósea exclusiva a otra una con afectación hepática y afectación cerebral), el estado actual de los receptores hormonales y de la expresión de HER2, el intervalo presente libre de enfermedad, y la presencia o la ausencia de sintomatología (urgencia terapéutica), nos ayudan a seleccionar el tratamiento mas adecuado para cada situación (más eficacia y menos toxicidad). Con fortuna, no sólo la quimioterapia y la hormonoterapia se nos presentan como posibilidades terapéuticas, sino también la aparición de nuevas opciones terapéuticas (las dianas moleculares) que nos permite su uso en combinación, monoterapia, en primera línea o sucesivas” (33).

### **3.3.7. Prevención del cáncer de mama**

“La carcinogénesis es un proceso de varios pasos que involucra varios cambios celulares a lo largo del tiempo, y los patrones de estilo de vida juegan un papel clave en la prevención primaria” (41). Un patrón integrado de conductas mantenidas a lo largo del tiempo, una forma de vida, la limitación de la ingesta de alcohol, la incorporación de actividad física y una alimentación saludable presentan la oportunidad para la mayor reducción del

riesgo de cáncer mamario. El diseño de intervenciones eficaces de reducción de riesgos requiere el conocimiento de investigaciones previas sobre los resultados y los mecanismos clave de percepción, conocimiento, riesgo y actitudes que influyen en los comportamientos.

“La evidencia sugiere el potencial de reducción del riesgo de cáncer mamario a través de modificaciones en el estilo de vida. Las mujeres que beben mucho tienen un 60% más de riesgo de sufrir cáncer mamario en relación con las mujeres que no beben” (42). “Sin embargo, ha sido descubierto que la ingesta de alcohol en niveles bajos que antes fueron considerados como "seguros" eleva significativamente el riesgo de cáncer” (43). “La Organización Mundial de la Salud surge como recomendación que las personas limiten el consumo de alcohol para reducir el riesgo de cáncer” (44).

“La investigación de acción participativa (PAR) intenta disminuir y hasta llegar a cerrar la brecha que existe entre lo que es la investigación y lo que es la práctica “creando condiciones que faciliten el control de las personas sobre los determinantes de su salud”. Una diferencia clave de la investigación tradicional es que PAR trabaja con la población que experimenta el problema de salud y las partes interesadas, quienes a su vez toman medidas para mejorar la salud. Para lograr un cambio significativo y sostenible, PAR requiere un cambio en el poder y una reconfiguración de los roles de los investigadores y los participantes pasando de participantes pasivos de la investigación a socios en el proceso de investigación” (41).

“PAR ha demostrado ser beneficioso en la investigación con mujeres en una amplia gama de áreas de salud preventiva, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la actividad física. Las intervenciones efectivas en estas áreas de salud tienen factores de riesgo de estilo de vida superpuestos con el cáncer de mama, lo que es indicador de que el mecanismo de PAR puede ser beneficioso para la prevención primaria del cáncer de mama” (41).

“La prevención de carácter secundario del cáncer mamario a través de intervenciones de detección y control del cáncer ha encontrado que el enfoque de investigación de PAR es beneficioso para obtener buenos resultados. Los

estudios de PAR que buscaban mejorar la equidad en la salud encontraron que las mujeres del grupo de intervención tenían 10 veces más probabilidades de someterse a exámenes de detección de cáncer de mama que el grupo de control el cuál fue el que recibió material educativo de tipo escrito” (45). El control del cáncer se ha beneficiado de PAR a través de pacientes que contribuyen a la mejoría de todos los servicios de salud.

La prevención se trata de que todas aquellas medidas que han sido a la reducción de la probabilidad de llegar a sufrir un cáncer mamario. Se tiene como objetivo reducir el número de casos nuevos en un grupo o en una población específica, así como también por se realiza por medio de la prevención, se espera reducir el número de muertes ocasionadas por el cáncer. Según mencionan Riera y cols (46), para que la promoción sea eficaz, es preciso promover o llegar a modificar los siguientes hábitos:

- Tener una alimentación sana y que sea equilibrada.
- Realizar ejercicio o actividad física, por lo menos cuatro horas a la semana.
- Evitar definitivamente el tabaquismo.
- Moderar y reducir la ingesta de alcohol.
- Controlar el peso (evitar el sobrepeso y obesidad, sobretodo en la menopausia).
- Tener un control adecuado de la presión arterial.
- No tomar en ningún momento tratamientos hormonales sin una prescripción médica y en lo que sea posible llegar a evitar el tratamiento hormonal sustitutivo tras la menopausia; salvo exista una prescripción médica.

#### **a. Quimioprevención**

Dado que el estrógeno es esencial para que el cáncer de mama se desarrolle, los agentes hormonales se utilizan para que exista la prevención del cáncer mamario. “Los ensayos clínicos con modificadores selectivos de los receptores de estrógeno e inhibidores de la aromatasas (AI) han sido capaces

de demostrar que el tamoxifeno es el agente quimiopreventivo del cáncer de mama más prometedor, pero se debe considerar el uso de raloxifeno debido a los eventos adversos. Los Inhibidores de la Aromatasa también demuestran ser agentes quimiopreventivos para las mujeres posmenopáusicas. Debido a que la prevención química conlleva el riesgo de eventos adversos y se dirige a mujeres sanas, es fundamental evaluar el riesgo de aparición para confirmar la necesidad de administración profiláctica” (47).

### **3.4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

#### **3.4.1. A nivel internacional**

Subba, Parida, Sahu y Kumari, Janki, (2022), en su estudio titulado: “Conocimiento, actitud y utilización de los servicios de detección del cáncer de cuello uterino y de mama por parte de mujeres profesionales de la salud en un hospital de atención terciaria del este de la India: un estudio transversal, cuyo objetivo fue evaluar con detenimiento el conocimiento y la utilización de métodos de detección para el cáncer de cuello uterino y de mama e identificar las barreras para la no participación Resultados: El examen clínico mamario y la mamografía fueron practicados por sólo el 26,5% y el 7% de las encuestadas, respectivamente. Solo siete médicos y una enfermera se habían sometido alguna vez a una prueba de Papanicolaou. “Más del 90% de los encuestados conocía los factores que consideramos como de riesgo, los signos y los síntomas y la disponibilidad de herramientas de detección para la detección temprana de carcinoma de cuello uterino y de mama, concluyen que en personal de salud la participación en programas de detección del cáncer mamario y de cuello uterino fue insatisfactoria a pesar de tener un buen conocimiento de los cánceres prevenibles y los métodos de detección entre los profesionales de la salud” (1).

El estudio de Sarker, Moonajilin, Rahman, Gesesew y Ward, (2022), titulado: “Efectividad de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer de mama y el autoexamen de mama entre estudiantes universitarias en

Bangladesh: un estudio cuasi-experimental pre-post”, tuvo un objetivo el cual fue evaluar el efecto de un programa de intervención de carácter educativo sobre el actual conocimiento del cáncer de mama y la práctica del autoexamen mamario entre jóvenes estudiantes. Participaron 400 estudiantes siguiendo la metodología de un estudio cuasiexperimental. “Resultados: Se encontraron cambios significativos en el conocimiento y la conciencia sobre el cáncer de mama y las prácticas actuales de detección precoz después de la intervención educativa. Las diferencias significativas se midieron en las puntuaciones medias del pretest vs posttest: síntomas de cáncer de mama, factores de riesgo, tratamiento, prevención, cribado de cáncer de mama y proceso de detección” (48). “Asimismo, se obtuvo un porcentaje significativo de cambio en las prácticas de detección como la autoexploración entre el pretest y el posttest” (48).

