



# Universidad **Mariana**

Factores que influyen en la realización del tamizaje del cáncer de mama en la comunidad femenina del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024

Karen Julieth Ascuntar Unigarro

Alexander Nicholas Herazo Ceron

Brayan Camilo Pinta Lopez

Universidad Mariana

Facultad Ciencias de la Salud

Programa Tecnología en Radiodiagnóstico y Radioterapia

San Juan de Pasto

2024

Factores que influyen en la realización del tamizaje del cáncer de mama en la comunidad femenina del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024

Karen Julieth Ascuntar Unigarro

Alexander Nicholas Herazo Ceron

Brayan Camilo Pinta Lopez

Informe de investigación para optar al título de: Tecnólogas en Radiodiagnóstico y Radioterapia

Asesor

Arturo Eraso Torres

Universidad Mariana

Facultad Ciencias de la Salud

Programa Tecnología en Radiodiagnóstico Radioterapia

San Juan de Pasto

2024

Artículo 71: Los conceptos, afirmaciones y opiniones emitidos en el Trabajo de Grado son responsabilidad única y exclusiva del (los) Educando (s)

Reglamento de Investigaciones y Publicaciones, 2007  
Universidad Mariana

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Introducción	9
1. Resumen del proyecto	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.1.1. Descripción del problema	11
1.1.2. Formulación del problema	13
1.1.3. Justificación	13
1.1.4. Objetivos	15
1.1.4.1. Objetivo general	15
1.1.4.2. Objetivos específicos	15
1.1.5. Alcances y limitaciones	16
1.2. Marco referencial o fundamentos teóricos	16
1.2.1. Antecedentes	16
1.2.2. Marco teórico	28
1.2.3. Marco conceptual	39
1.2.4. Marco contextual	41
1.2.5. Marco legal	44
1.2.6. Marco ético	46
1.3. Metodología	51
1.3.1. Paradigma de investigación	51
1.3.2. Enfoque de investigación	52
1.3.3. Tipo de investigación	52
1.3.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis	53
1.3.5. Técnica e instrumentos de recolección de información	53
2. Presentación de resultados	56
2.1. Análisis e interpretación de resultados	56
2.1.1. Análisis del primer objetivo	56
2.1.2. Análisis del segundo objetivo	57
2.1.3. Análisis del tercer objetivo	70

2.2 Discusión	73
3. Conclusiones	76
4. Recomendaciones	79
Referencias bibliográficas	81
Anexos	89

## **Índice de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría	57
Tabla 2: Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría	58
Tabla 3: Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría	58
Tabla 4: Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría	59
Tabla 5: Factores de experiencia personal de las mujeres de la aldea de María	60
Tabla 6: Factores de experiencia personal de las mujeres de la aldea de María	60
Tabla 7: Factores de experiencia personal de las mujeres de la aldea de María	61
Tabla 8: Factores de conocimiento que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	62
Tabla 9: Factores de conocimiento que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	63
Tabla 10: Factores de temores que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	63
Tabla 11: Factores de temores que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	64
Tabla 12: Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	65
Tabla 13: Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	65
Tabla 14: Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María	66
Tabla 15: Factores motivacionales que influye en el tamizaje	67
Tabla 16: Factores personales que influyen en el tamizaje	68

## **Índice de Figuras**

	<b>Pág.</b>
Figura 1: Anatomía de la mama	27
Figura 2: Proyección cráneo-caudal	34
Figura 3: Proyección oblicua medio-lateral	35
Figura 4: Cabildo Indígena Aldea de María Putisnán	40
Figura 5: Ubicación geográfica municipio del Contadero en el departamento de Nariño	41
Figura 6: Ubicación geográfica Contadero y cabildo indígena aldea de maría	41
Figura 7: Edades de las mujeres de Aldea de María	56
Figura 8: Aspectos generales del cáncer de mama	71
Figura 9: Dinámica participativa sobre el tamizaje de cáncer de mama	72
Figura 10: Proyecto artístico	73

## **Índice de Anexos**

	<b>Pág.</b>
Anexo 1: Operacionalización de variables	88
Anexo 2: Cuestionario	91

## **Introducción**

El cáncer de mama ocurre cuando las células en la glándula mamaria comienzan a crecer de manera descontrolada debido a mutaciones en sus genes. Estos genes generalmente regulan el crecimiento y la división celular, pero cuando están alterados, pueden causar un crecimiento anormal e incontrolado de células en el tejido mamario (Lugones y Ramírez, 2009). El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres a nivel global y también representa la principal causa de muerte por cáncer en este grupo. En países en desarrollo, afecta con mayor frecuencia a mujeres de entre 40 y 49 años, mientras que, en países desarrollados, se observa con más incidencia en mujeres después de la menopausia (Palmero et al., 2021).

A nivel mundial, se reportaron aproximadamente 2.26 millones de casos de cáncer de mama en el año 2020, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Colombia, se presentaron 15,509 casos de cáncer de mama en el mismo año, representando al 13.7% de toda la población con cáncer en el país.

Se han llevado a cabo campañas con el fin de hacer sensibilización de la enfermedad, sus factores de riesgo, síntomas y la importancia que tiene la realización del autoexamen de mama, ya que la tamización y el conocimiento de la patología son factores que contribuyen a un diagnóstico temprano; por lo cual es de suma importancia educar a la población femenina frente a esta patología y conocer los factores que intervienen en que estas se realicen o no el autoexamen de mama (Castillo y Yepes, 2015). No obstante, en los últimos cinco años el cáncer de mama ha experimentado un aumento, posicionándose en la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer de cuello uterino y de estómago. Hay grandes diferencias en las tasas de la enfermedad debido a la variación en los factores de riesgo, el tipo de comportamiento reproductivo, el nivel socioeconómico y los antecedentes familiares (Mejía et al., 2020).

Aquí radica la importancia de generar conocimiento sobre los factores que influyen en la realización del examen de mama. Actualmente, no se cuenta con suficiente información acerca de la efectividad de las campañas de sensibilización dirigidas a las mujeres en las comunidades donde se implementan, así como sobre los componentes y factores que influyen en el cambio conductual

y el aprendizaje de la población. Por tanto, es crucial en el ámbito de la salud pública reconocer y evaluar estas características para generar medidas que aumenten el diagnóstico oportuno del cáncer de mama y evaluar su apropiación y efectividad (García, 2015).

En este sentido la presente investigación se enfocó en determinar los factores que influyen en la realización del tamizaje para la prevención del cáncer de mama, con el objetivo de aumentar la conciencia y el conocimiento sobre esta práctica en la población femenina. El proyecto se centró en caracterizar la población, educar sobre el tamizaje y promover su práctica, identificando los posibles factores que podrían obstaculizar esta práctica según las perspectivas de las participantes. Este estudio se llevó a cabo en la corporación del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan).

La presente investigación se encuentra estructurada en tres secciones principales. La primera sección establece los fundamentos del estudio, abordando la problemática identificada, su relevancia y las metas establecidas para su desarrollo. La segunda sección construye el sustento teórico a través de una revisión exhaustiva de literatura especializada y documentos relevantes, complementándose con una detallada explicación de la estrategia metodológica empleada para la recolección y análisis de datos. La sección final presenta el análisis de los hallazgos obtenidos, junto con las reflexiones derivadas del estudio y las sugerencias propuestas para futuras investigaciones. Esta investigación permitió determinar los factores que incidieron en la participación de las mujeres pertenecientes al cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024, en el proceso de tamizaje del cáncer de mama. Se logró caracterizar la población femenina de esta comunidad indígena, describir el nivel de conocimiento que tenía la población sobre el examen de cáncer de mama y los diferentes factores que influían en la realización del tamizaje para esta enfermedad. Además, se realizó una estrategia educativa dirigida a fomentar la realización del tamizaje para la prevención del cáncer de mama.

## **1. Resumen del proyecto**

### **1.1. Planteamiento del problema**

#### ***1.1.1. Descripción del problema***

El impacto significativo del cáncer de mama a nivel mundial resalta la necesidad urgente de abordar este problema de salud pública; más allá de las cifras alarmantes de nuevos casos y fallecimientos, la posición preeminente de esta enfermedad entre las causas de mortalidad en mujeres subraya su impacto devastador dado que las estadísticas del año 2020, citadas por la OMS en 2023, indican que el cáncer de mama no solo es una enfermedad común, sino que también es una de las principales causas de muerte en mujeres. Con 2.3 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representa aproximadamente una cuarta parte de todos los tumores malignos en mujeres, contribuyendo significativamente al 15 % de las muertes por cáncer en el sexo femenino a partir de los 20 años (Osorio et al., 2020).

Las estadísticas nacionales muestran que Colombia presenta un nivel moderado de casos nuevos de neoplasia mamaria, registrando 44.1 casos por cada 100,000 habitantes femeninos, según los datos ajustados por grupos etarios. Aunque se recomienda la tamización mediante mamografía para mujeres de 50 a 69 años, así como el examen clínico de mama anual y la detección temprana para mujeres sintomáticas, lamentablemente, no se ha logrado reducir la mortalidad por esta causa en el país (Wiesner et al., 2020). El cáncer de mama constituye el tipo más frecuente y la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres colombianas. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2020 se estimaron 15,509 casos nuevos y 4,411 muertes por esta enfermedad (International Agency for Research on Cancer, 2023).

Según el Instituto Nacional de Cancerología, solo el 50% de las mujeres entre 50 y 69 años realizan una autoexploración mamaria anualmente. Además, solo el 40% acude al médico ante cualquier cambio o síntoma sospechoso (Instituto Nacional de Cancerología, 2023). El riesgo de mortalidad por cáncer de mama es más elevado en grupos marginados, como las comunidades indígenas. Esto se debe, en parte, a las creencias culturales y los roles de género arraigados en estas comunidades, que suelen prestar menos atención al cuidado del cuerpo y la salud de las mujeres.

Además, la baja alfabetización en salud tiene un impacto desproporcionado en la promoción de la salud, ya que hay un acceso limitado a servicios médicos donde estas enfermedades se diagnostican y tratan de manera oportuna. Esto resulta en problemas de salud más graves y mayores costos para las minorías o poblaciones con niveles socioeconómicos más bajos (Arellano, 2016).

Para prevenir y controlar este tipo de cáncer, es necesario llevar a cabo una acción integral que involucre a todos los sectores sociales e institucionales. Entre las estrategias recomendadas se encuentran promover una alimentación saludable basada en frutas, verduras, cereales integrales y legumbres, evitar o limitar el consumo de alcohol, dejar o reducir el consumo de tabaco, practicar actividad física regularmente, realizar una autoexploración mamaria mensualmente a partir del primer período menstrual, acudir al médico ante cualquier cambio o síntoma anormal para realizarse pruebas periódicas como mamografías o citologías según las indicaciones médicas, participar en programas educativos sobre prevención del cáncer de mama dirigidos a mujeres jóvenes, y fortalecer los servicios integrales e integrados para la atención del cáncer de mama (Octavio, 2011).

El tamizaje regular del cáncer de mama es esencial para la detección temprana y mejora las posibilidades de tratamiento exitoso. La mamografía, recomendada anualmente a partir de los 50 años, se ve influenciada por diversos factores interrelacionados, como el conocimiento sobre la enfermedad y la importancia del tamizaje. Las mujeres con mayor comprensión son más propensas a participar. El acceso a este servicio, la disponibilidad de opciones gratuitas o de bajo costo, así como la facilidad de acceso, también influyen en las decisiones. Las actitudes personales y creencias, junto con barreras socioeconómicas como bajos ingresos o falta de seguro médico, pueden afectar la participación en programas de tamizaje, creando una red compleja de influencias en la toma de decisiones (American Cancer Society, 2023).

La encuesta llevada a cabo en la comunidad indígena Aldea de Maria, concebida como un breve sondeo para evaluar el conocimiento sobre el cáncer de mama entre mujeres mayores de 35 años, mostró una ausencia de participación en los tamizajes para la detección temprana de esta enfermedad. Para abordar este desafío, se implementó una estrategia integral que incluirá campañas educativas sobre riesgos, signos y opciones de prevención y tratamiento. En colaboración estrecha con líderes comunitarios, se busca fomentar la conciencia sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama. La investigación tuvo como objetivo fortalecer el conocimiento en la

comunidad indígena, especialmente en el resguardo ubicado en el municipio del Contadero, para promover una participación receptiva a las medidas preventivas del cáncer de mama entre las mujeres de este grupo etario.

### ***1.1.2. Formulación del problema***

¿Cuáles son los factores que influyen en la realización del tamizaje del cáncer de mama en la comunidad femenina del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024?

### ***1.1.3. Justificación***

El cáncer de mama es una de las mayores amenazas a nivel global. En 2020, se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres en todo el mundo y 685.000 fallecieron debido a esta enfermedad. Al finalizar ese año, 7,8 millones de mujeres que habían recibido un diagnóstico de cáncer de mama en los cinco años previos seguían con vida, lo que lo convierte en el tipo de cáncer más común a nivel mundial. Esta enfermedad afecta a mujeres de cualquier edad después de la pubertad en todos los países, aunque la incidencia es mayor en mujeres adultas (Organización Mundial de la Salud, 2023). Siendo esta la neoplasia maligna más diagnosticada en las mujeres en países desarrollados, la detección temprana es posible gracias a sistemas de salud más avanzados y programas de detección efectivos, lo cual contribuye a una mayor tasa de supervivencia. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, la falta de diagnóstico oportuno y el acceso limitado a tratamientos adecuados incrementan la mortalidad (Ortega, 2023).

Sin embargo, garantizar la igualdad de acceso a los servicios, especialmente para los grupos más desfavorecidos, es una prioridad en la agenda de políticas de salud. Desde una perspectiva igualitaria, este enfoque se considera justo y se centra en reducir o eliminar las desigualdades en la atención sanitaria (Anderson et al., 2007). Esto implica garantizar igualdad de oportunidades para que todos, independientemente de su edad, género, raza, ingresos, o de cobertura médica o ubicación geográfica, puedan acceder a los servicios de salud (Knaul et al., 2009).

No obstante, poblaciones indígenas, caracterizadas por su diversidad cultural y geográfica, enfrenta desafíos, Estudios han indicado que existe una necesidad urgente de programas de orientación culturalmente apropiados que aborden las creencias culturales, mitos y estigmas que pueden obstaculizar la búsqueda de atención médica oportuna. La falta de información y la desconfianza hacia las prácticas médicas convencionales pueden conducir a un retraso en la detección y en última instancia, a peores resultados de salud (Charry et al., 2008).

Las disparidades sociales en salud se definen como diferencias en el estado de salud. Se relacionan con situaciones fuera del alcance de la atención médica, tales como: La discriminación étnica y de género, la educación, la vivienda, el empleo y la pobreza están asociadas con malos resultados de salud, especialmente entre los grupos vulnerables, En Colombia, las investigaciones sobre desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud muestran avances positivos en términos de financiamiento, afiliación y acceso potencial, pero no en términos de acceso real a los servicios (Moreno et al., 2017). El acceso a las pruebas de detección temprana se ve afectado por factores sociodemográficos como la edad, la raza, el nivel socioeconómico, el nivel educativo aseguramiento al sistema de salud, las creencias sobre la salud (como los conocimientos ancestrales de las comunidades indígenas), el lugar de residencia, la ruralidad y factores administrativos como la disponibilidad de servicios médicos Además, estos factores pueden verse influenciados por determinantes sociales, el aumento de la esperanza de vida de la población, la urbanización de la población, la exposición a carcinógenos ambientales y factores de riesgo de cáncer (Donado, 2018).

Las comunidades indígenas de Colombia, en este caso la comunidad indígena Aldea de María (Putisnan), como muchas otras comunidades indígenas del país, mantiene su identidad cultural en el tiempo a pesar de las influencias y desafíos externos, manteniendo tradiciones y cosmovisión. En respuesta a los desafíos socioeconómicos que enfrentan, esta comunidad se destaca por la preservación de su patrimonio cultural, incluyendo lengua, tradiciones, rituales y formas de organización comunitaria. El acceso a los servicios de salud es inadecuado y las comunidades indígenas a menudo tienen un acceso limitado a los servicios de salud debido a la distancia geográfica, la falta de infraestructura, la escasez de trabajadores de la salud y las diferencias culturales (Aguilar et al., 2023).

La comunidad indígena de Aldea de María, ubicada en el municipio de el Contadero, en el departamento de nariño, enfrenta desafíos significativos para acceder a los servicios de salud. Esto se debe a su ubicación remota y a la falta de infraestructura adecuada en la zona. Los caminos sin pavimentar dificultan el acceso y complican la llegada de servicios médicos. Además, la falta de personal capacitado en el sector sanitario agrava la situación, la mayoría de la población confía en la medicina natural y no comprende la importancia de someterse a exámenes de mama para la detección temprana. Esto es fundamental para obtener resultados significativos en esta comunidad. Por lo tanto, abordar estos desafíos requiere enfoques culturalmente sensibles y una colaboración estrecha con líderes comunitarios. Es fundamental aumentar la conciencia sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama y mejorar el acceso a los servicios de salud en la comunidad de Aldea de María (Valencia, 2019).

El propósito de este estudio fue identificar los factores que influyen en la implementación del tamizaje en pueblos indígenas y así abordar temas como el nivel de conocimiento de la población femenina sobre su aplicación. Por lo tanto, su objetivo fue investigar de manera integral los factores que contribuyen a las disparidades en la detección y el tratamiento del cáncer de mama en los pueblos indígenas. Los resultados de este estudio proporcionaron información útil sobre la salud de esta comunidad, adaptada a las necesidades específicas de quienes participaron en el estudio, y así contribuyeron en cuanto a la educación e información sobre el cáncer de mama. Esto, a su vez, apoyó a la comunidad abordando este tema desde el respeto hacia su cultura y creencias.

#### ***1.1.4. Objetivos***

**1.1.4.1. Objetivo general.** Determinar los factores que inciden en la participación de las mujeres pertenecientes al cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024, en el proceso de tamizaje del cáncer de mama.

**1.1.4.2. Objetivos específicos.** • Caracterizar la población femenina de la comunidad indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero

- Describir el nivel de conocimiento que tiene la población sobre el examen de cáncer de mama y los diferentes factores que influyen en la realización del tamizaje para esta enfermedad.
- Realizar una estrategia educativa dirigida a fomentar la realización del tamizaje para la prevención del cáncer de mama.

### ***1.1.5. Alcances y limitaciones***

**1.1.5.1. Alcances.** Esta investigación determinó los factores que afectan la participación en el tamizaje para la prevención del cáncer de mama. Se describió el nivel de conocimiento de la población femenina del cabildo indígena aldea de María sobre la detección temprana. Con base en estos hallazgos, se implementó una estrategia integral que incluya campañas educativas dirigidas a las mujeres pertenecientes al cabildo indígena Aldea de María (Putisnan).

**1.1.5.2. Limitaciones.** Esta investigación está limitada a mujeres mayores de 35 años y menores de 65 años pertenecientes a la comunidad indígena Aldea de María (Putisnan). Esta elección se justifica considerando que la edad adulta es el factor de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer de mama. En esta etapa de la vida, las mujeres enfrentan un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad (García et al., 2023). Lo que resalta la importancia de dirigir los esfuerzos de investigación hacia este grupo demográfico específico.

## **1.2. Marco referencial o fundamentos teóricos**

### ***1.2.1. Antecedentes***

**1.2.1.1. Internacionales.** Domínguez y Morales (2006), analizaron las características de la población y la prevalencia de factores de riesgo asociados al cáncer mamario en mujeres de 25 a 65 años en dos poblaciones distintas, una urbana y otra rural/indígena en Tabasco, México. Se realizó un muestreo probabilístico sistemático con inicio aleatorio, considerando un nivel de confianza del 95%, un margen de error de 0.5 y una significancia de 0.5. El tamaño final de la muestra fue de 400 mujeres, distribuidas de manera equitativa entre ambos grupos poblacionales.

Se analizaron diversos factores de riesgo para el cáncer de mama, como haber tenido el primer parto a término después de los 30 años, la no lactancia, la menarca antes de los 12 años, la menopausia posterior a los 50 años, y el uso o aplicación de tratamientos hormonales, aplicando criterios específicos para cada caso, con el fin de identificar posibles diferencias entre las poblaciones estudiadas. La investigación reveló que, en la población urbana, las mujeres presentaron una prevalencia más alta de factores de riesgo para el cáncer de mama se identificó que esta población tenía factores como el consumo de alcohol y cigarro y la obesidad, con la presencia de 2 a 4 factores en comparación con la población rural/indígena con factores de riesgo como edad mayor a 40 años obesidad, menarca antes de los 12 años, menopausia después de los 50 años, donde predominó una proporción significativamente menor, manifestando una prevalencia alta únicamente en un factor de riesgo. Estos resultados sugieren disparidades significativas en los niveles de riesgo y resaltan la importancia de considerar factores socioeconómicos y contextuales en la prevención y detección temprana del cáncer de mama en diferentes entornos poblacionales.