El estudio de Rendón, Llano y Garcés (2019), titulado: “El cáncer de seno: conocimientos, actitudes y prácticas para la detección temprana en Amalfi, Antioquia”, tuvo como objetivo caracterizar los conocimientos, a su vez las actitudes y también las prácticas para la detección temprana del cáncer de mama. Es un estudio de tipo cohorte en el que participaron 335 mujeres. “Resultados: El puntaje general obtenido en los conocimientos sobre el cáncer de mama, los factores de riesgo y síntomas fue 14, lo que demuestra que el conocimiento es de nivel intermedio” (49). “La mayoría de mujeres se realizaban el autoexamen, pero menos de la mitad de hacían el examen clínico, lamentablemente solo el 39,2% de las mujeres que tenían entre 50 y 69 años de edad se habían realizado la mamografía” (49). “Concluyen que tanto los conocimientos, las actitudes y las prácticas de detección temprana presentan deficiencias” (49).

### 3.4.2. A nivel nacional

El estudio de González (2021), titulado: “Conocimiento y actitud sobre cáncer de mama en madres de familia de estudiantes de secundaria, de la I.E. 14739,

Paita, año 2021”, tuvo como objetivo evaluar los conocimientos y evaluar las actitudes de las mujeres sobre esta temida enfermedad. La muestra estudiada fueron 140 mujeres. “Resultados: El 78,6% desconoce sobre el cáncer de mama y el 21,4% conoce sobre el tema, el 90,7% presenta actitudes desfavorables y el 9,3% tienen una buena actitud” (50). “Entre los factores sociodemográficos, destacan las edades entre 36- 40 años (38,6%), la mayoría son convivientes (47.1%), el 58% tenían instrucción secundaria” (50).

El estudio de Quiñones, Soto y Díaz (2020), titulado: “Actitudes y prácticas de las mujeres sobre prevención de cáncer de mama en población urbana”, tuvo como objetivo describir las actitudes y la descripción de las prácticas sobre prevención de cáncer mamario de las mujeres en zona urbana de Chiclayo. La muestra fueron 181 mujeres mediante un muestreo por conglomerados monoetápico. “Resultados: Las edades más frecuentes fueron entre 55-59 años. Las actitudes y prácticas fueron regulares. La mitad de las mujeres se ha realizado el examen clínico de mama y mamografía” (51). “La razón principal para no realizarse estos exámenes es la falta de síntomas y en el caso de la mamografía es que el personal de salud no se lo ha propuesto” (51).

El estudio de Romero (2018), titulado: “Actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital la Caleta Chimbote, en enero – diciembre 2017”, tuvo como objetivo la determinación de las actitudes y determinar las prácticas de prevención del cáncer de mama. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. “La muestra fueron 80 mujeres. Resultados: la edad más frecuente estuvo comprendida entre los 20 a 24 años, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria en 58,8%, el 63,8% son convivientes, en cuanto a las actitudes para la prevención del cáncer de mama se encontró que el 76,3% tiene una actitud positiva, pero el 57,5% tiene prácticas negativas para la prevención de la enfermedad” (52).

### 3.4.3. A nivel local:

El estudio de Calcina (2019), titulado: “Efecto del modelo de intervención en el nivel de conocimiento de cáncer de mama usuarias del comedor popular Mirador Alto Puno, 2019”, que tuvo como principal objetivo la evaluación del efecto del modelo de una intervención en el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama. Es un estudio pre experimental con pre test, post test sin la existencia de grupo control, la muestra fueron 35 usuarias. “Resultados: Las edades más frecuentes estuvieron comprendidas entre 30 a 40 años en un 48.6%, el 31.4% son convivientes y el 22,9% tenían instrucción primaria” (53). “En el pre test del conocimiento fue bajo y luego en el post test, el cambio fue hacia un conocimiento alto, se encontró que la intervención produce un cambio significativo en los conocimientos sobre el cáncer mamario” (53).

## 4. HIPÓTESIS

Dado que el cáncer de mama es el tumor maligno que tiene mas frecuencia<sup>2.2</sup> entre las mujeres, el mismo que se asocia a elevada morbimortalidad cuando no es detectado de forma oportuna, es probable que el nivel de conocimiento influya de forma significativa en las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama.





## **CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la encuesta.

### 1.2. Instrumentos

**1.2.1. Cuestionario de conocimiento sobre el cáncer de mama, prácticas preventivas y de diagnóstico temprano:** Este instrumento fue elaborado y validado por Calcina (53), el mismo que consta de 21 preguntas que se responden con las opciones si y no, con puntuación de 0 -1, está estructurado en 5 dimensiones, que son las siguientes:

Dimensión	Ítems
Definición del cáncer de mama	1, 2
Signos y síntomas del cáncer de mama	3, 4
Factores de riesgo	5, 6, 7
Detección precoz:	
Autoexamen de la mama	8, 9, 10, 11
Mamografía	12, 13, 14, 15
Exploración de tipo clínica	16, 17, 18
Prevención	19, 20, 21

El puntaje se sumó y luego se determinó el nivel de conocimiento de acuerdo al siguiente baremo:

Bajo	0 – 10 puntos
Medio	11 – 15 puntos
Alto	16 – 21 puntos

“El instrumento ha sido validado por un juicio de expertos, en el cual participaron 10 profesionales, los cuales tienen basta experiencia en el tema y en diseño de instrumentos, donde la revisión de todo el contenido, el constructo y la determinación de juicio de expertos fueron correctos, luego se determinó la confiabilidad por la

prueba estadística de Coeficiente o formula 20 de Kuder, obteniendo una confiabilidad de 0,71” (53).

**1.2.2. Escala de actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama:** este instrumento está basado en el cuestionario elaborado y validado por Romero (52), el mismo que esta constituido de 12 ítems que se responden en escala de tipo Likert de tres categorías que son: desacuerdo (1), Indeciso: (2), de acuerdo (3), de estos ítems 8 son positivos y 4 negativos en donde el máximo puntaje corresponde a 36 puntos y el mínimo a 12 puntos, la calificación se realizó de acuerdo al siguiente baremo:

Actitud positiva	28 – 36 puntos
Actitud indiferente	20 – 27 puntos
Actitud negativa	12 – 19 puntos

El instrumento ha sido validado previamente mediante un Juicio de expertos, luego de lo cual se aplicó el Alfa de Crombach que dio un resultado de ,869, lo que demuestra que se trata de un instrumento confiable.

**1.2.3. Guía de recolección de datos:** Este instrumento ha sido elaborado por el investigador para el orden y recolección de la información referida a las características demográficas de las participantes. No necesitó de una validación porque era exclusivamente para recojo de información.

### 1.3. Cuadro de coherencia del instrumento

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ÍTEMS
<b>Variable Independiente</b>			
<b>1. Conocimiento</b>	1.1. Definición 1.2. Signos y síntomas 1.3. Factores de riesgo 1.4. Detección precoz	1.5.1. Cuestionario de conocimiento sobre el cáncer de mama, prácticas preventivas	1, 2 3, 4 5, 6, 7
“(Es el grado de información que se obtiene por medio del			

<p>aprendizaje o experiencias. También se trata de un conjunto de datos que se relacionan entre sí, de tal forma que, cuando sean tomados individualmente, adoptan un menor valor cuantitativo. En el caso actual, es la información que poseen las mujeres sobre las prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama)” (1).</p>	<p>Autoexamen de mama Mamografía Exploración clínica 1.5. Prevención</p>	<p>y de diagnóstico temprano</p>	<p>8, 9, 10, 11 12, 13, 14, 15 16, 17, 18 19, 20, 21</p>
<p><b>Variable dependiente</b></p> <p><b>2. Actitud</b></p> <p>“(Son formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos y personas o grupos. Para el presente estudio, es la conducta de las mujeres frente a ejecución de las prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama)” (1).</p>	<p>2.1. Respecto a la prevención</p> <p>2.2. Prácticas de diagnóstico temprano</p>	<p>Escala de actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama</p>	<p>1 – 6 7 – 12</p>
<p><b>Variables intervinientes:</b></p> <p><b>3. Características demográficas</b></p>	<p>3.1. Edad</p> <p>3.2. Nivel de instrucción</p> <p>3.3. Situación conyugal</p> <p>3.5. Ocupación</p> <p>3.6. Antecedente familiar de cáncer de mama</p>	<p>Guía de recolección de datos</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

#### 1.4. Materiales de verificación

- Papelería
- Lapiceros
- Impresiones
- Copias

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en el Hospital Goyeneche, que está ubicado en la Avenida Goyeneche s/n, en el distrito de Arequipa, provincia de Arequipa y departamento de Arequipa.