El estudio realizado por Silva et al. (2008), donde se investigó los factores de riesgo para el cáncer de mama en mujeres de la etnia Kaingáng en el territorio indígena Faxinal, Paraná, Brasil, en 2008. Se analizó la salud de mujeres Kaingáng de la tierra indígena Faxinal, Paraná, Brasil, en relación con los factores de riesgo para el cáncer de mama. El estudio se llevó a cabo en el territorio indígena Faxinal, en el estado de Paraná, Brasil, con mujeres de veinte años o más de la etnia Kaingáng. Se entrevistaron 104 mujeres sobre su perfil sociodemográfico, conocimientos sobre el cáncer de mama y factores de riesgo para neoplasia mamaria. Se investigaron variables como número de hijos, edad de la menarquia, uso de anticonceptivos y estilo de vida. El análisis se realizó mediante tablas de frecuencia y descripciones. Se cumplió con los requisitos éticos establecidos por el ministerio de salud y se obtuvo consentimiento de las autoridades locales y de salud indígena. El estudio reveló que la mayoría de las mujeres Kaingáng entrevistadas tenían características sociodemográficas desfavorables, como bajos niveles de educación e ingresos familiares. Además, se observó un alto índice de fecundidad y lactancia materna prolongada. El sedentarismo fue el factor de riesgo más común para el cáncer de mama entre estas mujeres, seguido por el uso de anticonceptivos hormonales. Aunque algunas tenían conocimiento sobre el cáncer de mama, pocas practicaban el autoexamen mamario correctamente, y la atención médica preventiva era limitada,

con un bajo porcentaje de mujeres que recibían examen clínico de mama durante consultas médicas regulares en la unidad básica de salud.

En el estudio de Campero et al. (2014), donde se analizó la percepción sobre cuándo y cómo realizar acciones para la detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino entre mujeres y profesionales de la salud en comunidades con alto porcentaje de población indígena en Morelos, México, donde se entrevistaron diez prestadores de salud y 58 mujeres usuarias de servicios de salud de primer nivel de atención en cinco comunidades. El análisis se desarrolló bajo el enfoque de la teoría fundamentada. Se concluyó que los proveedores están mal informados sobre la normativa vigente y las indicaciones clínicas específicas para la detección del cáncer de cuello uterino y de mama. Pocos practican la alfabetización sanitaria bajo sensibilización intercultural. Los usuarios tienen nociones imprecisas o erróneas sobre la detección temprana.

El objetivo del estudio realizado por Riganti et al. (2018), fue analizar los factores motivacionales que influyen en las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. Se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo en un hospital universitario privado en Caba. Para lo cual se realizaron entrevistas en profundidad a 16 mujeres de entre 40 y 75 años, alfabetizadas y afiliadas a un sistema de medicina prepaga, durante el período de junio a diciembre de 2016. Se excluyeron mujeres con antecedentes de cáncer mamario reciente y se evitó entrevistar a profesionales de la salud o personas con vínculos con el equipo de investigación. Se implementó un sistema de codificación abierto para dar relevancia a las voces de las mujeres participantes, permitiendo descubrir nuevas categorías y redefinir las existentes. Los principales resultados mostraron que las mujeres se motivaban a hacerse mamografías debido a tres razones principales: percibían la mamografía como una herramienta preventiva y efectiva, valoraban la calidad de la relación con sus médicos y buscaban información clara sobre el procedimiento. Concluyeron que mejorar la información y la relación médico-paciente podría aumentar la participación de las mujeres en los programas de detección temprana de cáncer de mama.

Becerra (2019), determinó el comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama según la edad en el instituto mexicano del seguro social (IMSS) en Querétaro durante el período 2008-2015. Se llevó a cabo un estudio ecológico mixto que analizó el registro completo de defunciones de mujeres de 20 años y mayores debido a tumor maligno de mama entre 2008 y 2015 en el IMSS

Querétaro. Las variables analizadas fueron la edad agrupada en quinquenios y los años de estudio. Se calculó la tasa de mortalidad ajustada por edad para cada año calendario y se aplicó una regresión lineal a la tasa de mortalidad general y por quinquenio de edad. Asimismo, se compararon las tasas de mortalidad estandarizadas por edad en Querétaro y a nivel nacional durante el período 2008-2014. Se observó que las tasas de mortalidad en 2008 y 2009 aumentaron en personas de 65 años o más, mientras que en los años 2013-2015 el incremento se dio en los grupos de 40 a 69 años. A nivel nacional, las tasas de mortalidad mostraron un comportamiento estable, con una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad. La tasa de mortalidad total por cáncer de mama en el IMSS de Querétaro disminuyó 0.02 por cada año calendario, con proyecciones de reducción y estabilidad a partir de 2018. Por grupo de edad, se observó una disminución de 0.02 por año en el grupo de 45 a 49 años, de 0.01 en los quinquenios de 50 a 54 y de 55 a 59 años, y de 0.2 en las edades de 60 a 64 años. El comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama según la edad en el IMSS Querétaro fue significativamente diferente de cero, con una disminución general de 0.02 por cada año calendario.

Según Fagnan et al. (2019), identificaron las causas atribuidas por las mujeres mapuches comunidades concentradas en Bariloche y Cushamen en Chile, al cáncer de mama, así como los métodos de prevención utilizados y los factores de riesgo asociados a esta enfermedad en la población mapuche. Además, los autores buscaron describir los métodos de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en esta comunidad. Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en el Hospital de Área El Bolsón por patologías oncológicas en los últimos 4 años, así como de aquellas atendidas en los consultorios externos de los servicios de oncología, patología mamaria y ginecología. Además, se consultaron los registros de la Asociación Lucha Contra el Cáncer Comarca Andina Paralelo 42. También se recopilaron datos de pacientes atendidas en Bariloche a través de las bases del sistema de información de salud (SITAM). Como instrumento, se diseñó una encuesta de 25 preguntas, realizada mediante entrevistas personales con un cuestionario estructurado. Los resultados revelaron que el diagnóstico de cáncer de mama en El Bolsón se realiza en estadios avanzados, especialmente en la población mapuche, donde el 50% de los casos se presentó en estadios IIIA o superiores. La edad promedio de diagnóstico en la población mapuche es de 59 años, lo que representa un retraso de 5 años en comparación con la población no indígena de la misma localidad. Solo el 32% de las encuestadas se había realizado una mamografía a los 40 años. Los tipos histológicos más frecuentes

encontrados fueron el carcinoma ductal invasivo (60%), seguido del lobular (16%), medular (8%), indiferenciado (8%), carcinoma ductal in situ (CDIS) (4%) y mucinoso (4%). Los autores concluyen que las mujeres mapuches tienen un bajo conocimiento sobre la importancia de realizar controles, además de mostrar falta de interés y enfrentar dificultades en el acceso al sistema de salud. Muchas atribuyen el cáncer de mama a traumatismos en los senos y reconocen la lactancia materna como un factor protector.

Cevallos (2022), determinó el nivel de conocimiento sobre los métodos de detección del cáncer de mama en mujeres que asisten al centro de salud Nro. 1 Ibarra. Se buscó evaluar la comprensión de las mujeres sobre la importancia de los controles médicos periódicos y los factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Para esto, se llevó a cabo una investigación cuantitativa, no experimental, que incluyó una muestra de 150 mujeres de entre 20 a 60 años. El instrumento permitió recopilar datos sobre la edad, etnia, nacionalidad, estado civil, número de hijos, nivel educativo, ocupación y otros aspectos relevantes. Se encontró que la mayoría de las mujeres en el estudio tenían edades comprendidas entre 20 y 29 años, de etnia mestiza y de nacionalidad ecuatoriana. Además, predominaban las mujeres solteras con 2 a 3 hijos, con un nivel de instrucción superior y empleadas públicas. Se observó que el nivel de conocimiento sobre los métodos de detección del cáncer de mama y los factores de riesgo asociados era alto en general. Sin embargo, se identificó que el principal motivo del absentismo femenino a controles periódicos fue la falta de tiempo y la falta de presupuesto para asistir a centros especializados, lo cual genera preocupación debido al aumento significativo de diagnósticos en los últimos años.

Briceño (2023), determino los factores asociados a la no realización de mamografía como tamizaje de cáncer de mama en mujeres a partir de los 40 años, utilizando datos de la encuesta demográfica y de salud familiar 2020 en Perú. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se accedió a la base de datos de la ENDES 2020, donde se seleccionaron todas las mujeres de 40 años o más que residieron en Perú y respondieron la encuesta durante ese año. Estos datos fueron sometidos a un proceso de depuración para eliminar duplicados e incompletos, resultando en una muestra final de 6260 mujeres. Al analizar la relación entre diferentes variables y la realización de mamografías, se encontró que aspectos como la edad, la región de residencia, el nivel educativo, la asistencia a la escuela, el índice de riqueza, el estado civil y la posesión de seguro de salud estaban significativamente asociados con la realización de

mamografías. Esto sugiere que factores socioeconómicos, demográficos y de acceso a la atención médica influyen en la decisión de hacerse o no una mamografía. En resumen, abordar estos factores puede tener un impacto significativo en la detección temprana del cáncer de mama y, en última instancia, en la salud y el bienestar de las mujeres peruanas.

El estudio realizado por Chávez (2023), donde se identificaron las barreras para la detección oportuna de cáncer de mama en el Perú durante la pandemia por COVID-19 según la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2020-2021. El estudio fue de tipo observacional, analítico y transversal, utilizando las bases de datos de la ENDES de 2020 y 2021. La población de estudio estuvo conformada por mujeres de 25 a 49 años, y la muestra final consistió en 10,315 peruanas. La información fue recopilada a través de la plataforma web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y luego analizada utilizando SPSS v26. Se encontró una prevalencia del 74% en la no realización de exámenes de cribado. Esta investigación mostró una asociación significativa entre la variable dependiente y la edad de 40 años o más (RPa 1.23; 1.203 - 1.265), el estado civil de no estar casada (RPa 1.095; 1.063 - 1.128), un índice de riqueza bajo (RPa 1.11; 1.07 - 1.15), así como las mujeres procedentes de la selva y la sierra, quienes tenían un 23% más de probabilidad de recibir un diagnóstico tardío de cáncer de mama (RPa 1.23; 1.18 - 1.29 y RPa 1.23; 1.19 - 1.28, respectivamente). Además, las mujeres que solo completaron la educación primaria (RPa 1.31; 1.26 - 1.37) y aquellas sin seguro de salud (RPa 1.038; 1.005 - 1.072) presentaron una baja participación en actividades preventivas relacionadas con esta neoplasia.

Guimarães (2023), identificó variables que podrían justificar por qué las mujeres indígenas amazónicas de Brasil tienen una menor mortalidad por cáncer de mama en comparación con las mujeres no indígenas. Para esto, se evalúan factores epidemiológicos reproductivos y de estilo de vida en mujeres indígenas no aldeanas y se comparan con datos similares de mujeres no indígenas. Se llevó a cabo un estudio transversal que incluyó una muestra por conveniencia de mujeres indígenas y no indígenas atendidas en el ambulatorio de mastología del hospital universitario Getúlio Vargas de la universidad federal de Amazonas entre septiembre de 2020 y marzo de 2023. La muestra consistió en 126 mujeres, incluyendo 39 indígenas extra aldeanas que vivían en Manaus, 47 indígenas extra aldeanas que viven en poblaciones ribereñas e interiores de Amazonas o en Manaus por menos de 5 años, y 40 no indígenas. Se aplicó un cuestionario en formato de

entrevista para evaluar aspectos epidemiológicos, reproductivos y de estilo de vida. Los autores destacan que no se encontraron diferencias significativas en la edad media, índice de masa corporal (IMC), educación, menarquia y paridad entre las mujeres entrevistadas. Sin embargo, se observó que las mujeres indígenas que viven en Manaos tuvieron un primer embarazo a una edad más temprana en comparación con las mujeres no indígenas. Además, se encontró que las mujeres indígenas, independientemente del lugar de residencia, mostraron una tendencia a amamantar por más tiempo. Las mujeres no indígenas utilizaron medicamentos hormonales durante períodos más prolongados que las mujeres indígenas en Manaos. Asimismo, las mujeres no indígenas tuvieron un mayor acceso a exámenes físicos y de imagen mamaria realizados por profesionales médicos en comparación con ambos grupos de mujeres indígenas. El estudio comparativo entre mujeres indígenas y no indígenas en Manaos reveló varias disparidades en términos de salud y hábitos de vida. Aunque no se encontraron diferencias significativas en variables como la edad, el IMC y la educación, se observaron divergencias en la edad al primer embarazo y en el uso de medicamentos hormonales. Además, mientras que las mujeres indígenas mostraron una tendencia a amamantar durante más tiempo, las no indígenas tuvieron mayor acceso a atención médica y exámenes de imagen mamaria. El consumo de carne varió entre los grupos, con las mujeres indígenas mostrando hábitos alimenticios diferentes, como un mayor consumo de carne esporádica y diaria. La práctica religiosa también difirió entre los grupos. A pesar de no encontrar diferencias significativas en hábitos como el tabaquismo o el consumo de alcohol, se destacó la importancia del tiempo de lactancia como posible factor protector contra el cáncer de mama, lo que podría explicar la baja mortalidad observada en las mujeres indígenas.

**1.2.1.2. Nacionales.** Castillo y Yepes (2015), determinaron los factores que interfieren en la realización del autoexamen de mama en una población femenina de estudiantes de primer semestre de medicina de la Universidad de ciencias aplicadas y ambientales (U.D.C.A) campus norte. La población de interés para este estudio comprendió exclusivamente estudiantes de primer semestre de medicina humana en el campus norte de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales (U.D.C.A) que fueran mujeres, acepten participar y no hayan recibido capacitación previa sobre autoexamen de mama. La recolección de datos se llevó a cabo en un aula designada, donde se proporcionó una breve introducción al estudio y se solicitó el consentimiento informado. Se administró una encuesta estructurada en dos partes: datos generales y conocimientos sobre el

autoexamen de mama. El conocimiento fue evaluado mediante el cómputo de respuestas asignando un valor numérico, con un puntaje total de 14 puntos. Los resultados muestran que entre las estudiantes de primer semestre de medicina humana en la U.D.C.A, la edad media es de 17.9 años, con un 41% dentro de este rango. El estrato socioeconómico más común es el estrato 3, y el nivel educativo predominante es bachillerato. La mayoría de las estudiantes están desempleadas y son solteras. Antes de la intervención, el 87.5% carecía de conocimiento sobre el autoexamen de mama, pero este porcentaje disminuyó al 56.25% después de la intervención. Además, el 81.25% no realiza el autoexamen por falta de tiempo y la mayoría no conoce ni asiste a las campañas de tamizaje de cáncer de mama de la universidad, principalmente por falta de información. En resumen, la investigación revela que la población estudiantil de medicina es mayormente joven, con nivel socioeconómico medio y escasa información sobre el autoexamen de mama. Aunque hubo mejoras en el conocimiento tras la intervención, la falta de tiempo es el principal obstáculo para realizar el autoexamen. Se destaca la necesidad de mejorar la difusión de las campañas de salud y se señala que incluso sin hijos, algunas estudiantes consideran que podrían interferir en la práctica del autoexamen de mama.

Payan y Umaña (2015), determinaron los factores que influyen en la realización del autoexamen de mama en mujeres del área de secretariado en el campus norte de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A). Trabajaron con 19 mujeres a tiempo completo, recopilando datos mediante encuestas y evaluando conocimientos antes y después de una intervención educativa. Los resultados mostraron que, aunque la mayoría de las mujeres tenían cierto nivel de conocimiento previo sobre el autoexamen de mama, solo el 52.63% demostró un aumento significativo en su conocimiento después de la intervención. Los principales obstáculos para la realización del autoexamen fueron la falta de tiempo disponible (78.94%) y la escasa información sobre las campañas universitarias relacionadas con el cáncer de mama (57.89%). En resumen, el estudio reveló que, si bien la mayoría de las mujeres tenían algún conocimiento sobre el autoexamen de mama, una intervención educativa personalizada puede mejorar significativamente este conocimiento y motivar a las mujeres a realizar esta práctica de manera regular.

Donado (2018), identificó los factores asociados a la realización de mamografías en mujeres de 60 a 69 años en Colombia durante el año 2015, utilizando datos de la Encuesta SABE que se realizó

en hogares de zonas urbanas y rurales de Colombia Se empleó una muestra de 6,982 mujeres de este grupo etario, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud para garantizar la representatividad de la muestra. Se llevaron a cabo entrevistas cara a cara y se realizaron análisis estadísticos para explorar las relaciones entre diversas variables y la realización de mamografías. Se utilizó un modelo de regresión logística múltiple, ajustando por posibles factores de confusión y evaluando la bondad del ajuste del modelo, considerando factores de expansión y estratificación para reducir sesgos en las estimaciones. Los resultados mostraron que el 43.4% de las participantes se habían realizado una mamografía. Se encontró una asociación significativa entre la realización de mamografías y varios factores, como la edad, el estado civil, el nivel educativo, el tipo de familia, el régimen de salud y la zona de residencia. Se observó que la probabilidad de hacerse una mamografía disminuyó con la edad, y las mujeres viudas y solteras, con menor educación, pertenecientes a familias nucleares, afiliadas al régimen subsidiado y que residían en zonas rurales, tenían más probabilidades de no realizarse la mamografía. En conclusión, este estudio resalta la importancia de entender los factores que influyen en la realización de mamografías en mujeres de cierta edad en Colombia. La tasa de realización de mamografías fue del 43.4%, lo que indica una necesidad de mejorar la cobertura de detección temprana del cáncer de mama en esta población.

El estudio realizado por Olaya et al. (2019), donde se describió una de las experiencias regionales más grandes con la mamografía y el examen clínico mamario en La investigación se desarrolló en el territorio huilense, ubicado en la región meridional colombiana, con una demografía de 1,097,615 habitantes. El proyecto abarcó 15 localidades del departamento. Las actividades de detección temprana se efectuaron entre junio de 2011 y diciembre de 2013, empleando una unidad rodante especialmente acondicionada que se establecía temporalmente en cada municipio. Este centro móvil estaba equipado con tres áreas: admisión, consulta médica y equipo de mamografía digital. El protocolo de tamizaje implementado consistió en una evaluación clínica mamaria complementada con un estudio mamográfico bilateral. Del total de 5,212 participantes examinadas, se obtuvieron registros completos de 4,995 mujeres. Los resultados mostraron que 100 participantes (2%) presentaron anomalías durante la exploración clínica. En cuanto a las mamografías, el 51.9% fueron categorizadas como BI-RADS 3, mientras que el 1.12% se clasificó en las categorías BI-RADS 4 o 5. Los estudios confirmatorios identificaron 29 casos

de neoplasia mamaria, distribuidos en 9 casos de carcinoma in situ y 20 de tipo infiltrante. Es destacable que 17 de estos diagnósticos (59%) correspondieron a etapas iniciales de la enfermedad.

El estudio realizado por Ocampo (2022), donde se examinaron las percepciones sociales sobre el cáncer y sus alternativas de tratamiento en la comunidad Nasa del Resguardo Indígena de López Adentro. En esta investigación se utilizó una metodología cualitativa, con un enfoque etnográfico. Se realizó en el pueblo indígena Nasa del Resguardo de López Adentro del Departamento del Cauca, Colombia. Este enfoque permitió un acercamiento a las percepciones sociales construidas en torno al cáncer en esta comunidad, explorando sus experiencias, creencias y saberes sobre la enfermedad. El estudio se llevó a cabo en el contexto del norte del Cauca, un área marcada por desigualdades sociales, violencias y procesos de resistencia social y política. Se recolectaron datos a través de entrevistas y observación participante. Los resultados revelaron que el cáncer se percibe como una enfermedad externa, ajena a la cultura y al territorio, con una notable desinformación sobre síntomas, causas, prevención y tratamiento. Como conclusión, se destaca la necesidad de diseñar estrategias de alfabetización en salud para mejorar el conocimiento y acceso oportuno a los servicios de salud en esta comunidad. Se concluyó que las creencias sobre el cáncer dentro del pueblo Nasa están arraigadas en su cosmovisión, donde se percibe como resultado de desequilibrios energéticos, castigos por infringir normas y la influencia de malos espíritus. A pesar de un conocimiento limitado sobre las causas y tratamientos del cáncer, se recurre a prácticas tradicionales de medicina para prevenir y tratar esta enfermedad en la comunidad.

**1.2.1.3. Regionales.** Yépez et al. (2022), analizaron la incidencia y la mortalidad por cáncer en Pasto, Colombia. Siguiendo las directrices de la IARC, recopilaron y procesaron datos, calculando tasas según sexo, edad y ubicación del tumor. Durante cinco años, monitorearon estos indicadores para comparaciones a nivel nacional e internacional, proporcionando así una base para la planificación y evaluación de políticas de salud pública, especialmente en la prevención y atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad por cáncer en Pasto-Colombia. A pesar de las normativas emitidas por Colombia para el control del cáncer, se señala que el sistema de salud se centra más en la atención asistencial, con altos costos sociales y económicos, descuidando la implementación de programas eficaces de promoción y prevención de la salud. Se concluye que el seguimiento quinquenal de los indicadores de incidencia y mortalidad de cáncer,

así como su comparación a nivel nacional e internacional, son esenciales para evaluar la efectividad de las políticas públicas y fortalecer la investigación en este campo.

Rodríguez et al. (2023), llevaron a cabo un estudio cualitativo interpretativo sobre el autoexamen de mama, mediante el análisis de representaciones sociales. La investigación se fundamentó en diálogos estructurados con 21 participantes femeninas, cuyas edades oscilaban entre 19 y 71 años. Las entrevistadas provenían de cuatro localidades de la costa pacífica colombiana: Santa Bárbara de Iscuandé y Mosquera, pertenecientes a la región nariñense, junto con Guapi y Timbiquí, ubicadas en territorio caucano. El estudio, realizado durante 2019, buscaba identificar y analizar las interpretaciones colectivas sobre la patología mamaria y las prácticas de autoexploración entre las mujeres de esta región costera. El análisis de la información recopilada evidenció que la comprensión del autoexamen mamario por parte de las participantes se estructura a través de diversos elementos conceptuales, tanto preestablecidos como emergentes, incluyendo aspectos como tradiciones culturales, interpretaciones individuales, nivel de información sobre la enfermedad, técnicas de identificación temprana, impactos en la salud y vivencias particulares. Se concluyó que el cáncer de mama es asociado con malignidad, muerte y emociones negativas por estas mujeres, reconociendo su impacto en el sufrimiento personal y en su entorno familiar y social. La representación social del autoexamen está estrechamente ligada a la enfermedad y sus implicaciones, resaltando creencias, percepciones y categorías influenciadas por aspectos socioculturales.

Maca et al. (2023) La investigación tuvo como objetivo desarrollar y evaluar una herramienta educativa para concientizar a 146 mujeres docentes, de entre 20 y 60 años, sobre el cáncer de mama, con el fin de promover la prevención, detección temprana y hábitos saludables entre las mujeres de la Universidad Mariana, en Pasto, Nariño. La herramienta educativa incluyó recursos visuales, material informativo y sesiones interactivas, enfocadas en prevención, detección temprana, factores de riesgo y autocuidado. Tras la implementación de la herramienta, se observó un aumento en el conocimiento sobre el cáncer de mama y en la disposición de las mujeres docentes para realizar autoexámenes regulares y buscar atención médica para chequeos periódicos. Además, las participantes se convirtieron en difusoras de la información, ampliando el impacto de la iniciativa a sus círculos sociales y estudiantes. Se espera que este esfuerzo genere un cambio positivo y

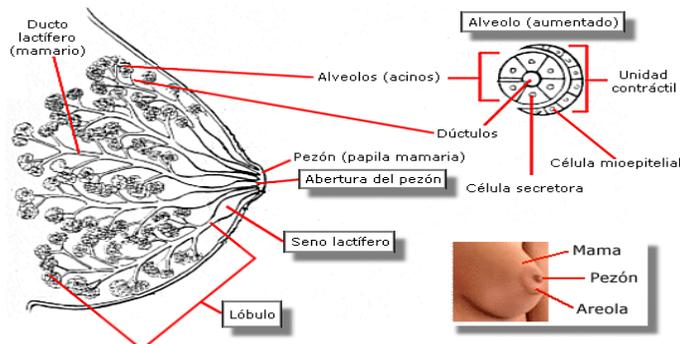
sostenible en la actitud hacia el cáncer de mama, tanto en el entorno universitario como en la sociedad en general.

### 1.2.2. Marco teórico

**1.2.2.1. Anatomía de la mama.** La mama es un órgano superficial par y simétrico que produce leche. Está compuesta por 15-20 lóbulos que se irradian desde el pezón hacia la región torácica. La irrigación sanguínea proviene de las arterias mamarias internas y externas, así como de las arterias intercostales. La mama se drena a través de un plexo de vasos linfáticos que conectan con los ganglios axilares, drenando aproximadamente un 7% del líquido hacia ellos. La inervación de la mama proviene de los nervios intercostales 3°, 4° y 5°, proporcionando sensibilidad y control simpático. Anatómicamente, la mama se compone de estructuras túbulo-acinosas epiteliales compuestas, con conductos, conductillos y acinos. Estas estructuras están revestidas por células epiteliales y mioepiteliales, con tejido conectivo que las sostiene, formando los lóbulos. Cada lóbulo tiene uno o más conductos galactóforos principales que drenan hacia el pezón, donde se encuentran de 5 a 10 puntos de salida, llamados senos lactíferos. A medida que los conductos se adentran en el lóbulo, se dividen en conductillos más delgados, terminando en conductillos terminales que drenan un solo lobulillo. La distribución de estos conductos no es uniforme, siendo más predominantes en la región central, retroareolar y en el cuadrante superoexterno. La unidad funcional de la mama es el lobulillo-alveolar, formado por las ramificaciones de los conductos terminales. Estos conductos están revestidos por un epitelio escamoso estratificado cerca del pezón y un epitelio cuboidal-cilíndrico en la porción más distal (Amy et al., 2002).

### Figura 1

Anatomía de la mama



**Fuente:** anatomía y fisiología de la glándula mamaria (s.f)

**1.2.2.2. Cáncer de mama.** El cáncer de mama, también conocido como adenocarcinoma, es una enfermedad maligna caracterizada por el crecimiento descontrolado de células en la glándula mamaria. Este crecimiento anormal se produce en los conductos y lóbulos mamarios, formando un tumor que puede invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo en un proceso conocido como metástasis. Al igual que otros tipos de tumores malignos, el cáncer de mama surge debido a cambios en la estructura y función de los genes (Pimentel, 2018).

En la mama, se encuentran diversos tipos de tumores malignos, algunos de los cuales son invasivos, mientras que otros permanecen en una etapa no invasiva. Entre los tumores no invasivos, destacan el carcinoma intraductal y el carcinoma lobulillar in situ. El carcinoma intraductal, conocido comúnmente como carcinoma ductal in situ, ha ganado relevancia con el incremento en el uso de mamografías y se clasifica en diferentes subtipos histológicos, siendo el comedocarcinoma el más destacado por su rápida proliferación celular y alta malignidad. Por otro lado, el carcinoma lobulillar in situ se caracteriza por la proliferación de células en los conductos terminales o acinos mamarios. Ambos tipos de carcinoma no invasivo se consideran precursores del cáncer invasivo de mama y comparten cambios genéticos y cromosómicos con el tejido maligno invasivo adyacente. Por otro lado, los tumores invasivos de mama incluyen el carcinoma ductal infiltrante, el más común, caracterizado por células malignas que invaden el tejido conectivo circundante y estructuras vasculares y nerviosas, clasificándose según el grado de atipia nuclear y diferenciación histológica (Quezada, 2015).

**1.2.2.3. Epidemiología del cáncer de mama.** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 se reportaron alrededor de 2.3 millones de casos de cáncer de mama a nivel mundial. En Colombia, durante ese mismo año, se registraron 15,509 casos de cáncer de mama, lo que representó el 13.7% de todos los casos de cáncer en el país. Esta cifra sitúa al cáncer de mama como la principal causa de incidencia y mortalidad entre las mujeres colombianas, con aproximadamente 4411 muertes anuales. Por consiguiente, esta situación lo posiciona como un importante problema de salud pública en Colombia (Puerto et al., 2021).

En el departamento de Nariño, según datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en 2022 se registraron 37 muertes relacionadas con el cáncer de mama, con 106 nuevos casos diagnosticados en el mismo año. Para el año 2023, se han reportado 93 casos adicionales y 26 defunciones por esta enfermedad en Nariño. Estas cifras subrayan la necesidad urgente de abordar el cáncer de mama como un problema significativo de salud pública a nivel local, implementando estrategias de detección temprana y garantizando el acceso a tratamientos adecuados para mejorar las tasas de supervivencia y reducir la carga de la enfermedad en la población.

**1.2.2.4. Estadios del cáncer de mama.** El cáncer de mama incluye un sistema de clasificación histológica, conocido como TNM (*Tumor Node Metastasis*, por sus siglas en inglés) divide la enfermedad en cinco etapas o estadios, designados como (0 o in situ, I, II, III y IV), según la presencia de receptores tumorales. Esta clasificación se establece conforme a criterios establecidos por la American Joint Committee on Cancer (2010) y por Edge & Compton (2010). El pronóstico de supervivencia de las pacientes está directamente relacionado con el estadio de la enfermedad; en otras palabras, a menor estadio, mayor probabilidad de supervivencia. Por ejemplo, el estadio I tiene una tasa de supervivencia del 100 %, mientras que el estadio IV tiene una tasa de supervivencia del 20 %. Esto significa que las pacientes diagnosticadas en estadios más avanzados tienen una menor probabilidad de supervivencia en comparación con aquellas diagnosticadas en estadios más tempranos (Aguirre et al., 2017).

**1.2.2.5. Factores de riesgo.** En el cáncer de mama los factores de riesgo son aquellas condiciones que incrementan la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Aunque pueden influir en su desarrollo, la mayoría no constituyen la causa directa de la enfermedad. Existen diversos factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer, aunque algunos de ellos pasan desapercibidos (Rosero et al., 2022).

Los principales factores de riesgo en las mujeres son el género y la edad, ya que el cáncer de mama es un tumor 100 veces más común en mujeres que en hombres, y su incidencia máxima se encuentra entre los 45 y los 64 años (Ricse, 2007).

Además, hay otros factores relacionados con la historia reproductiva, el estilo de vida y otros de origen diverso. La historia reproductiva se refiere a factores de riesgo como la menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad, falta de lactancia materna, primer embarazo después de los 30, y uso de hormonas sexuales. Estos factores, respaldados por evidencia, contribuyen al desarrollo del cáncer de mama. Por otro lado, el estilo de vida también puede contribuir al desarrollo de cáncer de mama lo cual implica patrones de conducta como dieta, actividad física, consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas. El riesgo de cáncer de mama se relaciona con el consumo de alcohol, una dieta pobre, sobrepeso u obesidad, y un estilo de vida sedentario. Además, factores como antecedentes personales y familiares de cáncer de mama, mutaciones genéticas, y enfermedades benignas de la mama también aumentan el riesgo (Pérez et al., 2009).

Del mismo modo el color de la piel puede influir en la aparición del cáncer de mama. Las mujeres de piel blanca tienen una ligera predisposición a desarrollar este tipo de cáncer en comparación con las mujeres afroamericanas. Sin embargo, las mujeres afroamericanas tienden a experimentar casos de mayor malignidad y a fallecer por esta causa a edades más tempranas. Con respecto al cáncer de mama de origen familiar probablemente resulta de la interacción entre factores ambientales y factores genéticos aún no identificados. Se estima que entre el 5% y el 10% de todos los casos diagnosticados tienen un componente hereditario, pero solo alrededor del 1% se atribuye a personas con antecedentes familiares de primer y segundo grado (madre, hermana, hija) afectadas por la enfermedad (Osorio et al., 2020).

**1.2.2.6. Prevención del cáncer de mama.** Una dieta saludable es una forma de prevención importante contra el cáncer, especialmente aquellas que incluyen abundantes frutas, pescados, vegetales y aceites vegetales, limitando el consumo de carnes rojas y lácteos. Además, llevar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio regular, con al menos 3 horas semanales, se ha asociado positivamente con la reducción del riesgo de cáncer. Los estudios indican que el ejercicio físico puede modular la producción de marcadores de inflamación y esteroides sexuales, así como

regular el eje de la insulina y el IGF-I (factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1), lo que contribuye a la prevención del cáncer. Dormir adecuadamente, aproximadamente 7 horas al día, y abstenerse de consumir bebidas alcohólicas y cigarrillos también se han relacionado positivamente con la prevención del cáncer (Briceño, 2023).

El diagnóstico temprano del cáncer de mama es esencial para mejorar la supervivencia y disminuir la mortalidad. En términos de acciones preventivas para la detección oportuna de este tipo de cáncer, se resaltan tres enfoques principales: la autoexploración mamaria, el examen clínico de mama y la mamografía. La autoexploración mamaria, aunque menos sensible que otros métodos, sigue siendo crucial, especialmente en entornos donde los recursos son limitados. El examen clínico de mama se sugiere como una herramienta valiosa, particularmente en áreas donde no está disponible la mamografía, y se recomienda anualmente para mujeres de 40 años o más. Por último, la mamografía se considera el estándar de oro en la detección temprana del cáncer de mama, con una alta sensibilidad y especificidad, y la capacidad de detectar tumores pequeños que pueden pasar desapercibidos en el examen clínico (77-95% de sensibilidad y 94-97% de especificidad) (Chaves, 2014).

**1.2.2.7. Detección temprana de cáncer de mama.** La detección temprana del cáncer de mama se enfoca en identificar y abordar las condiciones que podrían tener un impacto patológico, incluso antes de que se presenten signos o síntomas visibles de la enfermedad. Para lograr esto, se utilizan diversas estrategias, como la autoexploración, la exploración clínica de la mama y el tamizaje mediante mamografía, con el fin de detectar posibles anomalías en fases iniciales. El tamizaje consiste en seleccionar a individuos que puedan estar en riesgo de padecer una enfermedad específica, como el cáncer de mama, y someterlos a pruebas diagnósticas. Hay dos enfoques principales: el tamizaje poblacional, que se lleva a cabo como parte de un programa organizado de salud pública, y el tamizaje de oportunidad, que ocurre fuera de un programa formal cuando un proveedor de salud recomienda una prueba a una mujer sin síntomas. Es esencial que tanto el tamizaje poblacional como el de oportunidad garanticen una evaluación diagnóstica adecuada para las mujeres que presenten anomalías, así como el acceso a tratamientos y seguimientos pertinentes (Gonzales et al., 2010).

**1.2.2.8. Autoexamen.** La autoexploración mamaria es una práctica crucial, ya que representa el primer paso para que una mujer pueda detectar precozmente posibles problemas en la glándula mamaria, incluyendo la presencia de cáncer. De hecho, más del 80% de los nódulos mamarios son identificados por la propia mujer durante la autoexploración. Aunque estudios no han demostrado una reducción directa en la mortalidad por cáncer de mama ni han establecido su superioridad frente a la detección mediante mamografía, es importante destacar que los tumores detectados a través de la autoexploración tienden a ser de menor tamaño, lo que se asocia con un mejor pronóstico y una mayor probabilidad de éxito en tratamientos menos invasivos como la cirugía conservadora (Sardiñas, 2009).

En Colombia, se recomienda la autoexploración mamaria a partir de los 20 años, reconociendo su valor como el primer paso para que las mujeres puedan detectar de manera temprana posibles problemas en la glándula mamaria, incluyendo el cáncer (Ochoa, como se citó en Castillo et al., 2016).

El periodo más adecuado para efectuar la revisión personal del tejido mamario se ubica entre el día cinco y siete posterior a la menstruación, ya que durante esta fase los senos presentan menor turgencia. En el caso de mujeres en etapa posmenopáusica, se recomienda establecer una fecha fija mensual, lo que permite desarrollar una rutina consistente y perfeccionar la metodología de exploración. Esta práctica de autoexamen se desarrolla en dos etapas fundamentales: inspección visual y palpación. Durante la inspección, se deben observar posibles cambios en el tamaño, forma y textura de los senos, así como cualquier alteración en la piel o el pezón. En cuanto a la palpación, esta se realiza preferiblemente en posición decúbito, permitiendo detectar posibles bultos o nódulos anormales en los senos y en la región axilar. Es fundamental que la persona se familiarice con la sensación normal de sus senos para poder identificar cualquier cambio o anomalía, y en caso de detectar algún hallazgo preocupante, es vital consultar de inmediato con un profesional de la salud para un diagnóstico y tratamiento adecuados (Sardiñas, 2009).

**1.2.2.9. Signos de alerta en la mama.** Es importante la divulgación del autoexamen de la mama, ya que este método, cuando es practicado sistemáticamente por mujeres familiarizadas con él, permite detectar anomalías que podrían ser las primeras señales de un cáncer de mama. Es

crucial que, ante cualquier alteración detectada durante la autoexploración, la mujer consulte de inmediato a su médico. Algunos de los síntomas a los que debe prestar especial atención incluyen:

- Dolor punzante persistente en alguna parte de la mama después de la menstruación.
- Cambios en la coloración o aspecto de la piel de la mama, particularmente la aparición de piel de naranja.
- Presencia de hoyuelos, hundimientos en la piel o bultos que no estaban presentes anteriormente y que persisten después de la menstruación.
- Secreción de líquido por el pezón, con atención especial al color (transparente, lechoso o sanguinolento).

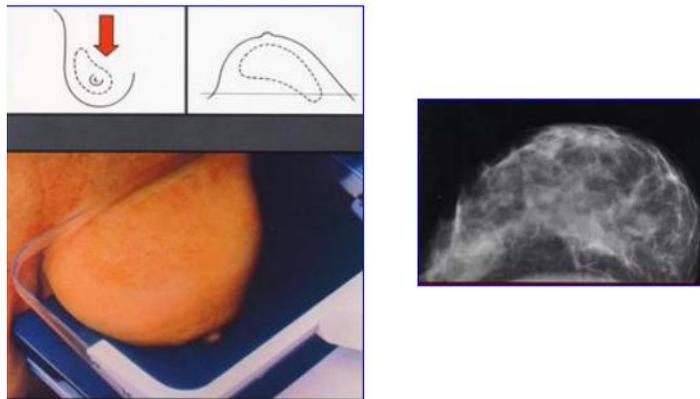
Es importante destacar que, en la mayoría de los casos, estos signos o síntomas pueden indicar problemas benignos en las mamas. Sin embargo, en algunos casos, podrían ser indicativos de un proceso maligno, como el cáncer de mama (Osorio et al., 2020).

**1.2.2.10. Tamizaje.** El tamizaje se refiere a una estrategia fundamental en salud pública que busca identificar a personas con mayor probabilidad de padecer una enfermedad específica, como el cáncer de mama, mediante pruebas, incluso en ausencia de síntomas evidentes. Este proceso puede llevarse a cabo de dos maneras principales: el tamizaje de oportunidad, donde individuos asintomáticos se someten a pruebas fuera de un programa formal, y el tamizaje organizado, que implica la implementación de un programa estructurado y formal. Para establecer un programa de tamizaje organizado, se requiere cumplir con una serie de criterios y requisitos, como establecer una política explícita, definir la población objetivo por grupos de edad, determinar las pruebas a utilizar y sus intervalos de aplicación, designar un equipo responsable de su implementación, garantizar el acceso a servicios de salud para diagnóstico y tratamiento oportunos, promover la demanda de tamizaje, asegurar la calidad del programa, mantener un sistema de información adecuado, realizar seguimiento y evaluación, entre otros aspectos. Es esencial considerar la idoneidad de la enfermedad, la prueba y el programa en el contexto específico de la población objetivo para garantizar la efectividad del tamizaje y la detección temprana de la enfermedad (Díaz et al., 2005).