## **2.2. Ubicación temporal:**

El estudio se realizó durante los meses de enero a abril del 2022.

## **2.3. Unidades de estudio**

El universo fue conformado por las mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche, las que suman 160 mujeres por mes. Se trabajó con el total de pacientes de acuerdo con el cumplimiento de los siguientes criterios:

### **2.3.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres con una edad comprendida entre 18 a 70 años que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado.

### **2.3.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres con cáncer de mama activo o sobrevivientes del mismo.
- Mujeres que no desearon participar.
- Mujeres que no hablaban español.
- Mujeres con alteraciones de tipo mentales o de tipo sensoriales que afectaban el llenado de los instrumentos.

La muestra del estudio estuvo conformada por 145 pacientes.

## **3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

- Después de que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se le fue solicitado al Decano de la Facultad de Medicina Humana, se nos otorgue la respectiva autorización para el desarrollo del estudio.
- Se coordinó con la Jefatura del Servicio de Medicina, para que nos autorizarán la ejecución de la investigación
- Una vez identificadas las unidades de estudio, se les explicó el propósito de la investigación y se aplicó el consentimiento informado, para que luego se

procediera a aplicar los instrumentos a las mujeres que aceptaron participar. Cuando las pacientes habían concluido el llenado de los instrumentos se les hizo entregó un trifoliado de carácter educativo.

- Una vez concluida la primera etapa de recolección de datos, se procedió a realizarse el análisis estadístico y el informe final de la investigación.

### **3.2. Recursos**

#### **3.2.1. Humanos**

- El investigador: Sr. Cáceres Jiménez Alejandro Hadar  
Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- Asesor: Dr. Tamayo Tapia Pedro Manuel

#### **3.2.2. Institucionales**

- Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- Hospital Goyeneche.

#### **3.2.3. Materiales**

- Instrumentos de recolección de datos, trifoliados, material de escritorio, computadora personal, software estadístico.

#### **3.2.4. Financieros**

- Autofinanciado

### **3.3. Validación del instrumento**

Los cuestionarios para evaluar los conocimientos y las actitudes han sido validados mediante Juicio de Expertos por sus autores, como se ha descrito en la sección previa de instrumentos.

### **3.4. Técnica de procesamiento de datos**

Una vez fueron obtenidos los datos se procedió a la elaboración de la matriz de sistematización en Excel v. 26.0 y luego se realizó el análisis estadístico, que consistió en el uso y la aplicación de estadística de tendencia central. Para que fuera establecida

la relación entre las variables presentes se aplicó la Prueba de Chi cuadrado. Los resultados son presentados en tablas y en gráficos.





# CAPÍTULO III: RESULTADOS

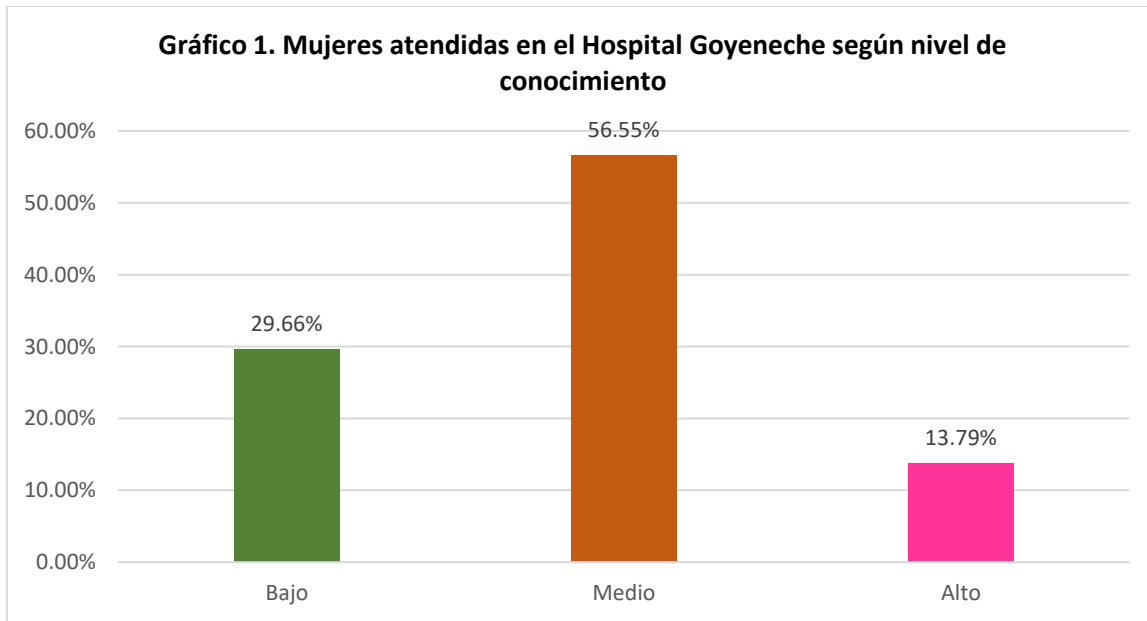
**TABLA 1**

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE  
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ADHERENCIA A  
PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER  
DE MAMA. 2022**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Bajo	43	29,66
Medio	82	56,55
Alto	20	13,79
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

Matriz de sistematización

**Conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022.**



Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico 1, que el nivel de conocimiento que las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche tienen acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama es medio en el 56,55%, bajo en 29,66% y alto en el 13,79%.

**TABLA 2**

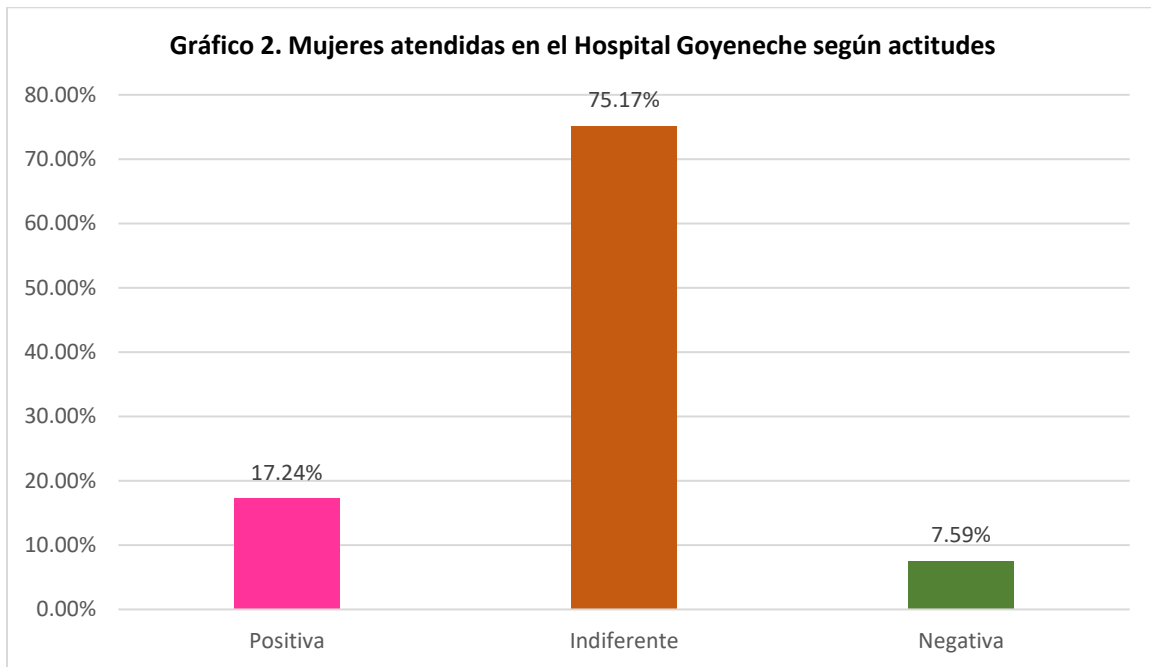
**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ  
SEGÚN ACTITUDES ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS  
PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA.**