**1.2.2.11. Mamografía.** La mamografía, también conocida como mastografía, es una técnica de imagen que utiliza rayos X para producir una representación plana de la glándula mamaria. Esta imagen se genera gracias a la manera en que los rayos X se atenúan al atravesar los diferentes tejidos que componen la mama. La información tridimensional sobre la ubicación de posibles lesiones se obtiene mediante la toma de dos proyecciones: una proyección cráneo-caudal (Figura 2) y una medio-lateral-oblicua (Figura 3) para cada mama. La obtención de una imagen mamográfica de calidad es un desafío debido a la similitud de los tejidos mamarios y a que las lesiones que se buscan, como posibles indicadores de la presencia de un tumor, pueden ser muy pequeñas o parecerse mucho al tejido normal. La mamografía de detección se lleva a cabo en mujeres asintomáticas y tiene como objetivo identificar lesiones no palpables, calcificaciones, asimetrías en la densidad mamaria y/o distorsiones en la estructura de la glándula. Los nódulos son objetos de densidad media a alta que pueden confundirse con el tejido glandular en la imagen mamográfica, y sus contornos pueden indicar malignidad. Las calcificaciones, que son acumulaciones cristalinas de calcio de tamaño muy reducido, son indicadores de malignidad dependiendo de su agrupación y morfología. Solo la mamografía puede detectar estas calcificaciones. Es importante destacar que la imagen mamográfica solo muestra indicadores de posibles lesiones, y la gravedad de la lesión se evalúa mediante características de la imagen, lo que puede llevar al radiólogo a solicitar una biopsia para obtener tejido sospechoso. La determinación de la malignidad del tumor solo se puede hacer a través del análisis patológico de la muestra de tejido. (Brandan y Villaseñor, 2006)

**Figura 2**

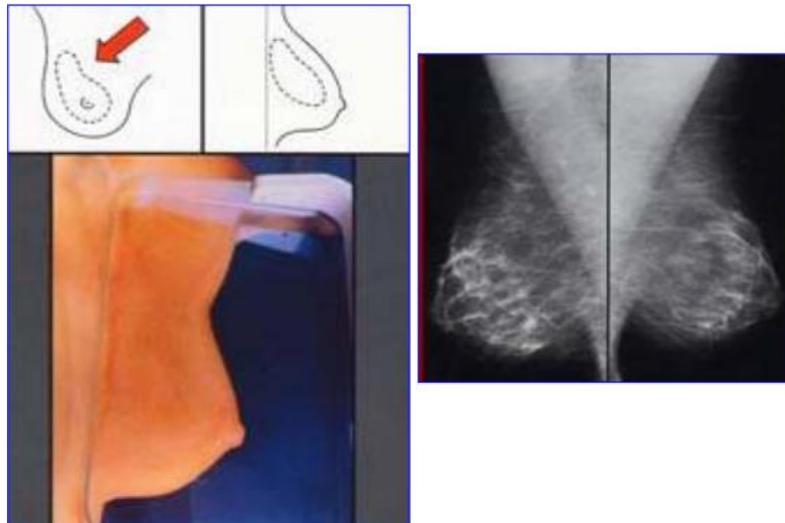
*Proyección cráneo-caudal*



**Fuente:** Baños (s.f)

**Figura 3**

*Proyección oblicua medio-lateral*



**Fuente:** Baños (s.f)

Este examen se divide en dos tipos principales: mamografía de escrutinio y mamografía de diagnóstico. La primera se realiza en mujeres asintomáticas para detectar posibles anomalías, mientras que la segunda se emplea cuando hay signos clínicos como bultos o cambios en la mama (Rodríguez, 2012).

**1.2.2.12. Detección temprana y tamización para cáncer de mama en Colombia.** En Colombia la normativa establece que todas las mujeres mayores de 50 años deben someterse a una mamografía cada dos años, sin importar si presentan signos o síntomas mamarios. Este examen debe ser realizado por un técnico de radiología capacitado en mamografía, y su interpretación debe ser llevada a cabo por un radiólogo o mastólogo certificado, con entrenamiento específico en mamografía. Para garantizar la calidad de la mamografía, se requiere que el mamógrafo utilizado

tenga un año de construcción no inferior a 1985, con foco grueso y fino, rejilla, fotocelda, y utilice películas y chasis de revelado rápido, así como un procesador automático para el revelado de las películas (Ministerio de Salud República de Colombia, s.f)

Cuando los resultados del estudio mamográfico indican anomalías que requieren investigación adicional, es fundamental garantizar que la paciente pueda acceder a procedimientos diagnósticos confirmatorios, entre ellos la extracción de tejido mediante punción aspirativa (BACAF). Posteriormente, debe asegurarse la implementación del protocolo terapéutico apropiado, administrado por especialistas con experiencia específica en patologías de la glándula mamaria. Además de la mamografía, se recomienda educar a todas las mujeres mayores de 20 años en el autoexamen de mama. Esto implica realizar un autoexamen mensual, de preferencia entre 4 y 10 días después del primer día de menstruación, o en un día fijo si la mujer ya no menstrúa. Se deben informar los signos a detectar durante este examen, como bultos, cambios en la piel del seno, retracción del pezón, entre otros. Cualquier cambio identificado en el autoexamen debe ser consultado de inmediato con un médico. Adicionalmente se debe realizar un examen físico cada año a partir de los 40 años (Ministerio de Salud República de Colombia, s.f)

**1.2.2.13. Factores que intervengan en el tamizaje.** El tamizaje del cáncer de mama es una estrategia esencial para la detección temprana de esta enfermedad. Su efectividad depende de múltiples factores interrelacionados que influyen tanto en el acceso como en la adherencia a los programas de detección. La comprensión de estos factores resulta fundamental para el desarrollo de estrategias eficaces que aumenten la participación en los programas, especialmente en las poblaciones vulnerables (Agudelo, 2013).

Entre estos factores, los sociodemográficos juegan un rol determinante. La edad es uno de los principales predictores, observándose mayores tasas de participación en mujeres entre 50 y 69 años en comparación con las más jóvenes. Asimismo, el nivel educativo y el estatus socioeconómico son claves, ya que aquellas con mayor nivel de educación y mejores recursos económicos tienden a tener mejor acceso y comprensión de la importancia del tamizaje (Wiesner et al., 2020).

Por otro lado, las barreras culturales y psicosociales también influyen notablemente en la decisión de participar en los programas de tamizaje. En ciertas comunidades, como las indígenas, las creencias tradicionales pueden estar en desacuerdo con las prácticas médicas occidentales. Además, el temor al procedimiento, experiencias previas negativas o la vergüenza son factores psicológicos comunes que desalientan la participación (Charry et al., 2008).

Los factores institucionales y del sistema de salud representan otro conjunto de elementos críticos. La accesibilidad geográfica es especialmente relevante en áreas rurales y comunidades remotas, donde puede ser difícil acceder a los servicios de salud. La disponibilidad de equipos adecuados, personal capacitado y la calidad del servicio influyen directamente en la experiencia de las usuarias, lo que a su vez afecta su disposición a participar en futuros tamizajes. Además, la continuidad en la atención y un seguimiento adecuado son esenciales para asegurar la adherencia a los programas de detección temprana (Piñeros et al., 2011).

Sumado a lo anterior, los factores económicos y las barreras de acceso también constituyen obstáculos importantes, especialmente en el contexto del sistema de salud colombiano. Según Sánchez et al. (2014), las principales barreras incluyen los costos del transporte, los tiempos de espera prolongados y la falta de continuidad en la atención, problemas que se agravan en las zonas rurales y comunidades alejadas, donde las distancias a los centros de salud especializados son considerables.

En este sentido, la implementación eficaz de los programas de tamizaje requiere un enfoque integral que considere las guías de práctica clínica establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Estas guías subrayan la importancia de adaptar los servicios a las necesidades específicas de diversas poblaciones, considerando los factores culturales, sociales y económicos en el diseño de las estrategias de tamizaje. De esta manera, es posible mejorar tanto el acceso como la participación en estos programas, especialmente en los sectores más vulnerables.

### ***1.2.3. Marco conceptual***

**BI-RADS:** El Sistema de Informes y Datos de Imágenes de Mama (BI-RADS, por sus siglas en inglés) es un método ampliamente reconocido para clasificar los resultados de las mamografías, y se considera el estándar universal en el diagnóstico de enfermedades mamarias. Su objetivo principal es estandarizar el lenguaje y el proceso de informes de mamografías, permitiendo una descripción uniforme de las lesiones mamarias y facilitando la categorización de estas según su grado de sospecha. Esto a su vez, ayuda a los profesionales médicos a determinar la mejor estrategia de manejo y tratamiento para cada caso en particular (Aibar et al., 2010).

**Cáncer de mama:** Es una enfermedad maligna caracterizada por el crecimiento descontrolado de células en la glándula mamaria. Este crecimiento anormal ocurre en los conductos y lóbulos mamarios, formando un tumor que puede invadir tejidos adyacentes y propagarse a otras partes del cuerpo en un proceso denominado metástasis (Pimentel, 2018).

**Estadio de cáncer:** La estadificación describe la ubicación y extensión de un cáncer, incluyendo su tamaño, crecimiento en tejidos cercanos y si se ha diseminado a ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo. Antes del tratamiento, se realizan exámenes físicos y pruebas para determinar el estadio del cáncer, que puede requerir varias evaluaciones. Esto ayuda a los médicos a planificar el tratamiento más adecuado (Sociedad Americana de Cáncer, sf).

**Examen de Tamizaje:** Es una prueba de detección temprana de enfermedades revelan cambios estructurales en la enfermedad antes de que este avance y se manifieste con síntomas. Las acciones destinadas a detectar la enfermedad en sus etapas iniciales, antes de que produzca síntomas, se consideran actividades de prevención secundaria en el ámbito clínico. Un ejemplo de esto es la mamografía para la detección temprana del cáncer de mama (Torregrosa, 2021).

**Factores de riesgo:** Se refiere a una característica o circunstancia identificable de una persona o grupo de personas que está relacionada con un incremento en la probabilidad de sufrir, desarrollar o estar particularmente expuesto a un proceso patológico. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales y económicos) pueden combinarse entre sí, potenciando el efecto individual de cada uno y generando un fenómeno de interacción (Pita et al., 1997).

**Incidencia:** La incidencia acumulada refleja el riesgo de desarrollar una enfermedad en un periodo. Y la tasa de incidencia refleja la velocidad de aparición de un determinado evento en la población (Fuentes y Del prado, 2013).

**Mamografía:** La mamografía es un método de imagen por rayos X utilizado para evaluar la mama con el fin de detectar tempranamente el cáncer y otras enfermedades mamarias. Se emplea como herramienta de diagnóstico y detección (Instituto Nacional de Imágenes Biomédicas, s.f.).

**Menarquia:** La menarquia es el indicador de maduración sexual más comúnmente utilizado, influido por factores genéticos y ambientales, y se asocia al riesgo de desarrollar enfermedades como la obesidad, el cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares, entre otras (Valdés et al, 2013).

**Menopausia:** La menopausia se refiere a la interrupción permanente de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular en el ovario. El período justo antes y después de la menopausia se conoce como perimenopausia. La posmenopausia se define como el año que sigue a la última menstruación, independientemente de si la menopausia fue inducida o natural (Carvajal et al., 2016)

**Neoplasia:** Significa “nuevo crecimiento”. Es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es más rápido y no está coordinado con el de los tejidos normales, y persiste al cesar el estímulo que desencadenó el cambio (Zicre, 2012)

**Obesidad:** Es una enfermedad compleja, ha sido difícil de definir. Durante mucho tiempo, se la consideró principalmente como un trastorno de conducta relacionado con la alimentación. Sin embargo, con el avance del conocimiento, se ha desarrollado un modelo integral que explora tanto su origen como sus consecuencias. Las definiciones actuales de la obesidad abordan diversos aspectos, proporcionando una guía para comprender sus múltiples facetas clínicas (García, 2004).

#### ***1.2.4. Marco contextual***

La investigación tendrá como contexto el Cabildo Indígena Aldea de María Putisnán, ubicado en el área rural del municipio de Contadero -Nariño (Figura 4).

**Figura 4**

*Cabildo Indígena Aldea de María Putisnán*



**Fuente:** Pagina de Facebook del cabildo (s.f)

El Contadero se encuentra enclavado en la cordillera Occidental de los Andes, sobre el altiplano andino nariñense, a 2.566 metros de altitud (la cabecera municipal) se encuentra ubicada al extremo suroccidental del municipio, el cual comprende diversos pisos térmicos entre el templado, cerca de los 2000 metros en la cuenca del río Guitarra y el páramo, El área del municipio es de 42.3 kilómetros cuadrados, predominando un relieve quebrado, que contiene pequeñas mesetas, laderas y un hermoso paisaje que se matiza con abismos hacia el sur y montañas al occidente, (Figura 5) El municipio de Contadero está dividido en dos corregimientos, el primero directamente bajo la Cabecera municipal, y el segundo manejado por el cabildo indígena de Putisnán, con su centro en la población de Aldea de María. Además de este centro poblado menor, está el centro poblado de La Josefina, al oriente del municipio.

**Figura 5.**

*Ubicación geográfica municipio del Contadero en el departamento de Nariño*

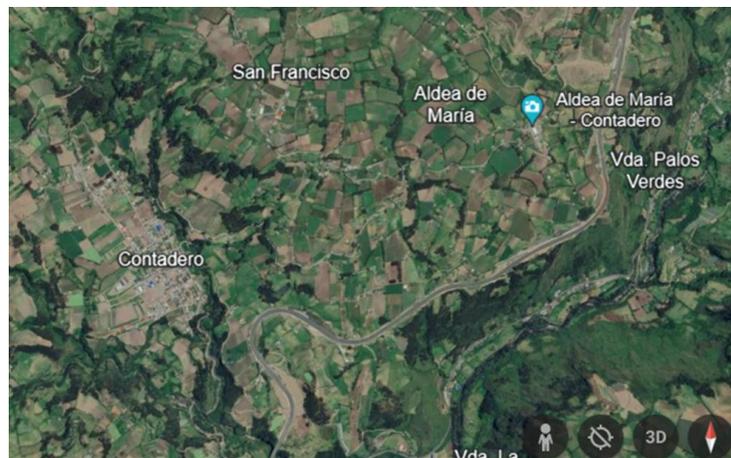


**Fuente:** Wikipedia (s.f)

En el Cabildo Indígena de Aldea de María, ubicado en el municipio de El Contadero, departamento de Nariño, al suroeste de Colombia, se encuentra a 72 km de la capital, San Juan de Pasto, y a 22 km de la ciudad de Ipiales. Al viajar de Pasto a Ipiales por la vía panamericana, se toma un desvío en el poblado de San Juan que lleva hasta el pueblo de El Contadero. Este se halla entre varios puntos de referencia: al norte, el Cerro de Iscuasán; al sur, el Río Guitara; al este, el nacimiento del sol, el Manzano y la Quebrada Humeadora; y al oeste, el ocaso del mismo astro rey, El Contadero (Cárdenas, 2009) (Figura 6).

**Figura 6.**

*Ubicación geográfica Contadero y cabildo indígena aldea de maría*



**Fuente:** google maps (s.f)

La carretera principal parece funcionar como la columna vertebral terrestre, continuando hacia el norte a través del caserío de Aldea de María y el Cerro de Iscuazán. Desde esta ruta, se ramifica hacia Gualmatán al oeste, hacia Iles al norte y hacia el suroriente, volviendo a conectar con la gran vía panamericana en la vereda El Juncal. De esta vía principal surgen otras carreteras que conducen a diversas veredas; finalmente, estas se reducen a senderos de a pie o de herradura, lo que permite a los habitantes llevar alimentos hasta sus hogares. Además, estos pequeños caminos son utilizados para acortar distancias, ya que las carreteras, por su extensión, son más adecuadas para el tránsito en moto o en automóvil. Según estudios, su territorio se extiende a 45 km<sup>2</sup>, de los cuales 32 son de clima frío, 10 de clima semi templado y 3 de páramo. Se sitúa a 00° 24' 28" de latitud norte y a 77° 27' 45" de longitud respecto al meridiano de Greenwich. Putisnán presenta un relieve quebrado en toda su extensión y es una porción de tierra donde se combinan pequeñas mesetas, laderas y un paisaje singular con abismos, montañas, páramos y cerros como el Iscuazán. Se encuentra a una altitud promedio de 2,475 m sobre el nivel del mar, y su temperatura media oscila alrededor de los 15 °C, predominando un clima frío.

Putisnán o Aldea de María es una comunidad indígena asentada en el municipio de el Contadero, en el departamento de Nariño (Colombia), tan solo a 20 Km de la frontera con la República del Ecuador, y el cual forma parte del pueblo de los Pastos que ha habitado los Andes del sur-occidente de Colombia y el norte del Ecuador desde el siglo IX de nuestra era, según lo reportan los estudios arqueológicos adelantados en el territorio, especialmente a través del trabajo de María Victoria Uribe 1992 (Vodniza, 2021).

El cabildo Indígena Aldea de María es el órgano de gobierno local que representa y administra los asuntos internos de la comunidad Indígena en el municipio de el Contadero, Departamento de Nariño, Colombia. Este cabildo forma parte de la estructura de autogobierno indígena reconocida por la constitución colombiana y la ley que protege los derechos de las comunidades étnicas. Juega un papel fundamental en la preservación y promoción de la identidad cultural, la autonomía y el desarrollo inclusivo de la comunidad. Sus responsabilidades incluyen administrar justicia, gestionar los recursos naturales, promover la educación y la salud desde una perspectiva intercultural y representar los intereses de la comunidad ante las autoridades locales, regionales y

nacionales. Este concejo se organiza de acuerdo con los principios y normas propios de la cosmovisión y tradiciones culturales de la comunidad indígena de Aldea de María. Generalmente está dirigido por una figura de autoridad tradicional, como un jefe o gobernador quien en la actualidad hace de mando la señora Carmen Eugenia Gómez , y tiene una estructura organizativa que incluye un consejo de dirigentes y una asamblea comunitaria para la toma de decisiones, esta comunidad juega un papel importante en la promoción de la interculturalidad y el diálogo interétnico, así como en la defensa de los derechos territoriales, la conservación del medio ambiente y aspectos fundamentales de la sostenibilidad y el bienestar de las comunidades locales. es una organización importante en la vida comunitaria de las comunidades indígenas, que fortalece la identidad indígena, protege los derechos y protege el entorno cultural y natural, estamos comprometidos con la construcción de un entorno armonioso y sostenible.

#### ***1.2.5. Marco legal***

Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (SAS, 1993).

Ley 100 de 1993, que instauro el Sistema Nacional de Salud que nos rige hoy, incluyendo a los indígenas en un nivel especial del régimen subsidiado; con el beneficio de proveer los servicios previstos por esta ley, sin costo alguno (Congreso de Colombia, 2001).

Ley 691 de 2001, la cual reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación (Congreso de Colombia, 2001).

Ley 2194 de 2022, que tiene por objeto eliminar las barreras de acceso a programas de apoyo para la rehabilitación integral de las personas diagnosticadas con cáncer de mama y otros tipos de cáncer (Congreso de Colombia, 2022).

Decreto 1097 de 2020, el cual reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, así como el carácter oficial de las lenguas y dialectos de los grupos étnicos en sus territorios y el derecho de sus integrantes a una formación que respete y desarrolle su integridad cultural (Decreto 1097 de 2020 - Gestor normativo, 2020).

Artículo 74 del Decreto 1953 de 2014, que define el sistema de salud como el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, siendo la sabiduría ancestral un eje fundamental para orientar dicho sistema (Decreto 1953 de 2014 - Gestor normativo, 2014).

Decreto 1848 de 2017, el cual establece un sistema de habilitación especial para las EPS indígenas, que comprenda el conjunto de requisitos y procedimientos que determinen las condiciones administrativas, científicas, técnicas, culturales y financieras, para garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial a sus afiliados (SAS, 2018).

Decreto 1232 de 2018, que establece medidas especiales de prevención y protección de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento o estado natural, y crea y organiza el sistema nacional de prevención y protección de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento o estado natural (Decreto 1232 de 2018 - Gestor normativo, 2018).

La declaración de naciones unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, adoptada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007, la cual reconoce los derechos básicos de los pueblos indígenas en una serie de áreas de especial interés para estos pueblos, en el marco del principio general del derecho a la libre determinación, incluyendo el derecho a la igualdad y a la no discriminación; el derecho a la integridad cultural; el derecho a la tierra, el territorio y los recursos naturales; el derecho al autogobierno y a la autonomía; el derecho al consentimiento previo, libre e informado, y otros (OHCHR, 2007).

Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, responsable de supervisar la implementación del Pacto, ha aplicado también algunas de

sus disposiciones en el contexto específico de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la vivienda; el derecho a la alimentación; el derecho a la educación; el derecho a la salud; el derecho al agua, y los derechos de propiedad intelectual (OHCHR, 1966).

Recomendación general N° 24 (La mujer y la salud). En la resolución que establece su mandato, el Consejo de Derechos Humanos ha solicitado al relator especial que preste una especial atención a la situación de las mujeres indígenas, así como a tomar en cuenta una perspectiva de género en el desempeño de su mandato (OHCHR, 1979).

### ***1.2.6. Marco ético***

En primer lugar, es importante enfatizar que el cáncer de mama está relacionado con factores como la falta de educación, cultura, lingüística y factores sociodemográficos. Por lo tanto, la educación sobre cómo realizar un autoexamen de mama y la orientación sobre dónde acudir si se descubren síntomas o anomalías en la anatomía de la mama son medidas preventivas clave. Promover hábitos saludables y otros factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama, lo que significa no sólo informar a la población sobre los riesgos de esta enfermedad, sino también promover una cultura de prevención a través del autoexamen de mama y la aceptación comunitaria cuando se encuentran en tales situaciones. Las consideraciones en el campo de la ética médica se construyen sobre una base que integra situaciones reales, fundamentos filosóficos y lineamientos establecidos. Estos elementos fundamentales sirven como guía para que los profesionales sanitarios desarrollen estrategias específicas en la resolución de dilemas clínicos.

La bioética se fundamenta en hechos, principios y normas específicas. Los principios guían al profesional de la salud hacia un enfoque particular en la resolución de un problema y también pueden funcionar como herramientas de razonamiento. Estas normas generales son necesarias y suficientes para abordar problemas éticos, ya que consisten en reglas que estructuran los argumentos y facilitan la solución de conflictos. Diferentes situaciones, principios y normas se consideran obligatorios a primera vista, aunque no son incondicionales, lo que permite resolver situaciones conflictivas conforme al principio relevante en el contexto sanitario actual (Ferro et al., 2008).

Los principios fundamentales de la bioética, universalmente reconocidos y planteados por Beauchamp y Childress, son:

**Beneficencia:** Este principio se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien y proporcionar beneficios. Implica el deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses personales, es decir, actuar en función del mayor beneficio posible para el paciente y procurar su bienestar. Los elementos que se incluyen en este principio abarcan todas las acciones que generan o fomentan el bien, previenen o contrarrestan el mal o el daño; además, también se consideran las omisiones o la ausencia de actos que pudieran causar daño o perjuicio (Ferro et al., 2008).

**No maleficencia:** Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática, resumido en la frase *Primum non nocere*, que significa no causar daño al paciente. Se trata de la formulación negativa del principio de beneficencia, que nos obliga a promover el bienestar. Los preceptos morales derivados de este principio incluyen no matar, no causar sufrimiento, no provocar dolor, no privar de placer y evitar la discapacidad evitable. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte, Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana (Ferro et al, 2008).

**Autonomía:** Este principio se expresa de manera directa e indirecta y tiene diferentes significados relacionados con el Estado, la comunidad y el individuo. Su definición se puede abordar desde dos perspectivas: la primera reconoce la capacidad de las personas para tomar decisiones, así como la facultad institucional para abordar las problemáticas de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores. En un segundo enfoque, según Beauchamp y Childress, se entiende como la capacidad de tomar decisiones propias, libres de cualquier tipo de control (Reyes, 2015).

El principio de justicia se basa en la equidad en la distribución de los riesgos y beneficios de la investigación. La aplicación concreta de este principio está directamente relacionada con los criterios utilizados para seleccionar a las personas que participarán en un estudio, en dos niveles: individual y social. La justicia individual en la selección de los participantes implica que el investigador debe ofrecer a cada persona las mismas oportunidades de riesgo o beneficio, sin importar su condición social, étnica o de género. Por otro lado, la aplicación del principio de justicia

a nivel social se refiere a la necesidad de hacer distinciones entre grupos de personas que son particularmente vulnerables, como prisioneros, personas con enfermedades mentales, minorías étnicas, niños, mujeres embarazadas y pacientes terminales. En estos casos, los estudios de investigación deben llevarse a cabo únicamente en circunstancias seleccionadas (Arguedas, 2010).

La ética en la investigación científica emergió a partir del daño causado al ser humano y al entorno por estudios realizados con intenciones cuestionables. En las últimas décadas, ha aumentado la investigación científica en comunidades indígenas, lo que hace crucial no solo abrir espacios de discusión y análisis para entender aspectos metodológicos, regulatorios y éticos que protejan a estas poblaciones, sino también abordar dicha investigación desde sus propias cosmovisiones y perspectivas, las cuales difieren de la visión occidental del mundo.

Los pueblos indígenas, también conocidos como pueblos originarios, ancestrales, nativos, aborígenes, tribales o minorías étnicas, así como amerindios en el contexto latinoamericano, son reconocidos como tales a partir de ciertas características específicas definidas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el Convenio 169 de 1989. Entre estas características, Muñoz del Carpio (2012) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) destacan su autoidentificación como indígenas y el reconocimiento de su comunidad, así como sus condiciones económicas, culturales y formas de vida y organización social que los distinguen de otros sectores de la población nacional. Además, conservan una serie de tradiciones, costumbres y una legislación especial que han perdurado desde sus sociedades precoloniales. También mantienen una profunda conexión territorial con la tierra y sus recursos naturales, preservando sus lenguas, culturas y creencias ancestrales como pueblos o comunidades diferenciadas. Así, existen cuatro dimensiones relacionadas con los pueblos indígenas que deben ser consideradas en cualquier cuestión operativa: "el reconocimiento de la identidad, el origen común, la territorialidad y la dimensión lingüística y cultural" (Guillermo s. f.-b, 2017).

En Colombia, la Constitución Política Nacional garantiza la protección de los derechos fundamentales, así como de los derechos sociales, económicos, culturales, políticos y civiles de todas las personas. Asimismo, establece que ciertos grupos tienen derecho a una protección especial ante la ley, incluyendo a los pueblos indígenas. A través de su bloque de constitucionalidad, también adopta los tratados internacionales que el país ha suscrito, los cuales protegen de manera particular los derechos de estas comunidades.

En este contexto, la Resolución 8430 de 1993 se erige como la normativa nacional vigente que regula de manera específica la investigación en el ámbito de la salud. Esta resolución establece que en cualquier investigación que involucre a seres humanos, deben prevalecer la dignidad, la integridad, la seguridad y los derechos de los participantes. También exige la revisión de los protocolos de investigación por parte de un Comité de Ética, así como el cumplimiento del proceso de consentimiento informado (Mendoza et al., 2017).

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Teniendo en cuenta lo anterior para la presente investigación solo se realizará un cuestionario, con el fin de recopilar el conocimiento de las mujeres del cabildo indígena aldea de maría (putisnan), sus factores de riesgo y diagnóstico temprano y evaluar la apropiación del conocimiento en cuanto al tamizaje para detención del cáncer de mama (Ministerio de Salud, 1990).

ARTICULO 14. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. (Ministerio de Salud, 1990)

ARTÍCULO 15. El consentimiento informado debe incluir la siguiente información, la cual será explicada de manera completa y clara al participante en la investigación o, en su defecto, a su representante legal, para que puedan comprenderla adecuadamente:

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que se llevarán a cabo y su finalidad, incluyendo la identificación de aquellos que son de carácter experimental.
- c. Las molestias o riesgos anticipados.
- d. Los beneficios que podrían derivarse de la investigación.

- e. Los procedimientos alternativos que puedan resultar beneficiosos para el participante.
- f. La garantía de que se responderán todas las preguntas y se aclararán dudas relacionadas con los procedimientos, riesgos, beneficios y otros aspectos vinculados a la investigación y el tratamiento del participante.
- g. La libertad para retirar su consentimiento en cualquier momento y discontinuar su participación en el estudio sin que ello represente un perjuicio para su cuidado y tratamiento.
- h. La garantía de que la identidad del participante no será revelada y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- i. El compromiso de informarle sobre cualquier hallazgo relevante obtenido durante el estudio, incluso si esta información podría influir en su decisión de continuar participando.
- j. La disponibilidad de atención médica y el derecho a indemnización que legalmente le corresponda por parte de la institución responsable de la investigación en caso de que sufran daños directamente relacionados con la investigación.
- k. En caso de que se generen gastos adicionales, estos serán asumidos por el presupuesto de la investigación o por la institución encargada de llevarla a cabo.

Se explicará a los participantes de la investigación cada ítem que se hace en el consentimiento, esto con el fin de que haya una mejor comprensión del proyecto investigativo. (Ministerio de Salud, 1990)

A nivel internacional, han surgido dos importantes áreas de discusión en relación con la investigación en salud en poblaciones indígenas. Por un lado, se ha planteado un debate sobre el consentimiento informado en estas comunidades, centrado en a quién debe dirigirse: si al individuo, al grupo, a la autoridad local o a todos ellos. Por otro lado, se reconoce una controversia sobre cómo considerar el punto de vista de los pueblos indígenas, así como su cosmovisión, al momento de determinar si existe un beneficio para estas comunidades a partir de la investigación propuesta. Estas interrogantes emergen de un contexto en el que la investigación médica se ha visto marcada predominantemente por la normalización de perspectivas eurocéntricas, donde la experiencia de las comunidades blancas se asume como representativa de la de todos los pueblos. Las herramientas disponibles en los marcos legales nacionales e internacionales están basadas en estas suposiciones,

priorizando al individuo y relegando a la comunidad a un segundo plano, o incluso excluyéndola, a pesar de que esta sea fundamental para la vida de muchas comunidades no blancas. Por esta razón, las realidades y experiencias concretas de numerosos pueblos, cuyas vivencias no coinciden con las de las comunidades blancas, son difíciles de integrar en dichos marcos legales.

Es en este contexto que los pueblos originarios de diversos países han defendido de manera activa su derecho a la autodeterminación en relación con su participación en la investigación y a recibir beneficios directos de los conocimientos generados. La participación se refiere cada vez más a todo el proceso investigativo, desde establecer las prioridades en salud hasta colaborar en el diseño, en la realización y en la difusión de los resultados, con el fin de garantizar el respeto del derecho a la autodeterminación, los pueblos originarios participantes en procesos de investigación siempre deben ser consultados y deben ser partícipes de todas las etapas de la investigación (Mendoza et al., 2017).

### **1.3. Metodología**

#### ***1.3.1. Paradigma de investigación***

La investigación se basó en el enfoque cuantitativo, que, según Hernández Sampieri (2016), El proceso consistió en la obtención y evaluación sistemática de información para responder a los interrogantes del estudio, empleando métricas cuantitativas que permitieron identificar tendencias representativas dentro del grupo poblacional analizado.

Este estudio se adhirió al enfoque cuantitativo, ya que se centró en proporcionar una descripción objetiva y mensurable de los elementos que afectaban la participación de las mujeres del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio de Contadero 2024, a la hora de la realización del tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama. En este contexto, se recolectaron datos con el fin de realizar un análisis estadístico sobre los factores que influían en la participación de estas mujeres

### ***1.3.2. Enfoque de investigación***

La investigación se basó en un enfoque empírico-analítico, que se centró en la recopilación y análisis de datos objetivos y medibles obtenidos de la experiencia observada y registrada. Se consideró que la validez de la investigación se establecía a través de la evidencia empírica, es decir, mediante la recolección de información observacional y cuantificable (Hernández, 2016). En este contexto, se recopiló información sobre los factores que afectaban la participación de las mujeres pertenecientes al cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024, a la hora de la realización del tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama. Se examinaron aspectos como los principales factores de riesgo, el diagnóstico temprano y las posibles medidas preventivas, utilizando herramientas estadísticas para analizar y presentar los resultados de manera objetiva y rigurosa.

Por otro lado, este estudio se basó en un enfoque deductivo, el cual según Copi (2014) implicaba el razonamiento a partir de principios generales o teorías establecidas para llegar a conclusiones específicas. En este caso, se aplicaron reglas generales o hipótesis a situaciones particulares con el fin de derivar conclusiones específicas y verificables sobre los factores que influían en la participación de las mujeres indígenas en el tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama. Este enfoque proporcionó una estructura lógica para la investigación y estableció conexiones entre la teoría y la observación, brindando un marco sólido para el diseño y la implementación del estudio.

### ***1.3.3. Tipo de investigación***

La investigación descriptiva tuvo como objetivo describir de manera detallada y precisa las características, propiedades o comportamientos de las mujeres del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan) en el municipio del Contadero 2024, en relación con su participación en el tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama. Se utilizó un diseño transversal, seleccionando una muestra representativa de la población objetivo y recolectando datos mediante un cuestionario diseñado para abarcar todas las características de la comunidad con respecto a los factores de riesgo. Se analizaron variables sociodemográficas, conocimiento del cáncer de mama y tamizaje,

barreras para la participación y experiencia con el tamizaje. Los resultados proporcionaron una descripción detallada de las características de las participantes, su conocimiento sobre el cáncer de mama y el tamizaje, las barreras para la participación y su experiencia con el tamizaje. Las conclusiones proporcionaron información valiosa para identificar áreas de mejora y aumentar la participación en el tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama en esta población.

#### ***1.3.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis***

Esta investigación se centró en un grupo demográfico específico, compuesto por 380 mujeres mayores de 35 años pertenecientes al Cabildo Indígena Aldea de María (Putisnan). Para asegurar resultados precisos y relevantes, se empleó un detallado proceso de selección de muestra, aprovechando la plataforma web de la asesoría económica y de marketing disponible.

Tras un análisis detallado, y con la ayuda de la página de la corporación Asesoría Económica & Marketing (aem), se determinó que una muestra de 192 mujeres de esta población sería estadísticamente relevante para los objetivos de investigación. Este tamaño de muestra se calculó con un margen de error del 5%, lo que significó que los resultados obtenidos tendrían una precisión aceptable, y un nivel de confianza del 95%, garantizando la fiabilidad de las conclusiones extraídas.

Este enfoque metodológico permitió obtener resultados significativos y confiables sobre la población estudiada, proporcionando una base sólida para la investigación y contribuyendo a la generación de conocimiento en el ámbito específico del Cabildo Indígena Aldea de María (Putisnan).

#### ***1.3.5. Técnica e instrumentos de recolección de información***

**1.3.5.1. Técnica de recolección de información.** Según Hernández Sampieri et al. (2014), una encuesta es "un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población objetivo, con el fin de obtener información sobre una o más variables de interés". En contexto, la encuesta utilizada en la investigación sobre la participación de las mujeres indígenas del cabildo Aldea de María en el tamizaje del cáncer de mama fue un instrumento de recolección

de datos que buscó obtener información precisa y detallada sobre las características, conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación con el tamizaje. La encuesta se diseñó de acuerdo a los objetivos de la investigación y las variables de interés, utilizando un lenguaje claro y sencillo, adaptado al contexto cultural de las mujeres indígenas. Se aplicó de forma individual a cada participante, ya sea mediante entrevista personal o autoadministración.

**1.3.5.2. Instrumento de recolección de información.** En palabras de Hernández Sampieri et al. (2014), un cuestionario es "un instrumento de medición que se utiliza para obtener información de una muestra representativa de la población objetivo". En este caso, el cuestionario buscó obtener información precisa y confiable sobre la participación de las mujeres indígenas en el tamizaje del cáncer de mama, con el fin de identificar áreas de mejora y aumentar la participación en esta importante medida de prevención.

El cuestionario que se empleó en la investigación sobre la participación de las mujeres indígenas del Cabildo Aldea de María en el tamizaje del cáncer de mama se diseñó como un instrumento de recolección de datos, con el propósito de obtener información precisa y detallada acerca de las características, conocimientos, actitudes y prácticas de estas mujeres en relación con el tamizaje. Se diseñó de acuerdo con los objetivos de la investigación y las variables de interés, el cuestionario utilizó un lenguaje claro y sencillo adaptado al contexto cultural de las mujeres indígenas. Su estructura incluyó preguntas cerradas y abiertas, permitiendo así la recopilación de información tanto cuantitativa como cualitativa.

El cuestionario se estructuró en varias secciones. En la primera, se recopiló información sociodemográfica clave, como edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, EPS a la que pertenecían y estrato social, con el fin de proporcionar un contexto sobre los participantes del estudio. La segunda sección se centró en evaluar el conocimiento de los participantes sobre el cáncer de mama y su detección temprana, a través de preguntas cerradas sobre aspectos como síntomas, riesgos relacionados con la edad y conocimiento sobre la mamografía. La tercera sección exploró las experiencias personales de los participantes en relación con el cáncer de mama y su detección, incluyendo la realización previa de mamografías y la exposición a campañas de promoción. La cuarta sección indagó sobre cómo la falta de información sobre la mamografía y su

importancia influía en la decisión de no realizarla. Por último, la quinta sección se enfocó en los temores relacionados con la realización del autoexamen, como el miedo al dolor o a obtener un resultado positivo.

En total, el cuestionario constó de 31 preguntas, que incluyeron tres preguntas abiertas: edad, estado civil, ocupación y EPS a la que pertenecían. Las preguntas cerradas abordaron una variedad de temas. Por ejemplo, exploraron características sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo e ingresos económicos. También investigaron el conocimiento sobre el cáncer de mama, incluyendo definición, factores de riesgo, síntomas y métodos de detección temprana. Además, se indagó sobre las prácticas de tamizaje, evaluando la frecuencia de participación y las posibles barreras para ello.

## **2. Presentación de resultados**

### **2.1. Procesamiento de la información y análisis e interpretación de resultados**

#### ***2.1.1. Análisis del primer objetivo***

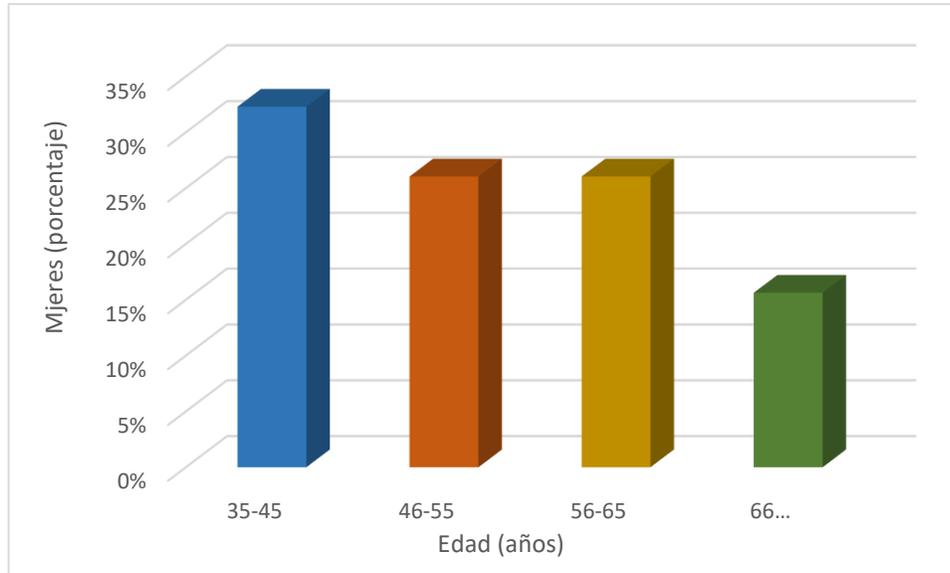
Se estudió una población de 192 mujeres mayores de 35 años. En cuanto a la edad de las participantes, se evidencia que el 32% (N=62) tienen entre 35 y 45 años, el 26% (N=50) están en el rango de 46 a 55 años, otro 26% (N=50) tienen entre 56 y 65 años, y el 16% (N=30) restante son mayores de 66 años (Figura 4).

Respecto al estado civil, se observó que el 40,63% (N=78) de las mujeres están casadas, siendo este el grupo más representativo. Le siguen las solteras con un 21,88% (N=42), las que están en unión libre con un 17,71% (N=34), las viudas con un 11,98% (N=23), y finalmente las separadas con un 7,81% (N=15).

En relación con el nivel educativo alcanzado, los datos revelan que casi la mitad de las participantes que corresponden al 49,48% (N=95) cuentan con educación básica primaria. El 30,21% (N=58) han completado la educación básica secundaria, mientras que el 10,42% (N=20) tienen educación técnica o tecnológica. Solo el 5,73% (N=11) han alcanzado educación universitaria, y un 4,17% (N=8) no tienen ningún nivel educativo formal.

En cuanto a la ocupación, más de la mitad de las mujeres que corresponde al 53,65% (N=103) son amas de casa. El 19,27% (N=37) se dedican a la agricultura, el 13,02% (N=25) son empleadas, el 9,38% (N=18) tienen negocio propio, y el 4,69% (N=9) se dedican a la ganadería.

Es importante destacar que todas las participantes que corresponde al 100% (N=192) pertenecen a la EPS Mallamas y al estrato social 1, lo que indica una homogeneidad en cuanto a la afiliación al sistema de salud y el nivel socioeconómico de la población estudiada.

**Figura 7***Edades de las mujeres de Aldea de María***2.1.2. Análisis del segundo objetivo****Dimensión 2. Nivel de conocimiento.**

En cuanto al conocimiento básico sobre la enfermedad, se evidencia que solo el 17,71% (N=34) de las participantes sabía que el cáncer de mama puede afectar a uno o ambos senos, mientras que una gran mayoría del 82,29% (N=158) desconocía este hecho (Tabla 1).