**2022**

<b>ACTITUDES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Actitud positiva	25	17,24
Actitud indiferente	109	75,17
Actitud negativa	11	7,59
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

Matriz de sistematización

**Conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022.**



Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico 2, que la actitud que tienen las mujeres acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama es indiferente en 75,17%, positiva en 17,24% y negativa en 7,59%.

**TABLA 3**

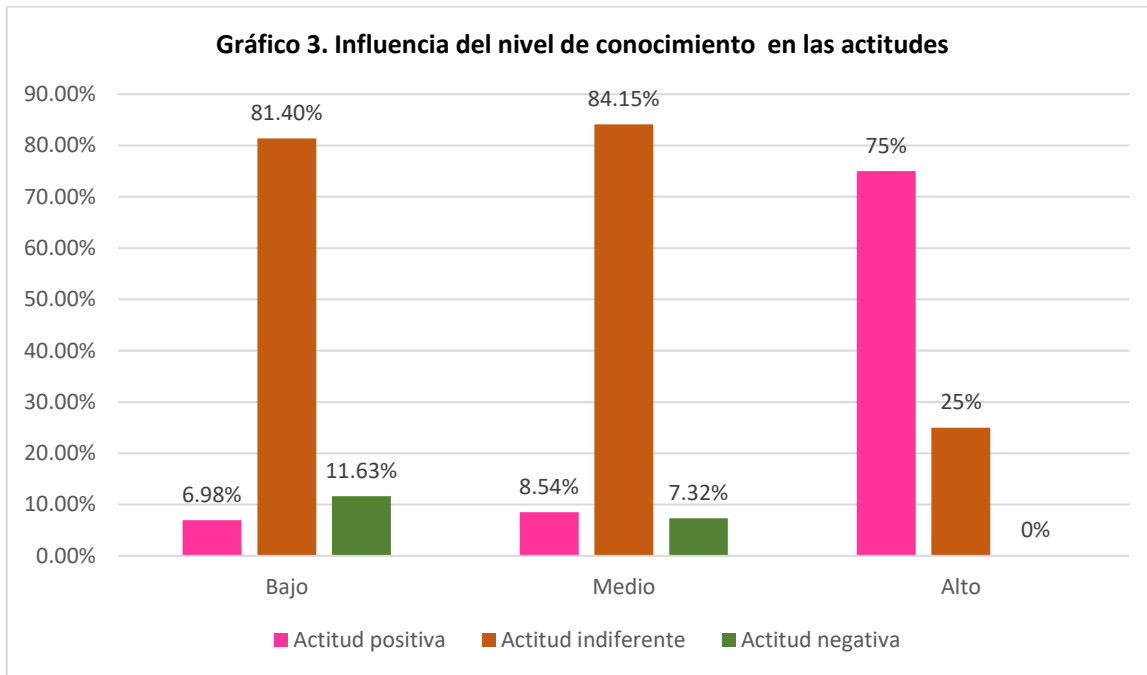
**DISTRIBUCIÓN DE LA INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO  
SEGÚN LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
GOYENECHÉ ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS  
Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUDES						TOTAL	
	Positiva (25)		Indiferente (109)		Negativa (11)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	3	6,98	35	81,40	5	11,63	43	29,66
Medio	7	8,54	69	84,15	6	7,32	82	56,55
Alto	15	75,00	5	25,00	0	0,00	20	13,79

Matriz de sistematización

**$X^2 = 4,5138$   $p = 0,02$**

**Conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022.**



Elaboración propia

Se observa en la tabla, que aplicando la Prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que el nivel de conocimiento influye de forma significativa en lo que son las actitudes que tienen las mujeres respecto a la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama, el 81,40% de mujeres con nivel de conocimiento bajo, tienen actitudes indiferentes, al igual que el 84,15% de las mujeres con nivel de conocimiento medio, mientras que el 75% de mujeres con alto nivel de conocimiento tienen actitudes positivas.

**TABLA 4**

**DISTRIBUCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS  
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ ACERCA DE LA  
ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO  
TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. 2022**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Bajo (43)		Medio (82)		Alto (20)		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad:								
18 – 26	11	47,83	7	30,43	5	21,74	23	15,87
27 – 59	23	21,70	70	66,04	13	12,26	106	73,10
60 – 70	9	56,25	5	31,25	2	12,50	16	11,03
<b><math>X^2 = 4,3267</math> p = 0,048</b>								
Nivel de instrucción:								
Primaria	13	76,47	4	23,53	0	0,00	17	11,72
Secundaria	26	33,33	48	61,54	4	5,13	78	53,79
Superior	4	8,00	30	60,00	16	32,00	50	34,48
<b><math>X^2 = 20,2396</math> p = 0,027</b>								
Situación conyugal:								
Con pareja	28	35,00	41	51,25	11	13,75	80	55,17
Sin pareja	15	23,08	41	63,08	9	13,85	65	44,83
<b><math>X^2 = 2,4439</math> p = 0,103</b>								

Ocupación:

Familiar no remunerada	16	31,37	26	50,98	9	17,65	51	35,17
Empleada	7	21,21	23	69,70	3	9,09	33	22,76
Independiente	13	28,26	29	63,04	4	8,70	46	31,72
Empleadora	5	38,46	4	30,77	4	30,77	13	8,97
Obrera	2	100,00	0	0,00	0	0,00	2	1,38

$$X^2 = 0,1112 \quad p = 0,1103$$

Familiar con cáncer de mama:

No	28	27,45	69	67,65	5	4,90	102	70,34
Si	15	34,88	13	30,23	15	34,88	43	29,66

$$X^2 = 0,8011 \quad p = 0,103$$

Matriz de sistematización

Se observa en la tabla la influencia de las características sociodemográficas en el nivel de conocimiento de las mujeres encuestadas acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama, en tal sentido, en la edad, se observó que el 73,10% de pacientes tenían edades entre 27 a 59 años, el 15,87% de 18 a 26 años y el 11,03% de 60 años a 70 años. Según la prueba de Chi cuadrado, se encontró que la edad influye de forma significativa en el nivel de conocimiento, dado que en las mujeres de 18 a 26 años, el 47,83% tenía nivel de conocimiento bajo, el 30,43% medio y alto el 21,74%; en las mujeres de 27 a 59 años, el 66,04% tiene nivel de conocimiento medio, 21,70% bajo y alto el 12,26% y en las adultas mayores, el 56,25% tiene bajo nivel de conocimiento, 31,25% medio y el 12,50% alto.

El nivel de instrucción con mayor frecuencia fue el de educación secundaria en 53,79%, luego superior en 34,48% y primaria en 11,72%, la Prueba de Chi cuadrado también demuestra que el nivel de instrucción influye de forma significativa en el nivel de conocimiento, destacando que las mujeres con instrucción primaria en el 76,47% de casos tienen bajo nivel de conocimiento y medio en 23,53%; en las mujeres con secundaria, el

61,54% tiene conocimiento de nivel medio, 33,33% bajo y alto el 5,13%, lo que demuestra que a mejor nivel de instrucción el conocimiento sobre la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama es mejor.