Respecto al nivel de conocimiento sobre los síntomas del cáncer de mama, se observó que en una escala del 1 al 5, donde 1 representa ningún conocimiento y 5 mucho conocimiento, el 58,33% (N=112) de las mujeres se calificaron con 1, indicando un desconocimiento total. El 31,25% (N=60) se calificó con 2, mostrando un conocimiento muy limitado. Solo el 5,73% (N=11) se calificó con 3, el 3,65% (N=7) con 4, y apenas el 1,04% (N=2) con 5, revelando que muy pocas mujeres consideran tener un buen conocimiento sobre los síntomas (Tabla 2).

En relación con los factores de riesgo, los datos revelan que solo el 23,44% (N=45) de las participantes están conscientes de que la edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, mientras que el 76,56% (N=147) desconoce esta información crucial

(Tabla3). En cuanto a los métodos de detección temprana, se observa que el 42,71% (N=82) de las mujeres están familiarizadas con la mamografía como herramienta de detección, mientras que el 57,29% (N=110) no lo está (Tabla3). Sin embargo, solo el 17,19% (N=33) conoce la edad recomendada para iniciar las mamografías, frente a un 82,81% (N=159) que lo desconoce (Tabla 3)

Finalmente, respecto a la periodicidad recomendada para realizarse mamografías, existe una diversidad de respuestas: el 32,29% (N=62) cree que debe ser cada año, el 7,29% (N=14) cada 2 años, el 20,83% (N=40) cada 5 años, y un significativo porcentaje de 39,58% (N=76) admite no saber la frecuencia recomendada (Tabla 4).

**Tabla 1**

*Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría*

<b>7. ¿Sabía usted que el cáncer de mama puede afectar a uno o ambos senos?</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Si	34	17,71
	No	158	82,29

**Tabla 2**

*Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría*

<b>8. Califique del 1 al 5 su nivel de conocimiento sobre los síntomas del cáncer de mama, siendo 1 nada y 5 mucho</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	(1)	112	58,33
	(2)	60	31,25
	(3)	11	5,73
	(4)	7	3,65
	(5)	2	1,04

**Tabla 3**

*Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría*

<b>9. ¿Está usted consciente de que la edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama?</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Si	45	23,44
	No	147	76,56
<b>10. ¿Está familiarizada con la mamografía como una herramienta para la detección temprana del cáncer de mama?</b>			
	Si	82	42,71
	No	110	57,29
<b>11. ¿Conoce usted a qué edad se recomienda iniciar las mamografías?</b>			
	Si	33	17,19
	No	159	82,81

**Tabla 4***Nivel de conocimiento de las mujeres de la aldea de maría*

<b>12. ¿Está familiarizada con la periodicidad recomendada para realizarse mamografías como parte de la detección temprana del cáncer de mama?</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Cada año	62	32,29
	Cada 2 años	14	7,29
	Cada 5 años	40	20,83
	No sabe	76	39,58

**Dimensión 3. Factores de experiencia personal.**

En esta dimensión, se analizaron varios aspectos relacionados con la experiencia personal de las mujeres de la aldea de María en relación con el cáncer de mama y las mamografías. En este sentido, entre las participantes, el 22,40% (N=43) se ha sometido a una mamografía, mientras que el 30,21% (N=58) la realizó hace algún tiempo. Sin embargo, el 47,40% (N=91) nunca se ha realizado una mamografía (Tabla 5).

La calidad de la información proporcionada antes del procedimiento se percibe como baja. El 53,13% (N=102) la calificó como nada clara El 17,71% (N=34) la evaluó con un 2, el 23,96% (N=46) con un 3, el 4,17% (N=8) con un 4, y solo el 1,04% (N=2) la consideró completamente clara, otorgándole un 5 en la escala (Tabla 6). En cuanto al trato recibido por el personal médico durante el examen, la evaluación muestra una polarización. El 48,44% (N=93) lo calificó como muy malo en una escala del 1 al 5, ningún participante le asignó la calificación 2 (0,00%), el 4,17% (N=8) lo evaluó con un 3, el 15,10% (N=29) con un 4, y el 32,29% (N=62) lo consideró muy bueno (Tabla 6).

Es preocupante que el 94,79% (N=182) de las mujeres reporta la ausencia de campañas de promoción y prevención del cáncer de mama en su comunidad, mientras que solo el 5,21% (N=10) ha participado en una (Tabla 7). Sin embargo, existe un fuerte consenso sobre la necesidad de estas campañas, con el 96,88% (N=186) expresando su apoyo a su realización, frente al 3,13% (N=6) que considera que no son necesarias (Tabla 7).

**Tabla 5**

*Factores de experiencia personal de las mujeres de la aldea de María*

	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<b>13. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?</b>			
	Si, en los últimos 2 años	43	22,40%

Si, pero hace más de 2 años	58	30,21%
Nunca	91	47,40%

**Tabla 6**

*Factores de experiencia personal de las mujeres de la aldea de María*

<b>14. Califique del 1 al 5 qué tan clara y suficiente fue la información que recibió sobre el procedimiento antes de realizarse la mamografía, donde 1 es que la información no fue clara y 5 es que la información si fue clara</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	(1)	102	53,13%
	(2)	34	17,71%
	(3)	46	23,96%
	(4)	8	4,17%
	(5)	2	1,04%
<b>15. En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría el trato del personal médico durante su examen de mamografía? Donde 1 significa un trato muy malo, y 5 significa un trato muy bueno</b>	(1)	93	48,44%
	(2)	0	0,00%
	(3)	8	4,17%
	(4)	29	15,10%
	(5)	62	32,29%

**Tabla 7**

*Factores de experiencia personal de las mujeres de la aldea de María*

<b>16. ¿Se han realizado campañas de promoción y mantenimiento acerca del</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
---	--------------	----------------	----------------

<b>cáncer de mama y su detección</b>			
<b>temprana en su comunidad?</b>	Si	10	5,21%
	No	182	94,79%
<b>17. ¿Usted cree que es importante</b>			
<b>que se realicen campañas de</b>	Si	186	96,88%
<b>promoción y mantenimiento</b>			
<b>sobre el cáncer de mama y su</b>	No	6	3,13%
<b>detección temprana en su</b>			
<b>comunidad?</b>			

#### **Dimensión 4. Factores de conocimiento que influyen en el tamizaje**

Primero, se evaluó el impacto de la falta de información sobre dónde y cómo hacerse una mamografía en la decisión de hacerlo. Los resultados muestran que el 50,52% (N=97) considera que esta falta de información tiene un impacto significativo, con una calificación de 5. El 17,71% (N=34) percibe el impacto como considerable, con una calificación de 4; el 2,08% (N=4) lo considera moderado, con una calificación de 3; y el 25,00% (N=48) opina que el impacto es leve, con una calificación de 2. Solo el 4,69% (N=9) cree que la falta de información no afecta su decisión, otorgándole una calificación de 1 (Tabla 8).

Además, se examinó si la falta de conocimiento sobre la importancia de la mamografía influye en la decisión de realizarla. El 75,00% (N=144) de las mujeres indicó que sí influye, mientras que el 25,00% (N=48) considera que no tiene impacto (Tabla 9).

#### **Tabla 8**

*Factores de conocimiento que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María*

<b>18. Califiqué del 1 al 5 en qué medida la falta de información sobre dónde y cómo realizar una mamografía afecta su decisión de hacerlo, donde 1 es que no afecta y 5 es que si afecta.</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	(1)	9	4,69%
	(2)	48	25,00%
	(3)	4	2,08%
	(4)	34	17,71%
	(5)	97	50,52%

**Tabla 9**

*Factores de conocimiento que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María*

<b>19. ¿Cree usted que la falta de conocimiento sobre la importancia de la mamografía influye en su decisión de realizarla?</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Si	144	75,00%
	No	48	25,00%

### **Dimensión 5. Factores de temores que influyen en el tamizaje**

En esta dimensión, se analizó la cantidad de mujeres que han experimentado ansiedad o miedo al considerar el dolor o la incomodidad asociados con una mamografía. El 68,23% (N=131) de las participantes ha experimentado estos sentimientos, mientras que el 31,77% (N=61) no ha sentido ansiedad o miedo en relación con el procedimiento (Tabla 10).

Además, se examinó cómo el miedo a detectar cáncer de mama influye en la decisión de realizarse una mamografía. Los resultados mostraron que el 13,02% (N=25) de las mujeres siente que el miedo afecta significativamente su decisión, mientras que el 9,90% (N=19) considera que el impacto del miedo es leve, El 13,54% (N=26) percibe un impacto moderado, calificando el miedo con un 3. El 33,85% (N=65) cree que el miedo tiene un impacto considerable en su decisión,

con una calificación de 4. Finalmente, el 29,69% (N=57) considera que el miedo no afecta su decisión, otorgándole una calificación de 5 (Tabla 11).

**Tabla 10**

Factores de temores que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María

<b>20. ¿Ha experimentado ansiedad o miedo al pensar en el posible dolor o incomodidad al someterse a una mamografía?</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Si	131	68,23%
	No	61	31,77%

**Tabla 11**

Factores de temores que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María

<b>21. Califique del 1 al 5 En qué medida el miedo a que se detecte cáncer de mama influye en su decisión de realizarse una mamografía, donde 1 es que si afecta y 5 es que no afecta</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	(1)	25	13,02%
	(2)	19	9,90%
	(3)	26	13,54%
	(4)	65	33,85%
	(5)	57	29,69%

### **Dimensión 6. Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje**

Se estudiaron los factores médicos que influyen en la realización del tamizaje en una población de mujeres mayores de 35 años. En cuanto a la comodidad de hablar con su médico sobre la mamografía, se evidenció que la mayoría de las personas encuestadas 57,81%; (N = 111) no se sentían cómodas discutiendo este tema con su médico. Esto indica una percepción generalizada de

incomodidad o desconfianza en la comunicación sobre la mamografía. Por otro lado, un 42,19% (N = 81) de las personas sí se sentía cómoda hablando sobre la mamografía con su médico, lo cual muestra que existe una parte significativa de la población que se sentían más a gusto con estas conversaciones (Tabla 12). Respecto a si la falta de seguro médico impide realizar una mamografía, la mayoría de las personas encuestadas 74,48% (N=143) no consideraba que este sea un factor que les impida acceder al examen. Esto sugiere que, para una gran parte de la población encuestada, el seguro médico no representaba una barrera importante. En contraste, el 25,52% (N=49) de las personas sí creían que la falta de seguro médico les impedía realizarse una mamografía. Este grupo representa una proporción significativa de la muestra y podría indicar que, para estas personas, la cobertura médica es un obstáculo considerable para acceder a servicios de mamografía (Tabla 12).

Las experiencias con el sistema de salud influyen notablemente en la decisión de realizarse una mamografía. El 32,29% (N=62) de los encuestados se sentían desmotivado por experiencias negativas, mientras que el 30,73% (N=59) dudaba debido a experiencias mixtas. Solo el 7,81% (N=15) mencionaban que las experiencias positivas los motivaban, y un 19,79% (N=38) indicaba que sus experiencias no influían. Un 9,38% (N=18) no tenía experiencias previas relevantes (Tabla 13). En relación a las recomendaciones médicas para realizarse una mamografía, el 7,62% (N = 16) planeaban hacerse el examen porque su médico se lo recomendó, mientras que el 10,95% (N = 23) decidieron no hacerlo a pesar de la recomendación médica. Un 32,29% (N = 67) tenían una recomendación médica para realizarse una mamografía, pero aún no lo ha hecho. El 39,57% (N = 83) no había consultado a un médico sobre la mamografía en absoluto, y solo el 1,43% (N = 3) se había realizado una mamografía por iniciativa propia, sin recomendación médica (Tabla 13).

En relación con la mamografía como método de detección temprana del cáncer de mama, el 42,19% (N = 81) no tenía suficiente información sobre su eficacia para tomar una decisión, mientras que el 40,1% (N = 77) nunca había considerado la eficacia de la mamografía en su decisión de realizarse el examen. Un 5,73% (N = 11) confiaba plenamente en la eficacia de la mamografía y se la realiza o se la realizaría, y el 8,33% (N = 16) no estaba segura de su eficacia, lo que les hace dudar en hacerse el examen. Finalmente, el 3,65% (N = 7) confiaba en la eficacia de la mamografía, pero no se la realizaría (Tabla 14).

**Tabla 12***Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María*

	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<b>22. Se siente cómoda con su médico hablando de la mamografía</b>	Si	81	42,19
	No	111	57,81
<b>23. ¿La falta de seguro médico es un factor que le impide realizar una mamografía?</b>	Si	49	25,52
	No	143	74,48

**Tabla 13***Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María*

	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<b>24. En relación a sus experiencias con el sistema de salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?</b>	Sus experiencias no influyen en la decisión de realizarse una mamografía	38	19,79
	Experiencias positivas la han motivado a realizarse una mamografía	15	7,81
	Algunas experiencias la han hecho dudar sobre realizarse una mamografía	59	30,73
	Experiencias negativas la han desmotivado para realizarse una mamografía	62	32,29

<b>25. En relación a la recomendación médica para realizarse una mamografía, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?</b>	No ha tenido experiencias previas relevantes	18	9,38
	Su médico le ha recomendado realizarse una mamografía y planea hacerlo	16	8,33
	Su médico le ha recomendado realizarse una mamografía, pero aún no lo ha hecho	23	11,98
	Su médico no le ha mencionado nada sobre realizarse una mamografía	67	34,9
	No ha consultado a un médico sobre este tema	83	43,23
	Decidió realizarse una mamografía por iniciativa propia, sin recomendación médica	3	1,56

Tabla 14

*Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje de las mujeres de la aldea de María*

<b>26. En relación a la mamografía como método de detección temprana del cáncer de mama, ¿cuál de las</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Confía plenamente en la eficacia de la mamografía y por eso se la realiza o se la realizaría	11	5,73

<b>siguientes afirmaciones se acerca más a su opinión?</b>	No está segura de la eficacia de la mamografía, lo que la hace dudar si realizársela	16	8,33
	Confía en la eficacia de la mamografía, pero no se la realizaria	7	3,65
	No tiene suficiente información sobre la eficacia de la mamografía para tomar una decisión	81	42,19
	Nunca ha considerado la eficacia de la mamografía en su decisión de realizársela o no	77	40,1

### Dimensión 7. Factores motivacionales que influye en el tamizaje

En cuanto a la influencia de la posible falta de apoyo emocional en la decisión de realizarse una mamografía, la mayoría de las personas encuestadas consideraron que este factor afecta significativamente su decisión. El 50,00% (N=96) califica esta influencia con un 4 en la escala, y el 26,56% (N=51) la considera con un 5, un 14,06% (N=27) de los encuestados percibe la falta de apoyo emocional como una influencia moderada, con una calificación de 3. Solo el 9,38% (N=18) cree que la falta de apoyo emocional tiene una influencia baja o nula en su decisión de hacerse una mamografía. (Tabla 15).

**Tabla 15**

*Factores motivacionales que influye en el tamizaje*

<b>27. En una escala del 1 al 5, ¿en qué medida influye la posible falta</b>	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	(1)	8	4,17

<b>de apoyo emocional para enfrentar el resultado de una mamografía en su decisión de realizarla?</b>	(2)	10	5,21
<b>Considere que 1 significa que no afecta en absoluto y 5 significa que afecta mucho</b>	(3)	27	14,06
	(4)	96	50
	(5)	51	26,56

### **Dimensión 8. Factores personales que influyen en el tamizaje**

Una gran mayoría, el (76,56%) (N=147), consideraron que el costo de la mamografía es un factor que les impide realizarse el examen, indicando que, para una proporción significativa de personas, el costo representa una barrera importante para acceder a la mamografía. Por otro lado, solo el (23,44%) (N=45) no considero que el costo sea un impedimento, sugiriendo que un porcentaje menor de la población no percibe el costo como una barrera significativa (Tabla 16). Una gran mayoría de las personas encuestadas, el (84,38%) (N=162) consideraron que la falta de tiempo es un factor que les impide realizarse una mamografía. Lo que indicó que muchas personas enfrentaron dificultades para encontrar el tiempo necesario para hacerse el examen, lo que puede ser una barrera significativa para la detección temprana del cáncer de mama.

En contraste, solo el (15,63%) (N=30) indicó que la falta de tiempo no es un impedimento para hacerse una mamografía, indicando que una proporción menor de la población no considera este factor como relevante en su decisión. (Tabla 16). Una gran mayoría, el (76,69%) (N=153), consideraron que la falta de acceso a transporte es un factor que les impide realizarse una mamografía. Esto indica que muchas personas enfrentaron dificultades relacionadas con la falta de transporte, lo que representa una barrera significativa para acceder a servicios de salud. En contraste, solo el (20,31%) (N=39) de los encuestados no ve la falta de transporte como un impedimento para hacerse una mamografía, sugiriendo que un menor porcentaje de la población no considera el acceso al transporte como una barrera relevante (Tabla 16).

Más de la mitad de los encuestados (52,6%) (N=101) Consideraron que sus creencias culturales o religiosas afectaron su decisión de realizarse una mamografía. Esto sugiere que, para una porción significativa de la población, estos factores pueden jugar un rol importante en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, especialmente en lo que respecta a exámenes preventivos como la

mamografía. Por otro lado, el (47,4%) (N=91) restante cree que sus creencias culturales o religiosas no influían en esta decisión, indicando que, para estas personas, otros motivos o factores podrían ser más relevantes al decidir hacerse el examen. (Tabla 16).

**Tabla 16***Factores personales que influyen en el tamizaje*

	Alternativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<b>28. ¿Considera que el costo de la mamografía es un factor que le impide realizarla?</b>	Si	147	76,56
	No	45	23,44
<b>29. ¿La falta de tiempo es un factor que le impide realizarse una mamografía?</b>	Si	162	84,38
	No	30	15,63
<b>30. ¿Considera que las barreras geográficas son un obstáculo para realizarse una mamografía?</b>	Si	102	53,13
	No	90	46,88
<b>31. ¿Considera que la falta de acceso a transporte para llegar</b>	Si	153	79,69

<b>a un centro de salud es un factor que le impide realizarse una mamografía?</b>	No	39	20,31
<b>32. Considera que las creencias culturales o religiosas afectan su decisión de realizarse una mamografía?</b>	Si	101	52,60
	No	91	47,40

### **2.1.3. Análisis del tercer objetivo**

Para cumplir con el tercer objetivo, se implementó una estrategia educativa enfocada en el tamizaje de cáncer de mama en la comunidad indígena de la Aldea de María, en el municipio del Contadero. Dicha estrategia incluyó las siguientes etapas, descritas a continuación:

**En la primera etapa: (Encuesta)** se utilizó como técnica principal para obtener información y comprender los factores que intervienen para el tamizaje en este grupo de mujeres. Esta encuesta abarcó diversas variables como datos sociodemográficos, nivel de conocimiento, experiencias personales, temores en relación con el tamizaje, factores médicos, motivacionales y personales. El cuestionario constaba de 30 preguntas, que incluían tanto preguntas de respuesta Sí/No como preguntas evaluadas en escalas cuantitativas del 1 al 5. El objetivo principal de la encuesta fue identificar las razones por las cuales las mujeres de la comunidad indígena no se someten a la prueba de tamizaje de cáncer de mama.

**Segunda etapa: (Análisis)** se fundamentó en los resultados obtenidos de las encuestas realizadas en la primera fase. El objetivo principal fue determinar el motivo más significativo por

el cual las mujeres de la comunidad indígena no se sometían a la prueba de tamizaje de cáncer de mama. Este proceso implicó la recopilación, organización y tabulación de los datos de las encuestas, seguido de un análisis estadístico, donde se identificaron patrones y tendencias en las respuestas, evaluando la importancia relativa de los diferentes factores sociodemográficos, de conocimiento, experiencias, temores y aspectos médicos y motivacionales en la decisión de no realizarse el tamizaje. La interpretación de estos resultados permitió comprender las barreras más significativas que enfrentan las mujeres de la comunidad para acceder al tamizaje, posiblemente categorizándolas para facilitar el desarrollo de estrategias futuras más efectivas.

**Tercera etapa: (Estrategias de aprendizaje)** el proceso inició con una reunión de la comunidad indígena de la Aldea de María, donde se realizó una exposición que brindaba información clara y concisa sobre el cáncer de mama y su impacto en muchas mujeres. Se abordaron temas como la definición del cáncer de mama, epidemiología, signos y síntomas, factores de riesgo, métodos de prevención y recomendaciones sobre la mamografía. Esta actividad se diseñó considerando las deficiencias identificadas en la encuesta inicial, con el objetivo de concientizar a las mujeres sobre la importancia de realizarse la prueba de tamizaje. Posteriormente, se diseñó un boceto de una pintura para plasmarla en un mural, como recordatorio visual para la comunidad sobre la importancia de realizar el tamizaje en el momento adecuado.