La situación conyugal del 55,47% de mujeres es con pareja y el 44,83% sin pareja, al aplicar la prueba estadística no se encuentra influencia de la situación conyugal en el nivel de conocimiento, sin embargo, en el caso de las mujeres que tienen pareja el 51,25% y el 63,08% de las que no la tienen, presentan nivel de conocimiento medio. Los porcentajes de conocimiento alto en ambos grupos son porcentualmente idénticos (13,85%) y el conocimiento bajo se observó en 35% de mujeres con pareja y 23,08% de las que no tienen pareja.

En cuanto a las ocupaciones destaca la familiar no remunerada que representa al 35,17% seguida de la ocupación independiente en 31,72%, empleada en 22,76%, empleadora en 8,97% y obrera en 1,38%. La prueba de Chi cuadrado demuestra que la ocupación que tienen las mujeres no es una característica sociodemográfica que influya en el nivel de conocimiento que tienen las mujeres, en el caso de la ocupación familiar no remunerada, el 50,98% tiene nivel de conocimiento medio, 31,37% bajo y alto el 17,65%.

El 70,34% de mujeres no tenían un antecedente familiar de cáncer de mama y el 29,66% sí lo tenían, sin embargo, la Prueba de Chi cuadrado no encuentra influencia significativa de esta característica sobre el nivel de conocimiento, en el caso de mujeres que sí tienen antecedente, el 67,65% tiene nivel de conocimiento medio, 27,45% bajo y alto el 4,90%; mientras que en las mujeres que sí tienen antecedente familiar de cáncer de mama, el 34,88% tiene nivel de conocimiento bajo, 34,88% alto y medio el 30,23%.

**TABLA 5**

**DISTRIBUCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ ACERCA DE LA ADHERENCIA  
A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL  
CÁNCER DE MAMA. 2022**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	ACTITUDES						TOTAL	
	Positiva (25)		Indiferente (109)		Negativa (11)		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad:								
18 – 26	3	13,04	13	56,52	7	30,43	23	15,87
27 – 59	14	13,21	91	85,85	1	0,94	106	73,10
60 – 70	8	50,00	5	31,25	3	18,75	16	11,03
<b><math>X^2 = 13,5258</math> <math>p = 0,045</math></b>								
Nivel de instrucción:								
Primaria	8	47,06	3	17,65	6	35,29	17	11,72
Secundaria	15	19,23	58	74,36	5	6,41	78	53,79
Superior	2	4,00	48	96,00	0	0,00	50	34,48
<b><math>X^2 = 11,9995</math> <math>p = 0,026</math></b>								
Situación conyugal:								
Con pareja	19	23,75	57	71,25	4	5,00	80	55,17
Sin pareja	6	9,23	52	80,00	7	10,77	65	44,83
<b><math>X^2 = 5,2983</math> <math>p = 0,041</math></b>								

Ocupación:

Familiar no remunerada	6	11,76	42	82,35	3	5,88	51	35,17
Empleada	8	24,24	24	72,73	1	3,03	33	22,76
Independiente	8	17,39	36	78,26	2	4,35	46	31,72
Empleadora	3	23,08	6	46,15	4	30,77	13	8,97
Obrera	0	0,00	1	50,00	1	50,00	2	1,38

$$X^2 = 1,6537 \quad p = 0,131$$

Familiar con cáncer de mama:

No	5	4,90	88	86,27	9	8,82	102	70,34
Si	20	46,51	21	48,84	2	4,65	43	29,66

$$X^2 = 36,7032 \quad p = 0,034$$

Matriz de sistematización

Se observa en la tabla la influencia de las características sociodemográficas en las actitudes de las mujeres encuestadas acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama, en cuanto a la edad, se observó que 56,52% de mujeres de 18 a 26 años tienen actitud indiferente, el 30,43% negativa y el 13,04% positiva; en las mujeres de 27 a 59 años, el 85,85% tiene actitud indiferente, 13,21% positiva y negativa el 0,94% y en las adultas mayores, el 50% tiene actitud positiva, 31,25% indiferente y negativa el 18,75%. La prueba de Chi cuadrado encuentra que la edad influye de forma significativa en las actitudes de las mujeres.

Según la Prueba de Chi cuadrado, el nivel de instrucción influye de forma significativa en las actitudes, destacando que las mujeres con instrucción primaria en el 47,06% de casos tienen actitud positiva, 17,65% indiferente y 35,29% negativa; en las mujeres con secundaria, el 74,36% tiene actitud indiferente, 19,23% positiva y negativa el 6,41%; en las mujeres con instrucción superior, el 96% tienen actitud indiferente y el 4% positiva.

En el caso de la situación conyugal, se encontró que en las mujeres que tienen pareja el 71,25% tienen actitud indiferente, el 23,75% actitud positiva y el 5% negativa; mientras que en las mujeres que no tienen pareja, el 80% tienen actitud indiferente, el 10,77% negativa y el 9,23% tiene actitud positiva. La prueba de Chi cuadrado demuestra que la situación conyugal es una característica sociodemográfica que influye de forma significativa en las actitudes de las mujeres.

En cuanto a la ocupación, la prueba de Chi cuadrado demuestra que no es una característica sociodemográfica que influya en las actitudes de las mujeres, en el caso de la ocupación familiar no remunerada, el 82,35% tiene actitud indiferente, el 11,76% positiva y el 5,88% negativa. En las mujeres que trabajan de forma independiente, el 78,26% tienen actitud indiferente, 17,39% actitud positiva y el 4,35% negativa; en las empleadas, el 72,73% tienen actitud indiferente, el 24,24% actitud positiva y el 3,03% negativa.

La Prueba de Chi cuadrado demuestra que el antecedente familiar de cáncer de mama sí influye de forma significativa en las actitudes de las mujeres, en el caso de mujeres que no tienen antecedente, el 86,27% tiene actitud indiferente, 8,82% actitud negativa y el 4,90% positiva; mientras que en las mujeres que sí tienen antecedente familiar de cáncer de mama, el 48,84% tiene actitud indiferente, el 46,51% actitud positiva y el 4,65% negativa.

## DISCUSIÓN

Es un hecho indudable de que el cáncer de mama constituye en la actualidad un problema de salud de gravedad creciente, sobre todo por el marcado incremento en la incidencia que se presenta en las últimas décadas, y porque gracias a los adelantos médicos, actualmente la supervivencia es más larga cuando el diagnóstico se efectúa en estadios tempranos, este hecho conlleva también al aumento de la prevalencia del cáncer, lo que la ha convertido en una enfermedad de curso crónico, que a decir de algunos investigadores, conlleva a que la población le vaya perdiendo el miedo y esto implica el incumplimiento de las prácticas de detección precoz (1, 12).

En la tabla y gráfico 1 “Distribución de mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche según nivel de conocimiento acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. 2022”, se ha observado que el nivel de conocimiento encontrado de las mujeres participantes en nuestro estudio es medio en el 56,55%, bajo en 29,66% y alto en 13,79%.

Nuestros resultados son diferentes a los resultados del estudio de Subba et al (1), quienes encontraron que la mayoría de participantes tenía buen nivel de conocimiento sobre los cánceres prevenibles y los métodos de detección; en el estudio de Sarker et al (48), previo a la intervención educativa realizada hallaron que el nivel de conocimiento era bajo y luego de que se realizara la intervención mejoró de forma significativa. Resultados similares a los nuestros fueron reportados por Rendón, Llano y Garcés (49), quienes encontraron que el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama, factores de riesgo y síntomas, así como las actitudes para la prevención y diagnóstico oportuno eran intermedio. El estudio de Gonzáles (50), encontró que el 78,6% desconoce totalmente sobre el cáncer de mama y el 21,4% conoce sobre el tema. El estudio de Calcina (53) se encontró que en el pre test el conocimiento fue bajo y en el post test, se obtuvo conocimiento alto, lo que demostró que las intervenciones educativas producen cambios significativos en los conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de mama.