**Primera estrategia:** Se utilizaron diapositivas presentadas ante la comunidad como herramienta de aprendizaje, resaltando aspectos esenciales del cáncer de mama. Esta técnica permitió que la comunidad recibiera la información de manera clara y concisa. El objetivo principal fue asegurar que los conceptos fundamentales y su importancia quedaran grabados y muy claros en la mente de los participantes. Las diapositivas sirvieron como apoyo visual para reforzar los puntos clave de la exposición, facilitando la comprensión y retención de la información sobre el cáncer de mama, sus síntomas, factores de riesgo, prevención y la relevancia del tamizaje oportuno.

## **Figura 8**

*Aspectos generales del cáncer de mama*



**Segunda estrategia:** Al concluir la exposición, se implementó una actividad interactiva que consistía en realizar preguntas relacionadas con el cáncer de mama. Esta dinámica tenía como objetivo reforzar el aprendizaje y evaluar la comprensión de la información presentada. Cada vez que un participante respondía correctamente, se le otorgaba un incentivo como reconocimiento a su participación y entendimiento del tema. Esta estrategia no solo sirvió para consolidar los conocimientos adquiridos, sino que también fomentó la participación activa de la comunidad, creando un ambiente de aprendizaje más dinámico y motivador. Los incentivos actuaron como estímulos positivos, alentando a los miembros de la comunidad a prestar mayor atención y a involucrarse más profundamente con el tema del cáncer de mama y la importancia del tamizaje.

## Figura 9

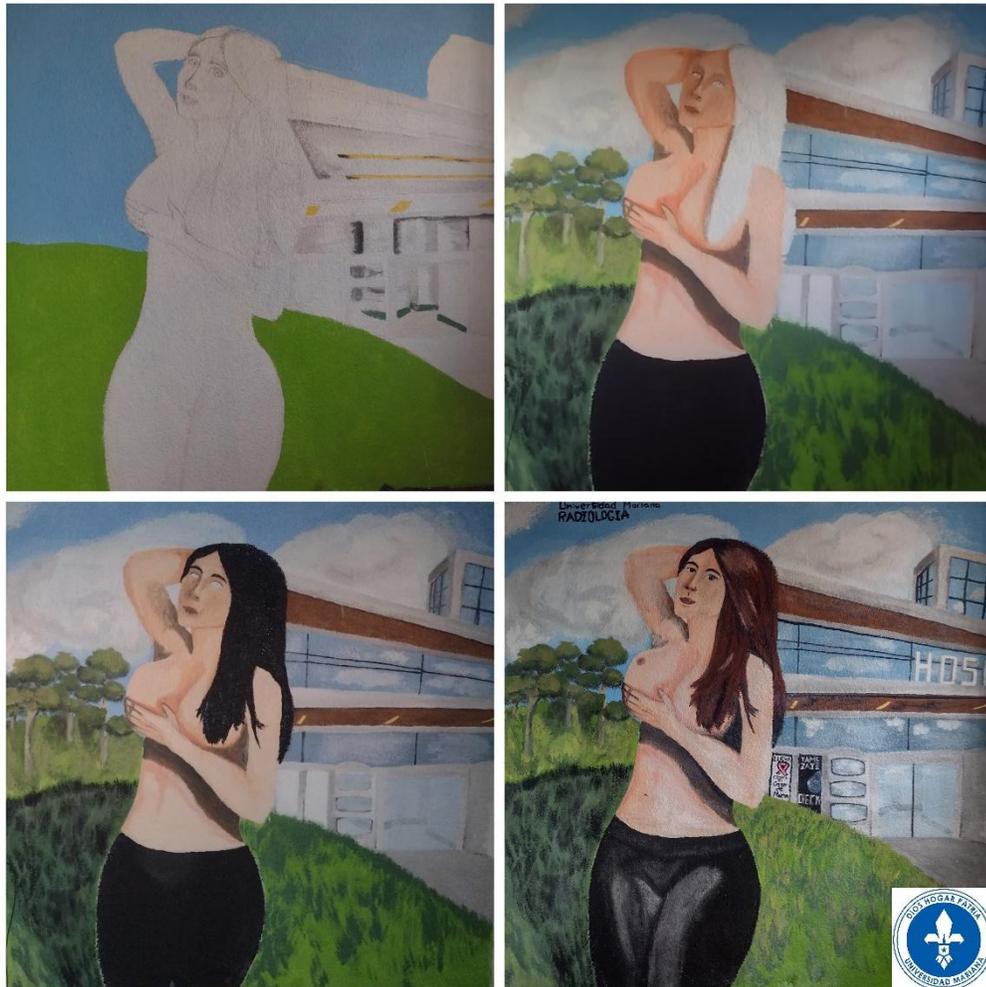
*Dinámica participativa sobre el tamizaje de cáncer de mama*



**Tercera estrategia:** Finalmente, para consolidar todo el aprendizaje, se realizó un mural en la comunidad. Este proyecto artístico tuvo como objetivo crear un recordatorio visual permanente sobre la importancia del tamizaje del cáncer de mama. El mural se diseñó para reflejar los conceptos clave aprendidos durante la exposición y las actividades previas, utilizando imágenes y mensajes que resonaran con la cultura local. Esta estrategia no solo sirvió como un medio para mantener los conocimientos adquiridos sobre el cáncer de mama a largo plazo, sino que también funcionó como una herramienta de concientización continua para toda la comunidad. El mural, al estar ubicado en un lugar visible y accesible, permite que el mensaje sobre la importancia del tamizaje se mantenga presente en la vida cotidiana de los habitantes de la Aldea de María, fomentando así una mayor conciencia y potencialmente aumentando la participación en las pruebas de detección temprana (la presente investigación, 2024).

### Figura 10

*Proyecto artístico*



## **2.2. Discusión**

Este estudio arroja hallazgos significativos sobre los factores que influyen en el tamizaje de cáncer de mama en la comunidad indígena de la Aldea de María, en el municipio del Contadero, con importantes implicaciones para la salud pública y el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas.

Se evidenció un preocupante bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y sus métodos de detección temprana. Únicamente el 17.71% de las participantes estaba al tanto de que el cáncer puede afectar uno o ambos senos, y solo el 17.19% conocía la edad recomendada para iniciar las

mamografías. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que han documentado una falta generalizada de conocimiento sobre el cáncer de mama en comunidades indígenas y rurales (Banegas et al., 2012; Gonzales et al., 2010).

La falta de información emerge como una barrera crítica para el tamizaje, con el 50.52% de las mujeres indicando que el desconocimiento sobre dónde y cómo realizarse una mamografía influye significativamente en su decisión. Este hallazgo resalta la importancia de implementar campañas educativas y de concientización, como la realizada en este estudio, para mejorar el conocimiento y, consecuentemente, la participación en el tamizaje (Piñeros et al., 2011).

Los factores emocionales y psicológicos también desempeñan un papel crucial. El 68.23% de las mujeres ha experimentado ansiedad o temor ante la posibilidad de dolor o incomodidad durante la mamografía, mientras que el 76.56% señaló que la falta de apoyo emocional influye en su decisión de someterse al examen. Estos resultados coinciden con estudios anteriores que han identificado el miedo y la ansiedad como obstáculos importantes para el tamizaje de cáncer de mama (Filippi et al., 2013).

Las barreras estructurales y socioeconómicas son igualmente evidentes. El 76.56% de las participantes considera que el costo de la mamografía es un factor limitante, mientras que el 84.38% cita la falta de tiempo como un impedimento. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar políticas públicas que aborden estas barreras, como la provisión de servicios de mamografía gratuitos o de bajo costo, y la implementación de horarios flexibles para las pruebas (Huerta et al., 2021).

Es importante destacar que el 52.6% de las mujeres considera que sus creencias culturales o religiosas influyen en su decisión de realizarse una mamografía. Este resultado enfatiza la importancia de desarrollar intervenciones culturalmente sensibles y apropiadas, que respeten y se adapten a las creencias y prácticas locales (Witte et al., 1996).

La estrategia educativa implementada en este estudio, que incluyó una presentación informativa, una actividad interactiva y la creación de un mural comunitario, representa un enfoque innovador para abordar estas barreras. Este tipo de intervenciones multifacéticas, que combinan educación, participación comunitaria y elementos visuales duraderos, han demostrado ser efectivas en otros contextos para aumentar la conciencia y la participación en el tamizaje de cáncer de mama (Livaudais et al., 2010).

En conclusión, este estudio proporciona información valiosa sobre los factores que influyen en el tamizaje de cáncer de mama en la comunidad indígena de la Aldea de María. Los resultados sugieren la necesidad de un enfoque integral que aborde simultáneamente las barreras de conocimiento, emocionales, estructurales y culturales. Futuras investigaciones deberían evaluar la efectividad a largo plazo de la estrategia educativa implementada y explorar otras intervenciones culturalmente apropiadas para mejorar la participación en el tamizaje de cáncer de mama en comunidades indígenas.

### **3. Conclusiones**

En la comunidad indígena de la aldea de María, varios factores clave influyeron significativamente en la participación de las mujeres en la realización del tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama. Identificar estos factores no solo permitió un análisis más profundo, sino que también ayudó a orientar e implementar estrategias educativas, como charlas a través de diapositivas y ayudas visuales, como la elaboración de un mural donde se reflejaba la razón por la cual participar en tamizajes puede ayudar a prevenir esta enfermedad y mejorar la perspectiva sobre este tema.

Para este tipo de poblaciones, donde el tema del cáncer de mama aún se considera un tabú, se buscó abordar los principales factores identificados en la encuesta de esta investigación:

Nivel de conocimiento: uno de los aspectos determinantes para la baja participación en el tamizaje es el limitado conocimiento sobre el cáncer de mama. El estudio reveló que el 82,29% de las mujeres encuestadas no estaba al tanto de que el cáncer de mama podía afectar ambos senos, y más del 58% no tenía conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad. Este vacío informativo sugiere una falta de preparación para identificar signos tempranos, lo que reduce las probabilidades de detección precoz. Además, el 76,56% de las participantes no relacionaba la edad como un factor de riesgo, mientras que el 57,29% desconocía la mamografía como método de detección.

Estas cifras ponen de relieve la necesidad urgente de intervenciones educativas que promuevan el conocimiento en esta comunidad, tal como lo sugiere el Modelo de Creencias de Salud, el cual sostiene que la percepción de riesgo influye en las decisiones de prevención. La falta de percepción de riesgo y la escasa información sobre el cáncer de mama crean barreras importantes que impiden el tamizaje.

Experiencias personales: el acceso a mamografías fue otro factor significativo. Casi la mitad de las encuestadas (47,40%) nunca se había realizado una mamografía, lo que refleja una falta de experiencia personal con este procedimiento. Además, el 53,13% de las mujeres calificaron la información previa a la mamografía como poco clara, y el 48,44% describió el trato del personal

médico como insatisfactorio. Estas experiencias negativas impactaron directamente la disposición de las mujeres a someterse a futuros tamizajes. En poblaciones vulnerables como esta, las malas experiencias con el sistema de salud pueden generar desconfianza y desmotivación para participar en medidas preventivas. Este escenario destaca la importancia de mejorar la calidad del servicio médico, tanto en términos de comunicación como en el trato hacia los pacientes, con el objetivo de generar mayor adherencia a los exámenes de tamizaje.

Miedos y temores: el temor al dolor o a la incomodidad asociados con la mamografía también fue un factor relevante. El 68,23% de las mujeres encuestadas mencionó experimentar ansiedad ante el procedimiento, y más del 30% indicó que el miedo a descubrir un posible diagnóstico de cáncer influía en su decisión de no realizarse la prueba. Estos temores están asociados, además, a la falta de apoyo emocional en la comunidad, un aspecto destacado por el 76,56% de las participantes, quienes señalaron que el costo y la falta de tiempo eran barreras significativas para acceder al tamizaje. La combinación de estos miedos y barreras emocionales, sumada a las limitaciones educativas y culturales de la comunidad, genera una resistencia adicional hacia el tamizaje. Implementar programas de consejería y apoyo emocional puede resultar clave para disminuir estos temores y fomentar una mayor participación en las pruebas de detección temprana.

Factores sociales y estructurales: la ausencia de campañas de promoción y prevención fue otro obstáculo considerable. Casi el 95% de las mujeres encuestadas reportaron no haber tenido acceso a este tipo de iniciativas en su comunidad, aunque el 96,88% expresó su apoyo hacia la implementación de dichas campañas. Las barreras logísticas, como el costo del tamizaje y la falta de transporte (76,69%), también limitaron el acceso a los servicios de salud. Para superar estos obstáculos, es crucial implementar políticas públicas inclusivas que mejoren la accesibilidad económica y física a los servicios de tamizaje. Programas de tamizaje gratuitos y campañas móviles que lleguen directamente a la comunidad son soluciones viables que deben considerarse.

Los factores que influyen en la baja participación en el tamizaje de cáncer de mama en esta comunidad indígena son múltiples y están interrelacionados. La falta de conocimiento, las experiencias negativas con el sistema de salud, los temores emocionales y las barreras estructurales, como el costo y el acceso, deben abordarse de manera simultánea para mejorar las tasas de

detección temprana. Esto subraya la necesidad de políticas de salud pública culturalmente adaptadas, campañas de concienciación más efectivas y mejoras en la calidad del trato y la accesibilidad a los servicios de salud.

#### **4. Recomendaciones**

Se recomienda desarrollar estrategias educativas adaptadas con programas educativos que se ajusten con las tradiciones y el contexto cultural de la comunidad indígena. Estas iniciativas deben centrarse en aumentar el conocimiento sobre el cáncer de mama, su detección temprana y la importancia de la mamografía, utilizando métodos interactivos y visuales que faciliten la comprensión y el aprendizaje.

En conjunto con los entes territoriales y entidades gubernamentales crear alianzas para mejorar el acceso a mamografías y otros servicios de salud. Esto incluye ofrecer exámenes gratuitos o a precios reducidos y desarrollar un sistema de transporte que permita a las mujeres de áreas remotas acceder fácilmente a los centros de salud, asegurando que no se vean impedidas por barreras económicas o logísticas.

Fortalecer la comunicación entre profesionales de salud y la comunidad implementar capacitaciones para el personal médico con el objetivo de fomentar una comunicación más efectiva y empática con las pacientes. Es esencial utilizar un lenguaje claro y accesible, además de ofrecer recursos en las lenguas nativas de la comunidad. También se debe crear un entorno en el que las mujeres se sientan cómodas al plantear sus inquietudes y recibir información sobre los procedimientos y sus implicaciones.

## **Referencias Bibliográficas**

- Agudelo Botero, Marcela. (2013). Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud colectiva*, 9(1), 79-90. Recuperado en 17 de octubre de 2024, de [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652013000100007&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100007&lng=es&tlng=es).
- Aguilar, M., & Maritza, D. (2024). factores biosocioculturales y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres adultas - sector rural atma - yungay - áncash, 2023. universidad católica los ángeles de chimbote.
- Aguirre-Loaiza, H. H., Núñez, C., Navarro, A. M., & Sánchez, S. C. (2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el fact-b y SF-36. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862017000100109&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862017000100109&script=sci_arttext)
- Amy, D., Amorós Oliveros, F., & Teboula M, (2002) Anatomía mamaria y su correlación ecográfica. <https://semg.info/mgyf/medicinageneral/mayo2002/369-372>
- Anderson, B. O., Yip, C.-H., Ramsey, S., Bengoa, R., Braun, S., Fitch, M., Groot, M., Sancho-Garnier, H., & Tsu, y. V. D. (2007). El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas. Cloudfront.net. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44619751/pcc-bc-bhgi-normas-int-5-libre.pdf?1460369628=&response-content>
- American cancer society (s.f) Estadificación del cancer- <https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html>
- Arguedas-Arguedas, O. (2010). Elementos básicos de bioética en investigación. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022010000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000200004)
- Arellano, M. P. (2016). Desigualdades en la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Colombia durante el año 2010. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7466/Monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Cancer Society. (2023). Cáncer de mama - Detección temprana

- Aibar, L., Santalla, A., López-Criado, M. S., González-Pérez, I., Calderón, M. A., Gallo, J. L., & Fernández-Parra, J. (2011). Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X10001231>
- Banegas MP, Bird Y, Moraros J, King S, Prapsiri S, Thompson B. Breast cancer knowledge, attitudes, and early detection practices in United States-Mexico border Latinas. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 Jan;21(1):101-7. doi: 10.1089/jwh.2010.2638. Epub 2011 Oct 4. PMID: 21970564; PMCID: PMC3304252.
- Becerra, R. G. C. (2019). Comportamiento de mortalidad de cáncer de mama de acuerdo a edad en el IMSS Querétaro en el periodo 2008-2015. Universidad autónoma de Querétaro. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/1548/1/RI004620.pdf>
- Brandan, M. E., & Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Cancerología*, [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ester-Brandan/publication/268366119\\_Deteccion\\_del\\_Cancer\\_de\\_Mama\\_Estado\\_de\\_la\\_Mamografia\\_en\\_Mexico/links/548f78b80cf2d1800d86276e/Deteccion-del-Cancer-de-Mama-Estado-de-la-Mamografia-en-Mexico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ester-Brandan/publication/268366119_Deteccion_del_Cancer_de_Mama_Estado_de_la_Mamografia_en_Mexico/links/548f78b80cf2d1800d86276e/Deteccion-del-Cancer-de-Mama-Estado-de-la-Mamografia-en-Mexico.pdf)
- Briceño Fuentes, J. A. (2023). Factores asociados a la no realización de mamografía como tamizaje de cancer de mama en mujeres a partir de los 40 años según la Encuesta Demografica y de Salud Familiar 2020. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6240>
- Carvajal-Lohr, A., Flores-Ramos, M., Montejo, S. M., & Vidal, C. M. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y reproducción humana*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753371600011X/?amp=1>
- Chaves, M. A. (2014). Diagnóstico temprano del cáncer de mama: Importancia de la autoexploración, el examen clínico de mama y la mamografía. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2565](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565)
- Castillo, L. M., & Yepes Salazar, M. I. (2015). Factores que intervienen en la realización del autoexamen de mama en la comunidad femenina de estudiantes de primer semestre de medicina humana de la UDCA campus norte calle 222 del periodo 2015-2.
- Castillo, I., Bohórquez, C., Palomino, J., Elles, L., & Montero, L. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. *Revista UDCA Actualidad & divulgación científica*, 19(1), 5-14

- Cevallos Buitrón, M. I. (2022) CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD NRO. 1  
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/13176/2/06%20ENF%201340%20TRA%20BAJO%20DE%20GRADO.pdf>
- Charry, L. C., Carrasquilla, G., & Roca, S. A. (2008). Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Revista de salud pública*, 10(4), 571-582. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000400007>[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?Resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v10n4/v10n4a07.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?Resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v10n4/v10n4a07.pdf)
- Díaz, S., Piñeros, M., & Sánchez, O. (2005). Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Revista colombiana de cancerología*, <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/605>
- Decreto 1097 de 2020 - Gestor normativo. (2020). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?I=137911>
- Decreto 1953 de 2014 - Gestor normativo. (2014). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?I=59636>
- Decreto 1848 de 2017 nivel nacional. (2017). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?I=72824>
- Decreto 1232 de 2018 - Gestor normativo. (2018). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?I=87539>
- Donado Solano, K. (2018). Factores asociados a la toma de mamografía en las mujeres de 60 a 69 años en Colombia, 2015. Universidad de Ivalle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/fdd11b27-1919-44d7-b66d-a4f3be932a85/content>
- Domínguez, H. S., & De Los Ángeles Paz Morales, M. (2006). Prevalencia de factores de riesgo para cáncer de mama en población urbana y rural. *Salud en Tabasco*, 12(2). <https://www.redalyc.org/pdf/487/48712202.pdf>
- Fagnan, M. E., Caballero, L. T., Cabaña, J., & Gómez, F. (2019). Cáncer de mama en la población mapuche. Hospital de Área El Bolsón (HAEB). *Revista argentina de mastología*, 80-98. [https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2019\\_v38\\_n139/08.pdf](https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2019_v38_n139/08.pdf)

- Ferro, M., Luzcarín, M. R., & A, R. G. W. (s. F.). La bioética y sus principios. [https://ve.scielo.org/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029](https://ve.scielo.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029)
- Filippi MK, Ndikum-Moffor F, Braiuca SL, Goodman T, Hammer TL, James AS, Choi WS, Greiner KA, Daley CM. Breast cancer screening perceptions among American Indian women under age 40. *J Cancer Educ.* 2013 Sep;28(3):535-40. doi: 10.1007/s13187-013-0499-4. PMID: 23813490; PMCID: PMC3780408.
- Fuentes Ferrer, M & Del Prado González (2013) Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-medidas-frecuencia-asociacion-epidemiologia-clinica-S1696281813701574>
- García López, D. M. (2015). Factores que intervienen en la realización del autoexamen de mama en la comunidad de servicios y manejo ambiental de la UDCA campus norte calle 222 del periodo 2015-2.
- García-Redondo, M., López, Á. P., Ruiz, N., & Alonso, J. (2023). Cáncer de mama: nueva clasificación molecular. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 36(2), 100352. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.04.002>
- García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad? *Revista de endocrinología y nutrición.* <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043c>
- Gonzales AA, Ton TG, Garrouette EM, Goldberg J, Buchwald D. Perceived cancer risk among American Indians: implications for intervention research. *Ethn Dis.* 2010 Autumn;20(4):458-62. PMID: 21305837; PMCID: PMC4966812.
- González, H. R., Ramírez, L. M., & Agudelo, S. A. (2010). Detección temprana del cáncer de mama: revisión de literatura. In *Revista Colombiana de Oncología.* <https://revista.acho.info>.
- Guimarães, L. C. D. S. (2023). Estudo do perfil epidemiológico reprodutivo e hábitos de vida das mulheres indígenas não aldeadas do Amazonas e seu provável impacto na mortalidade por câncer de mama. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/69265>
- Guillermo, M. S. (s. F.-b). Ética de la investigación desde el pensamiento indígena: derechos colectivos y el principio de la comunalidad. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S188658872017000300019#B1](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S188658872017000300019#B1)
- Huerta-Gutierrez R, Murillo-Zamora E, Ángeles-Llerenas A, Ortega-Olvera C, Torres-Mejía G. Patient and treatment delays among Mexican women with breast cancer before and after the Seguro Popular. *Salud Publica Mex [Internet].* 8 de diciembre de 2021 [citado 8 de

- octubre de 2024];64(1):87-95. Disponible en:  
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12472>
- International Agency for Research on Cancer. (2023). Global Cancer Observatory (GCO). Fact sheets on populations: Colombia. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>
- Instituto nacional de imágenes Biomédicas (s.f) mamografía.  
<https://www.nibib.nih.gov/sites/default/files/2022-05/Fact-Sheet-Mamograf%C3%ADa.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2023). Cáncer de mama en Colombia - cifras. Recuperado de <https://www.cancer.gov.co/medios-comunicacion-1/infografias/cancer-mama-colombia-cifras>: <https://www.cancer.gov.co/medios-comunicacion-1/infografias/cancer-mama-colombia-cifras>
- Knaul, F. M., Carrillo, L. R. G., Ponce, E. L., Dantés, H. G., Romieu, I., & Torres, G. A. (2009). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Publica de Mexico*, 51, s138-s140. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000800002>
- Ley 100 de 1993 Congreso de la República de Colombia. (2001). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?I=5248>
- Ley 691 de 2001 - Gestor Normativo. (2001). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?I=4454>
- Ley 2194 de 2022 - Gestor Normativo. (2022). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?I=177606>
- Livaudais JC, Coronado GD, Espinoza N, Islas I, Ibarra G, Thompson B. Educating Hispanic women about breast cancer prevention: evaluation of a home-based promotora-led intervention. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Nov;19(11):2049-56. doi: 10.1089/jwh.2009.1733. Epub 2010 Sep 17. PMID: 20849288; PMCID: PMC2995340.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista cubana de medicina general integral*, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300020&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300020&script=sci_arttext)
- Mejía-Rojas, M. E., Contreras-Rengifo, A., & Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), 349-361.

- Mendoza, Z. C. U., Coral-Palchucán, G. A., Aristizábal-Tobler, C., Bello-Urrego, A., & Bastidas-Jacanamijoy, L. O. (2017). Consideraciones éticas para la investigación en salud con pueblos indígenas de Colombia. *Revista de salud pública*, 19(6), 827-832. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.55796>
- Moreno-Gómez, G. A., Duarte-Gómez, M. B., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2017). Pobreza multidimensional y determinantes sociales de la salud. Línea de base para dos comunidades vulnerables. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 267-274. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.57766>
- Ministerio de Salud Republica de colombia. (s.f) <https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. (2ª edición). Bogotá: MinSalud.
- Ortega, P. (2023). El cáncer de mama, una preocupación a nivel global. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/los-especiales/El-cancer-de-mama-una-preocupacion-a-nivel-global-20231114-0031.html>
- Organización Mundial de la Salud (2020) Cancer de mama. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- OHCHR. (2007). Normas internacionales relativas a los pueblos indígenas. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-indigenous-peoples/international-standards-relating-indigenous-peoples>
- Osorio BN, Bello HC, Vega BL. (2020), Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2020;36(2):1-13.
- Octavio, M. (2011). Cáncer de mama: estrategias de prevención y vigilancia según nivel de riesgo, DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70448-5.
- Pérez Zumano, S. E.; Sandoval Alonso, L.; Tapia Martínez, H. (2009). Factores de riesgo para cáncer de mama. Revisión de la literatura: Rol potencial de Enfermería. <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741830005.pdf>
- Pimentel, C. Y. (2018). Cuidados de Enfermería Frente a la Toxicidad de la Quimioterapia en Pacientes con Cáncer de Mama. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/89fa37f7-b431-4db4-ad05-72f94dfe6f9e>

- Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O. A., Ocampo, R., & Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud pública de México*, 53(6), 478-485.
- Palmero Picazo, J., Lassard Rosenthal, J., Juárez Aguilar, L. A., & Medina Núñez, C. A. (2021). Cáncer de mama: una visión general. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 354-360.
- Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpena Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad aten primaria*, 4, 75-78.
- Puerto Jimenez, D. N., Fontibón Vanegas, L. F., Calderón, M. L., & Pedraza, X. (2021). Evaluación participativa del programa de educación continua en detección temprana del cáncer de mama. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/114345>
- Quezada, T. (2015). Propuesta de atención de enfermería en el cáncer de mama en el Hospital Oncológico Solca Machala Dr. Wilson Franco Cruz. [https://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC\\_4e731f892065bbe42c9e9ec7b55b6885](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC_4e731f892065bbe42c9e9ec7b55b6885)
- Ricse Asencios, J. J. (2007). Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del CS Materno Infantil " Tablada de Lurín" Villa María del Triunfo 2006.
- Rosero Angela., Pincay Andrea., Solorzano Lilibeth., Castro Alexander (2022) Cáncer de mama: prevalencia, factores de riesgo y métodos diagnósticos. <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/729>
- Rodríguez-López, V (2012) Análisis de imágenes de mamografía para la detección de cáncer de mama. [https://www.utm.mx/edi\\_anteriores/temas47/2Notas\\_47\\_1-Analisis\\_de\\_imagenes\\_de\\_mamog.pdf](https://www.utm.mx/edi_anteriores/temas47/2Notas_47_1-Analisis_de_imagenes_de_mamog.pdf)
- Riganti, P., Discacciati, V., Terrasa, S., & Kopitowski, K. (2018). Factores motivacionales que influyen sobre las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. *Revista Argentina de Salud Pública*, 9(37), 22-28.
- Reyes, C. M. R. (2015). Principios bioéticos y discapacidad: la perspectiva de su inclusión en las políticas públicas. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(2), 26. <https://doi.org/10.18270/rcb.v6i2.826>
- Sardiñas Ponce, R. (2009). Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3), 0-0.

- Sas, R. (1993). Resolución 8430 de 1993 - Colombia. [Www.redjurista.com](http://www.redjurista.com).  
[https://www.redjurista.com/Documents/resolucion\\_8430\\_de\\_1993.aspx#/](https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx#/)
- Sánchez V, Guillermo, Laza V, Celmira, Estupiñán G, Carolina, & Estupiñán G, Laura. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305-313. Retrieved October 17, 2024, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en&tlng=es).
- Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), (2022). <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- Torregrosa, M. J. (2021). Prevención y detección temprana del cáncer de mama: revisión de las guías de cribado.
- Valdés Gómez, W., Espinosa Reyes., Leyva Álvarez de la Campa (2013) Menarquia y factores asociales. Menarquia y factores asociados
- Vodniza-José. (2021). Astronomía cultural en el territorio Pasto de Putisnán: calendario y evidencias locales. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/132421>
- Witte K, Cameron KA, McKeon JK, Berkowitz JM. Predicting risk behaviors: development and validation of a diagnostic scale. *J Health Commun*. 1996 Oct-Dec;1(4):317-41. doi: 10.1080/108107396127988. PMID: 10947367.
- Wiesner-Ceballos, C., Puerto, D., Diaz-Casas, S., Sánchez, O., Hernando-Murillo, R., & Bravo, L. E. (2020). Políticas basadas en la evidencia científica: el caso del control del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(3), 98-107.
- Zicre, D. (2012). Neoplasia. *Ciencias Medicas UNR*. <http://patologiafcm.com.ar/wp-content/uploads/downloads/2012/04/Neoplasia>.

## Anexos

## Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA
Factor Socio- demográfico	Describe características de una población o grupo de personas en términos sociales y demográficos	Edad	Rango: 35-45, 46-55, 56-65, 66 o mas	E N C U E S T A
		Estado civil	Estado civil: Soltera, Casada, Viuda, Separada, Unión libre, Otro	
		Nivel educativo	Nivel Educativo alcanzado: Básica primaria, Básica secundaria, Educación técnica o tecnológica, Educación universitaria, Posgrado, Ninguno	
		Ocupación	Ocupación desarrollada: Ama de casa, Empleada, Negocio propio, Agricultora, Ganadera, Otro	
		EPS	Afiliación a EPS: Mallamas, AIC, Emssanar, Nueva EPS, Asmet Salud, Ninguna, Otro	
		Estrato	Estrato: 1,2,3,4	
Factor de Conocimiento	Describe el grado de comprensión y conciencia que tienen las mujeres de la	Ubicación del cáncer de mama	Ubicación: Si, No	E N C U
		Síntomas del cáncer de mama	Escala: 1, 2, 3, 4, 5	

	comunidad sobre el cáncer de mama	Edad de riesgo	Edad de Riesgo: Si, No	E S T A
		Herramientas de detección	Herramientas de detección: Si, No	
		Edad inicio de mamografías	Edad de inicio de mamografías: Si, No	
		Periodicidad recomendada para una mamografía	Periodicidad: Cada año, cada dos años, cada 5 años, no sabe	
Factor de Experiencia Personal	Describen la experiencia personal de las mujeres con la detección temprana del cáncer de mama y su percepción sobre campañas	Realización de mamografías	Se ha realizado: Si, en los últimos dos años, sí, pero hace más de dos años, nunca	E N C U E S T A
		Información recibida antes del examen	Escala: 1, 2, 3, 4, 5	
		Trato personal médico	Escala: 1, 2, 3, 4, 5	
		Campaña sobre cáncer de mama en la comunidad	Participación: Si, No	
		Importancia de las campañas sobre cáncer de mama en la comunidad	Importancia: Si, No	

Factor de conocimiento que influye en el tamizaje	Describen la falta de información sobre dónde y cómo realizar una mamografía, así como la falta de conocimiento sobre su importancia, influyendo en la decisión de las mujeres de no realizarla.	Falta de información sobre cómo y dónde realizar una mamografía	Escala: 1, 2, 3, 4, 5	E N C U E S T A
		Falta de información sobre la importancia de la mamografía	Información: Si, No	
Factor de Temores	Describen como el temor al dolor durante una mamografía y el miedo a recibir un resultado positivo influyen en la decisión de no realizársela	Miedo al dolor o incomodidad	Miedo: Si, No	E N C U E S T A
		Miedo a un resultado positivo	Escala: 1, 2, 3, 4, 5	
Factores de autocuidado	Indagan sobre cómo varios factores de autocuidado pueden influir en la decisión	Comodidad al hablar con el medico	La comodidad: Si, No	E N C
		Falta de seguro medico	Seguro médico: Si, No	

de las mujeres de no someterse a mamografías como parte del tamizaje del cáncer de mama.	Experiencias en el sistema de salud	Experiencias: Sus experiencias no influyen en la decisión de realizarse una mamografía, experiencias positivas la han motivado a realizarse una mamografía, algunas experiencias la han hecho dudar sobre realizarse una mamografía, experiencias negativas la han desmotivado para realizarse una mamografía, no ha tenido experiencias previas relevantes	U E S T A
	Recomendación de un medico	Recomendación: Su médico le ha recomendado realizarse una mamografía y planea hacerlo, su médico le ha recomendado realizarse una mamografía, pero aún no lo ha hecho, su médico no le ha mencionado nada sobre realizarse una mamografía, no ha consultado a un médico sobre este tema, decidió realizarse una mamografía por iniciativa propia, sin recomendación medica	
	Desconfianza en la eficacia de la mamografía	Eficacia: Confía plenamente en la eficacia de la mamografía y por eso se la realiza o se la realizaría, no está segura de la eficacia de la mamografía, lo que la hace dudar si realizársela, confía en la eficacia de la mamografía, pero no se la realizaría, no tiene suficiente información sobre la eficacia de	

			la mamografía para tomar una decisión, nunca ha considerado la eficacia de la mamografía en su decisión de realizársela o no	
Factor Motivacional	Describen como los factores motivacionales, como el apoyo emocional, puede influir en la decisión a someterse a unas mamografías	Apoyo emocional	Escala: 1, 2, 3, 4, 5	E N C U E S T A
Factor Personal	Describen cómo factores personales, como el costo, el tiempo, barreras geográficas, acceso al transporte y creencias culturales o religiosas, pueden influir en la decisión de las mujeres de someterse a mamografías como parte	Costos de la mamografía	Costos: Si, No	E N C U E S T A
		Falta de tiempo	Tiempo: Si, No	
		Barreras Geográficas	Barreras: Si, No	
		Falta de acceso a transporte	Transporte: Si, No	

	del tamizaje del cáncer de mama.	Creencias culturales o religiosas	Creencias: Si, No	
--	-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------	--



**Anexo 2. Cuestionario**

**UNIVERSIDAD MARIANA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE TECNOLOGÍA EN RADIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA**



**INVESTIGACIÓN TITULADA:** Factores que influyen en la realización del tamizaje para detección temprana del cáncer de mama en la comunidad femenina del cabildo indígena Aldea de María (Putisnan), en el municipio del Contadero 2024

**Objetivo:**

Determinar los diferentes factores que intervienen en la práctica de la mamografía en la comunidad femenina Aldea de María en el municipio del Contadero en el año 2024.

**Lugar de Aplicación:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Por favor, responda las siguientes preguntas marcando con una "X" en el cuadro correspondiente a la respuesta que considere más adecuada

**Sección 1: Datos sociodemográficos**

**1. ¿Cuál es su edad?**

35-45

46-55

56-65

66 o mas

**2. Estado civil**

Soltera

Casada

Viuda

Separada

Unión libre

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**3. Nivel educativo alcanzado**

Básica primaria

Básica secundaria

Educación técnica o tecnológica

Educación universitaria

Posgrado

Ninguno

**4. Ocupación**

Ama de casa

Empleada

Negocio propio

Agricultora

- Ganadera
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**5. EPS a la que pertenece**

- Mallamas
- AIC
- Emssanar
- Nueva EPS
- Asmet Salud
- Ninguna
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**6. ¿A que estrato social pertenece?**

- Estrato 1
- Estrato 2
- Estrato 3
- Estrato 4

**Sección 2: Nivel de Conocimiento**

**7. ¿Sabía usted que el cáncer de mama puede afectar a uno o ambos senos?**

- Si
- No

**8. ¿Califique del 1 al 5 su nivel de conocimiento sobre los síntomas del cancer de mama, siendo 1 nada y 5 mucho?**

- 1

2

3

4

5

**9. ¿Está usted consciente de que la edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama?**

Si

No

**10. ¿Está familiarizada con la mamografía como una herramienta para la detección temprana del cáncer de mama?**

Si

No

**11. ¿Conoce usted a qué edad se recomienda iniciar las mamografías?**

Si

No

**12. ¿Está familiarizada con la periodicidad recomendada para realizarse mamografías como parte de la detección temprana del cáncer de mama?**

Cada año

Cada 2 años

Cada 5 años

No sabe

**Sección 3: Factores de experiencia personal**

**13. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?**

- Si, en los últimos 2 años
- Si, pero hace más de 2 años
- Nunca

**14. ¿Califique del 1 al 5 que tan clara y suficiente fue la información que recibió sobre el procedimiento antes de realizarse la mamografía, donde 1 es que la información no fue clara y 5 es que la información si fue clara?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**15. En una escala del 1 al 5, ¿Cómo calificaría el trato del personal médico durante su examen de mamografía? Donde 1 significa un trato muy malo y 5 significa un trato muy bueno.**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**16. ¿Se han realizado campañas de promoción y mantenimiento acerca del cáncer de mama y su detección temprana en su comunidad?**

- Si

No

**17. ¿Usted cree que es importante que se realicen campañas de promoción y mantenimiento sobre el cáncer de mama y su detección temprana en su comunidad?**

Si

No

**Sección 4: Factores de conocimiento que influyen en el tamizaje**

**18. Califique del 1 al 5 en qué medida la falta de información sobre dónde y cómo realizar una mamografía afecta su decisión de no hacerlo, donde 1 es que no afecta y 5 es que si afecta.**

1

2

3

4

5

**19. ¿Cree usted que la falta de conocimiento sobre la importancia de la mamografía influye en su decisión de no realizarla?**

Si

No

**Sección 5: Factores de temores que influyen en el tamizaje**

**20. ¿Ha experimentado ansiedad o miedo al pensar en el posible dolor o incomodidad al someterse a una mamografía?**

Si

No

**21. Califique del 1 al 5 en qué medida el miedo a que se detecte cáncer de mama influye en su decisión de no realizarse una mamografía, donde 1 es que si afecta y 5 es que no afecta.**

1

2

3

4

5

**Sección 6: Factores de autocuidado que influyen en el tamizaje**

**22. ¿Se siente cómoda hablando con su médico sobre la mamografía?**

Si

No

**23. ¿La falta de seguro médico es un factor que le impide realizar una mamografía?**

Si

No

**24. En relación a sus experiencias con el sistema de salud, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?**

Sus experiencias no influyen en la decisión de realizarse una mamografía

Experiencias positivas la han motivado a realizarse una mamografía

Algunas experiencias la han hecho dudar sobre realizarse una mamografía

- Experiencias negativas la han desmotivado para realizarse una mamografía
- No ha tenido experiencias previas relevantes

**25. En relación a la recomendación médica para realizarse una mamografía ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?**

- Su médico le ha recomendado realizarse una mamografía y planea hacerlo
- Su médico le ha recomendado realizarse una mamografía, pero aún no lo ha hecho
- Su médico no le ha mencionado nada sobre realizarse una mamografía
- No ha consultado a un médico sobre este tema
- Decidió realizarse una mamografía por iniciativa

**26. En relación a la mamografía como método de detección temprana del cáncer de mama ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se acerca más a su opinión?**

- Confía plenamente en la eficacia de la mamografía y por eso se la realiza o se la realizaría
- No está segura de la eficacia de la mamografía, lo que la hace dudar si realizársela
- Confía en la eficacia de la mamografía, pero no se la realizaría
- No tiene suficiente información sobre la eficacia de la mamografía para tomar una decisión
- Nunca ha considerado la eficacia de la mamografía en su decisión de realizársela o no

**Sección 7: Factores motivacionales que influye en el tamizaje**

**27. En una escala del 1 al 5, ¿En qué medida influye la posible falta de apoyo emocional para enfrentar el resultado de una mamografía en su decisión de realizarla? Considere que 1 significa que no afecta en absoluto y 5 significa que afecta mucho**

- 1
- 2

3

4

5

**Sección 8: Factores personales que influyen en el tamizaje**

**28. ¿Considera que el costo de la mamografía es un factor que le impide realizarla?**

Sí

No

**29. ¿La falta de tiempo es un factor que le impide realizarse una mamografía?**

Sí

No

**30. ¿Considera que las barreras geográficas son un obstáculo para realizarse una mamografía?**

Sí

No

**31. ¿Considera que la falta de acceso a transporte para llegar a un centro de salud es un factor que le impide realizarse una mamografía?**

Sí

No

**32. ¿Considera que las creencias culturales o religiosas afectan su decisión de realizarse una mamografía?**

Sí

No

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