La tabla y gráfico 2 “Distribución de mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche según actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama, 2022”, muestran que las actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas

y diagnóstico temprano del cáncer de mama, son indiferentes en 75,17%, positivas en 17,24% y negativas en 7,59%.

En el estudio de Gonzáles (50), reportaron que el 90,7% de mujeres presentaba actitudes desfavorables y el 9,3% tiene buena actitud; resultados similares a los que se obtuvieron en el presente estudio fueron reportados por Quiñones, Soto y Díaz (51), quienes refieren que las actitudes y las prácticas de prevención del cáncer de mama son regulares. En el estudio de Romero (52), refieren que las actitudes hacia la prevención del cáncer de mama son positivas en el 76,3%, pero el 57,5% tiene prácticas negativas hacia la prevención de la enfermedad.

La tabla y gráfico 3 “Distribución de la influencia del nivel de conocimiento según las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. 2022”, muestran que el nivel de conocimiento tiene una influencia significativa en las actitudes de las mujeres, resultado que comprueba nuestra hipótesis de investigación, en el caso de las mujeres con nivel de conocimiento bajo, el 81,40% tiene actitud indiferente, 11,63% actitud negativa y 6,98% positiva; en las mujeres con conocimiento medio, el 84,15% tiene actitud indiferente, 8,54% positiva y negativa el 7,32% y en el conocimiento alto, el 75% tiene actitud positiva y el 25% indiferente.

En la tabla 4 “Distribución de la influencia de las características sociodemográficas según el nivel de conocimiento de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama.2022”, se encontró que las características sociodemográficas más representativas de la muestra estudiada son las edades con predominio entre los 27 a 59 años en 73,10%; el nivel de instrucción más frecuente fue secundario en 53,79%; el 55,17% de mujeres tienen pareja; las ocupaciones más frecuentes fueron familiar no remunerada en 35,17% e independientes en 31,72%; el 70,34% de mujeres no tienen antecedente familiar de cáncer de mama. Al establecer cuales características sociodemográficas influyen en el nivel de conocimiento se encontró que el nivel de instrucción y la edad tienen influencia significativa, en el primer caso, las personas con nivel de instrucción primaria muestran mayores porcentajes de conocimiento bajo, mientras que, en el nivel secundaria predomina el conocimiento medio y en el nivel superior hay mayor frecuencia de conocimiento medio y alto.

En el estudio de Gonzáles (50), encontraron que el 38,6% de mujeres tenían de 36 a 40 años, el 47,1% eran convivientes y el 58% tenían instrucción secundaria. Por su parte Quiñones (51), encontró que la mayor frecuencia de edades estaban comprendidas entre los 55 a 59 años, mientras que Romero (52) halló que el 58,8% de pacientes tenían instrucción secundaria y el 63,8% eran convivientes. En el estudio de Calcina (53) encontraron que la mayor frecuencia de edades fueron las que estaban entre 30 a 40 años en 48.6%, el 31.4% eran convivientes y el 22,9% tenían instrucción primaria.

La tabla 5 “Distribución de la influencia de las características sociodemográficas según las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. 2022”, muestra que, las características sociodemográficas influyen más sobre las actitudes que en el conocimiento, siendo las que tienen influencia significativa la edad, notándose mayor frecuencia de actitud indiferente en las jóvenes de 18 a 26 años y en las mujeres adultas con edades entre 27 a 59 años, a diferencia de las adultas que son mayores, quienes en la mayoría de casos tienen actitud positiva e indiferente. El nivel de instrucción también influye de forma significativa en las actitudes, en las mujeres con instrucción primaria predominan las actitudes positivas y negativas; en las mujeres con instrucción secundaria, la mayoría tienen actitud indiferente y en las que tienen educación superior, casi todas tienen actitud indiferente. La situación conyugal también ejerce influencia significativa sobre las actitudes, puesto que se aprecia que, en las mujeres con pareja, el 71,25% tiene actitud indiferente, el 23,75% positiva y el 5% negativa; en las mujeres que no tienen pareja, el 80% tienen actitud indiferente, 10,77% negativa y el 9,23% positiva. La ocupación no es una característica sociodemográfica que influya en las actitudes, puesto que, en todas las categorías de ocupación, los porcentajes de actitud más representativos son de indiferencia. El antecedente familiar de cáncer de mama es la variable que más influye en las actitudes de las participantes, en aquellas que sí tienen antecedente, el 48,84% tiene actitud indiferente, el 46,51% positiva y el 4,65% negativa; a diferencia de las mujeres que no tienen antecedente que el 86,27% tiene actitud indiferente, el 8,82% actitud negativa y sólo el 4,90% positiva.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** El nivel actual de conocimiento de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama es medio en su mayoría, es decir el 56,55%.
- SEGUNDA** Las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama son indiferentes en casi su totalidad, en el 75,17%.
- TERCERA** El nivel actual de conocimiento influye de forma significativa en lo que son las actitudes de las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama, en donde, las mujeres con conocimiento bajo y medio tienen en la mayoría de casos actitudes indiferentes, 81,40% y 84,15% respectivamente y negativas, 11,63% y 7,32% respectivamente, a diferencia de las mujeres con conocimiento alto, quienes mayormente tienen actitudes positivas, en un 75%.
- CUARTA** Las características demográficas que influyen en el nivel de conocimiento son la edad y el nivel de instrucción; y las que influyen en las actitudes acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama son: el antecedente familiar de cáncer de mama, el nivel de instrucción, la edad y la situación conyugal.

## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

A la Dirección del Hospital Goyeneche y a todos los establecimientos de salud de nuestra ciudad, desde el primer nivel, se sugiere que habiendo encontrado que el nivel de conocimiento acerca de la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama es medio, se realicen intervenciones educativas dirigidas a la comunidad en general, haciendo alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas que abordan la problemática del cáncer de mama y también realizar difusión de conocimientos sobre el tema utilizando los medios de comunicación de uso masivo como lo son la radio, la televisión y las redes sociales y considerando que establecer programas de prevención primaria para el cáncer de mama sigue siendo un desafío, los programas de detección del cáncer de mama en toda la población tienen como objetivo reducir la mortalidad mediante la detección temprana y el tratamiento eficaz, pero para lograr los resultados esperados es preciso que tengan una alta cobertura en la población.

### SEGUNDA

Debido a que se han encontrado actitudes indiferentes en la mayoría de mujeres, es necesaria la mejora de los conocimientos para que esta redunde en el cambio de actitudes, por ello también se sugiere a la Directiva del Hospital Goyeneche realizar mejorar en la gestión preventiva de la enfermedad, para lo cual, podrían realizarse campañas de detección a costos sociales tanto intramuros como actividades itinerantes en los principales distritos de la blanca ciudad y provincias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subba H, Parida P, Sahu P, Kumari J. Knowledge and attitude towards, and the utilisation of cervical and breast cancer screening services by female healthcare professionals at a tertiary care hospital of Eastern India: A cross-sectional study. *Niger Postgrad Med J*. 2022; 29(1): 63-69. [Fecha de acceso: 18 febrero, 2022] doi: <https://www.npmj.org/article.asp?issn=1117>
2. Globocán. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, Organización Mundial de la Salud. GLOBOCAN; 2018. Incidencia de cáncer. [Fecha de acceso: 18 febrero, 2022] doi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>.
3. Revilla T. Ministerio de Salud. Situación del cáncer en el Perú, 2021. Lima. [Fecha de acceso: 18 febrero, 2021] doi: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
4. Chate NN, Deshmukh SB, Dange SY. Conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama entre enfermeras en un centro de salud rural terciario. *IJSS J Surg* 2017;3:57-60. [Fecha de acceso: 18 febrero, 2022] doi: <https://www.npmj.org/>
5. Bunge M. La ciencia, su método y filosofía. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires Argentina; 2013.
6. Padilla A. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el uso de técnicas de barrera del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2017. [Tesis para optar el Título de Licenciado de Enfermería]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1607/1/TL> [Fecha de acceso: 11 diciembre, 2021] doi: 10.1016/j.diabres.2016.09.007.
7. Ontiveros G, Bosco M, Díaz C, Valdés R, Vargas R, Viniegra M. Desarrollo de un instrumento para evaluar actitudes hacia la formación universitaria: un estudio de caso en la UAM-I. *Revista electrónica de investigación educativa*. 2019; 21, e38. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.24320/redie.2019.21>.
8. Bas G, Kubiato M, Murat A. Teachers' perceptions towards ICTS in teaching-learning process: Scale Validity and reliability study. *Computers in Human Behavior*. 2016; 61, 176-185. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2021] doi:10.1016/j.chb.2016.03.022
9. Briñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. En *Psicología Social*. Capítulo 17. España, 2018. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: <https://pablobrinol.com/wp-content/uploads/papers/Actitudes.pdf>
10. Caro J, Orbe MP. Actitudes ambientales. Universidad Científica del Perú. Iquitos, 2018. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: <http://repositorio.ucp.edu.pe/>
11. ACS. About Breast Cancer. 2021. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
12. Ghosn B, Benisi-Kohansal S, Ebrahimpour-Koujan S, Azadbakht L, Esmailzadeh A. Asociación entre puntuación de estilo de vida saludable y cáncer de mama. *Nutrición J*.

- 2020, 19, 4. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-020-0520-9>
13. Rodgers M, Udesky O, Rudel RA, Brody J.G. Environmental chemicals and breast cancer: An updated review of epidemiological literature informed by biological mechanisms. *Environ. Res.* 2018, 160, 152–182. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: 10.1016/j.envres.2017.08.045.
  14. Darbre PD. Endocrine disrupting chemicals and breast cancer cells. *Adv. Pharm.* 2021, 92, 485–520. [Fecha de acceso: 19 febrero 2022] doi: 10.1016/bs.apha.2021.04.006.
  15. NIEHS. Endocrine Disruptors. 2021. [Fecha de acceso: 19 febrero 2021] doi: <https://www.niehs.nih.gov/>
  16. Nowak K, Ratajczak–Wrona W, Górska M, Jabłonska E. Parabens and their effects on the endocrine system. *Mol. Cell Endocrinol.* 2018, 474, 238–251. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: 10.1016/j.mce.2018.03.014
  17. Hager E, Chen J, Zhao L. Minireview: Parabens Exposure and Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(3). [Fecha de acceso: 19 febrero 2022] doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031873>
  18. Freire C, Molina M, Iribarne M, Jiménez I, Vela F, Mustieles V, Arrebola JP, Fernández F, Artacho F, Olea N. Concentrations of bisphenol A and parabens in socks for infants and young children in Spain and their hormone-like activities. *Environ. Int.* 2019, 127, 592–600. [Fecha de acceso: 19 febrero, 2022] doi: 10.1016/j.envint.2019.04.013.
  19. Marino N, German R, Podicheti R, Rusch D, Rockey P, Huang J, Sandusky G, Temm C, Althouse S, Nephew K, Nakshatri H, Liu J, Vode A, Cao S, Storniolo A V. Aberrant epigenetic and transcriptional events associated with breast cancer risk. *Clin Epigenetics.* 2022; 14(1): 21. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-35139887>
  20. Kothari C, Ouellette G, Labrie Y, Jacob S, Diorio C, Durocher F. Identification of a gene signature for different stages of breast cancer development that could be used for early diagnosis and specific therapy. *Oncotarget.* 2018;9(100):37407 [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: 10.18632/oncotarget.26448
  21. Fontelles C, da Cruz R, Gonsiewski A, Barin E, Tekmen V, Jin L, Cruz I, Loudig O, Warri A, de Assis S. Systemic alterations play a dominant role in epigenetic predisposition to breast cancer in offspring of obese fathers and is transmitted to a second generation. *Sci Rep.* 2021; 11(1): 7317. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-86548-w>
  22. Chen Q, Yan W, Duan W. Epigenetic inheritance of acquired traits through sperm RNAs and sperm RNA modifications. *Nat. Rev. Genet.* 2016; 106. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1038/nrg.2016.106>.
  23. Gapp K. et al. Implication of sperm RNAs in transgenerational inheritance of the effects of early trauma in mice. *Nat. Neurosci.* 2014; 17, 667–669. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1038/nn.3695>.

24. da Cruz RS. et al. Parental obesity programs pancreatic cancer development in offspring. *Endocr. Relat. Cancer*. 2019. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1530/ERC-19-0016>.
25. Cohn BA. et al. DDT exposure in utero and breast cancer. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2015; 100, 2865–2872. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1841>.
26. Kerr J, Anderson C, Lippman SM. Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence. *Lancet Oncol*. 2017, 18, e457–e471. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30411-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30411-4).
27. da Cruz RS. et al. Paternal malnutrition programs breast cancer risk and tumor metabolism in offspring. *Breast Cancer Res*. 2018; 20, 99. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] <https://doi.org/10.1186/s13058-018-1034-7>.
28. da Cruz RS. et al. Parental obesity programs pancreatic cancer development in offspring. *Endocr. Relat. Cancer*. 2019; 10: 15 – 30. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1530/ERC-19-0016>.
29. Cropley JE. et al. Male-lineage transmission of an acquired metabolic phenotype induced by grand-paternal obesity. *Mol. Metab*. 2016; 5: 699 – 708. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1016/j.molmet.2016.06.008>.
30. Vågerö D, Pinger PR, Aronsson, V van den Berg GJ. Paternal grandfather's access to food predicts all-cause and cancer mortality in grandsons. *Nat. Commun*. 2018; 9: 5124. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1038/s41467-018-07617-9>.
31. Dan D, Kasper D, Jameson L, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Eds. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 20ava edición. México: Mac Graw Hill Interamericana Editores. 2018.
32. Olaya E. Cáncer de mama triple negativo, estado actual. *Rev Esp Med Quir* 2010;15(4):228- 236.
33. De Juan A, Calera L, Gutiérrez L, Saiz L, Ruiz de la Fuente MA. Actualización del tratamiento del cáncer de mama. España, 2018. [Fecha de acceso: 20 febrero, 2022] doi: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136579.pdf>
34. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, et al.; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005;366:2087-106.
35. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med*. 2004;351:971-7.
36. Early Breast Cancer Trialists' Cooperative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: overview of the randomized trials. *Lancet*. 2005;365:1687-717.

37. Martín M, Villar A, Solé-Calvo A, González R, Massuti B, Lizón J, et al.; GEICAM Group (Spanish Breast Cancer Research Group). Doxorubicin in combination with fluorouracil and cyclophosphamide (i.v. FAC regimen, day 1, 21) versus methotrexate in combination with fluorouracil and cyclophosphamide (i.v. CMF regimen, day 1, 21) as adjuvant chemotherapy for operable breast cancer: a study by the GEICAM group. *Ann Oncol.* 2003;14:833- 42.
38. Estévez LG, Muñoz M, Álvarez I, Fernández Y, García-Mata J, Ruiz-Borrego M, et al. Evidencebased use of taxanes in the adjuvant setting of breast cancer. A review of randomized phase III trials. *Cancer Treat Rev.* 2007;33:474-83.
39. Martín M, Lluch A, Seguí M, Ruiz A, Ramos M, Adrover E, et al.; GEICAM Group (Spanish Breast Cancer Research Group). Multicenter, randomized phase III study of adjuvant chemotherapy for high-risk, node-negative breast cancer comparing TAC with FAC: 5-year efficacy analysis of the GEICAM 9805 trial. *J Clin Oncol.* 2008;26(suppl): 542.
40. Jones S, Holmes FA, O'Shaughnessy J, Blum JL, Vukelja SJ, McIntyre KJ, et al. Docetaxel with cyclophosphamide is associated with an overall survival benefit compared with doxorubicin and cyclophosphamide: 7-year follow-up of US Oncology Research Trial 9735. *J Clin Oncol.* 2009;27:1177-83.
41. Thomas JA, Miller E, Ward PR. Lifestyle Interventions through Participatory Research: A Mixed-Methods Systematic Review of Alcohol and Other Breast Cancer Behavioural Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(2). [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020980>
42. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: A comprehensive dose–response meta-analysis. *Br. J. Cancer* 2014, 112, 580–593. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi:10.1038/bjc.2014.579
43. Liu Y, Nguyen A, Colditz G. Links between Alcohol Consumption and Breast Cancer: A Look at the Evidence. *Women's Health* 2015, 11, 65–77. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: 10.2217/whe.14.62
44. World Health Organisation. *Global Status Report on Alcohol and Health*; WHO: Geneva, Switzerland, 2018.
45. Anyon Y, Bender K, Kennedy H, DeChants J. A Systematic Review of Youth Participatory Action Research (YPAR) in the United States: Methodologies, Youth Outcomes, and Future Directions. *Health Educ. Behav.* 2018, 45, 865–878. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: 10.1177/1090198118769357.
46. Riera MC, Gallardo V, García A, Riera MP. Promoción de la salud en la detección del cáncer de mama. *Rev. Sanum.* 2018; 2 (5): 44 – 52. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: <https://doi.sanum.org>
47. Iizuka-Ohashi M, Taguchi T. Chemoprevention of Breast Cancer-Risk Reduction of Onset by Hormonal Agents. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2021; 48(12): 1440-1446. [Fecha de

- acceso: 22 febrero, 2022] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34911907/>
48. Sarker R, Moonajilin S, Rahman M, Gesesew H, Ward P. Effectiveness of educational intervention on breast cancer knowledge and breast self-examination among female university students in Bangladesh: a pre-post quasi-experimental study. *BMC Cancer*. 2022; 22(1): 199. [Fecha de acceso: 24 febrero, 2022] doi: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-022-09311-y>
  49. Rendón LF, Llano S, Garcés IC. El cáncer de seno: conocimientos, actitudes y prácticas para la detección temprana en Amalfi, Antioquia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2019;37(3):5-14. [Fecha de acceso: 24 febrero, 2022] doi: 10.17533/udea.rfnsp.v37n3a02
  50. Gonzáles AC. Conocimiento y actitud sobre cáncer de mama en madres de familia de estudiantes de secundaria, de la I.E. 14739, Paita, año 2021. [Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra] Universidad Nacional de Piura. Piura, 2021. [Fecha de acceso: 1 marzo, 2022] doi: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream>
  51. Quiñones M, Soto V, Díaz C. Actitudes y prácticas de las mujeres sobre prevención de cáncer de mama en población urbana. Universidad San Martín de Porres. Lima, 2020. [Fecha de acceso: 1 marzo, 2022] doi: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375663351002/html/>
  52. Romero A. Actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital la Caleta Chimbote, en enero – diciembre 2017. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia] Universidad San Pedro. Chimbote, 2018. [Fecha de acceso: 1 marzo, 2022] doi: <http://repositorio.usp.edu.pe/>
  53. Calcina C. Efecto del modelo de intervención en el nivel de conocimiento de cáncer de mama usuarias del comedor popular Mirador Alto Puno, 2019. [Tesis para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias] Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, 2019. [Fecha de acceso: 1 marzo, 2022] doi: <http://repositorio.unsa.edu.pe/>

## ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....,

Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación, que realiza el Sr. Alejandro hadar Cáceres Jiménez, asimismo señalo que he recibido información acerca del objetivo de este estudio. He comprendido las explicaciones que se me han brindado y he tenido oportunidad de resolver las dudas y preguntas que he realizado acerca de mi participación en el estudio. También comprendo que mi participación consiste en responder los instrumentos planteados. Señaló que, sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado /a que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio de investigación: **Conocimiento y actitudes de las mujeres para la adherencia a prácticas preventivas y de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa 2022**, considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de marzo del 2022.

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI : \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE MAMA, PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere conveniente. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	El cáncer de mama son células malignas que se desarrollan en las mamas		
2	El cáncer de mama es una enfermedad que puede causar la muerte		
3	El cáncer de mama siempre presenta síntomas en sus fases iniciales		
4	El hundimiento de los pezones y cambios en el tamaño de las mamas son signos de cáncer de mama		
5	Los factores de riesgo para cáncer de mama son características que aumentan la posibilidad de padecer la enfermedad		
6	Si mi mamá padeció de cáncer de mama también podría tener esta enfermedad		
7	Podemos cambiar los hábitos alimenticios para no presentar cáncer de mama		
8	El autoexamen de mama es realizado por la propia mujer		
9	El autoexamen de mamas se realiza cada 8 meses		
10	La autoexploración mamaria debe realizarse 1 semana después de la menstruación		
11	El autoexamen de mama puede realizarse: de pie, acostado y/o durante el baño		
12	La mamografía es una prueba que ayuda a identificar formaciones malignas en las mamas		

13	Realizarse mamografía anualmente ayuda a detectar cáncer de mama		
14	La mamografía debe realizarse 3 veces por año		
15	La mamografía se la deben realizar desde los 15 años		
16	La exploración mamaria clínica es realizada siempre por un personal de salud calificado		
17	La exploración clínica de las mamas se realiza mediante la observación y la palpación		
18	Una mujer que ha tenido cáncer debe realizarse anualmente la exploración clínica de mamas		
19	Consumir alimentos como frutas, verduras, proteínas y evitar fumar o beber alcohol, ayuda a prevenir el cáncer de mama		
20	Las carnes procesadas, grasas, bebidas azucaradas evitan tener cáncer de mama		
21	Realizar actividad física previene el cáncer de mama		

**ANEXO 3: ESCALA DE ACTITUDES ACERCA DE LA ADHERENCIA A PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA**

Nº	ÍTEMS	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO
1	Es importante realizarse una mamografía una vez al año			
2	La lactancia materna no es importante para prevenir el Cáncer de Mama			
3	Es importante tener una alimentación balanceada, comiendo diariamente frutas y verduras			
4	El peso no tiene relación con el Cáncer de Mama			
5	El consumo de alcohol aumenta el riesgo de tener Cáncer de Mama			
6	El uso de anticonceptivos puede aumentar el riesgo de Cáncer de Mama			
7	Es importante realizarse una ecografía de mamas una vez al año			
8	Es importante tener el primer hijo antes de los 30 años y darle lactancia materna exclusiva para prevenir el Cáncer de Mama			
9	Es importante realizarse el autoexamen de mamas todos los meses			
10	Es necesario acudir al médico especialista para que le realicen la revisión de las mamas una vez al año			
11	Fumar no tiene ninguna relación con el cáncer de mama			
12	Tener mucho estrés no tiene relación con el Cáncer de Mama			

## ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### . Características demográficas:

3.1.1. Edad:.....

3.1.2. Nivel de instrucción: ( ) Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior

3.1.3. Situación conyugal: ( ) Con pareja ( ) Sin pareja

3.1.4. Ocupación: ( ) Empleada ( ) Obrera ( ) Independiente ( ) Empleadora  
( ) Familiar no remunerada

3.1.5. Tiene algún familiar directo que haya tenido cáncer de mama: ( ) Si ( ) No

