



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA EL
DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA MAMARIA Y EL USO
DE MÉTODOS DE IMAGEN, DISTRITO 03D01, CAÑAR –
ECUADOR, 2024 – 2025**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTOR: PAULA ALVARADO ZAMBRANO

KAROLINE MERCEDES ROMERO MEZA

DIRECTOR: DRA. MARTHA NARCIZA VÁZQUEZ CALLE

AZOGUES, ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA EL
DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA MAMARIA Y EL USO
DE MÉTODOS DE IMAGEN, DISTRITO 03D01, CAÑAR –
ECUADOR, 2024 – 2025**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTOR: PAULA ALVARADO ZAMBRANO

KAROLINE MERCEDES ROMERO MEZA

DIRECTOR: DRA. MARTHA NARCIZA VÁZQUEZ CALLE

AZOGUES – ECUADOR



2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Paula Alvarado Zambrano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0150553659**. Declaro ser el autor de la obra: **“Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **20 de mayo del 2026**

F:  **Paula Alvarado Zambrano**


Paula Alvarado Zambrano

C.I. 0150553659

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Karoline Mercedes Romero Meza portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302585856**. Declaro ser el autor de la obra: **“Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **20 de mayo del 2026**



Validar únicamente en FirmaBC.
Fondo electrónicamente por:
**KAROLINE MERCEDES
ROMERO MEZA**

F:

Karoline Mercedes Romero Meza

C.I. 0302585856

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dra. Martha Narciza Vázquez Calle

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: **“Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025”**, realizado por: **Paula Alvarado Zambrano; Karoline Mercedes Romero Meza**, con documentos de identidad: **0150553659; 0302585856**, previo a la obtención del título de **Médica** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 20 de mayo del 2026



DRA. MARTHA NARCIZA VÁZQUEZ CALLE

0301505673

DIRECTOR

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por darme vida y salud para finalizar esta etapa, por escuchar mis oraciones en las noches y permitirme cumplir mis metas.

Mamá, gracias por ser mi más grande fan en este sueño, por enseñarme que *yo siempre puedo*; te llevo tatuada en la piel y en el alma.

Papá, gracias por cada esfuerzo y sacrificio, cada uno de ellos me ha permitido llegar hasta aquí.

Un agradecimiento a Karoline, mi amiga, compañera de tesis y futura colega; por respirar profundo y seguir cuando la tensión de la universidad nos llevaba al borde. Cada momento compartido lo llevo en el corazón.

Gracias a nuestra tutora, Dra. Martha Vázquez, por sus consejos, apoyo e interés en este proyecto. Y, con mucho cariño, gracias a la Dra. Nury Devia Solís, por su paciencia con nosotras y su enorme colaboración con esta tesis.

Paula Alvarado Zambrano.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por darme la fuerza y la sabiduría para culminar esta hermosa etapa de mi vida. También deseo expresar mi más profundo agradecimiento a las dos personas más importantes para mí: mis padres, Glenda y Agustín. Gracias a ustedes, hoy estoy aquí cerrando un capítulo y comenzando uno nuevo, con algo de miedo, pero siempre con la determinación que me enseñaron.

A mis abuelos, Mariana y Víctor, por ser mi guía y mostrarme siempre el camino del bien. A mis hermanos y a mis grandes amigos, quienes nunca me dejaron sola y me acompañaron en cada paso de este proceso.

Un agradecimiento especial a Paula, mi compañera de carrera, de risas y de momentos únicos. Gracias por tu dedicación y esfuerzo en esta tesis; me llevo los mejores recuerdos de ti.

Y finalmente a nuestra tutora, la Dra. Martha Vázquez, por hacer posible este trabajo, por su apoyo y compromiso. Y, en especial, a la Dra. Nury Devia, a quien estaré eternamente agradecida por su paciencia, dedicación y respaldo incondicional desde el inicio de este proyecto.

Karoline Mercedes Romero Meza.

DEDICATORIA

Recuerdo oír “admitida para medicina” hace varios años y hoy, me encuentro escribiendo estas palabras finalizando esta hermosa y a la vez desafiante etapa.

En esta recta final, quiero dedicar este proyecto a los pilares fundamentales en mi vida: A mis padres, Pablo y Mayra, por su amor incondicional y soporte en los días más difíciles, jamás habría sido posible sin ustedes.

A Danna y Daniela, mis dos hermanas pequeñas que se convirtieron en amigas para toda la vida, por su cariño y risas compartidas cuando más lo necesitaba.

A mis abuelos, Néstor y Amalia, por sus continuas palabras de aliento al querer verme convertida en profesional.

A Pamela, por ser mi compañera desde el día uno y mi fuerza cuando no encontraba la mía.

A Nayeli, por jamás dejar que la distancia nos haga sentir lejanas y darme tu apoyo en cada paso.

A Serafina, por tus ronroneos en mis tantas largas noches de desvelo.

A todos ustedes, por recorrer este camino conmigo y siempre sostenerme.

Paula Alvarado Zambrano.

Después de cinco años de aquella decisión, hoy me encuentro aquí, cumpliendo el sueño que desde pequeña tenía claro y que, con el tiempo, se convirtió en mi mayor objetivo. Seguir el camino de la medicina no ha sido fácil, pero cada desafío ha valido la pena.

Este logro no habría sido posible sin el amor y el apoyo incondicional de mis padres, Glenda y Agustín, quienes han estado a mi lado desde el inicio hasta el final. Han sido mi mayor motivación, confiando en mí incluso cuando yo misma dudaba. A ustedes les debo cada paso dado, cada esfuerzo y cada triunfo.

Pero, sobre todo, quiero dedicar esta tesis a la persona que es mi pilar y el de nuestra familia: mi madre, la mujer más fuerte que conozco y quien me enseñó a nunca rendirme. Con su ejemplo, aprendí a enfrentar cada obstáculo con valentía y determinación. Es un orgullo ser tu hija, y espero algún día llegar a ser, al menos, la mitad de la gran mujer que eres.

Karoline Mercedes Romero Meza.

Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar - Ecuador, 2024 - 2025

Paula Alvarado Zambrano, Karoline Mercedes Romero Meza, Martha Narciza Vázquez Calle
Universidad Católica de Cuenca, paula.alvarado.59@est.ucacue.edu.ec,
karoline.romero.56@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

Antecedentes: La detección de patologías mamarias a través de métodos de imagen representa un desafío para el primer nivel de atención; conocer los protocolos garantiza la referencia adecuada de ser necesario y prioriza tratamientos oportunos. **Objetivo:** Medir conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención en el Distrito 03D01 en relación al uso de métodos de imagen para el diagnóstico de patologías mamarias. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal realizado en las instituciones de salud del primer nivel de atención del Distrito 03D01. Se incluyó a médicos familiares, generales y rurales con al menos seis meses de experiencia en atención de patologías mamarias, excluyendo aquellos que se encuentren en licencia, pasantía o sin actividad clínica. **Resultados:** De 122 médicos (100%) del Distrito 03D01, el 57,38% participó en la encuesta, predominando aquellos provenientes de zonas rurales (57,1%). La mayoría corresponde a médicos generales de sexo masculino (75,7% y 34,3%, respectivamente). Si bien 84,3% interviene en derivación para estudios de imagen, solo 74,3% muestra interés en el tema y apenas 27,1% recibe capacitaciones anuales. Además, aunque se conoce la edad inicial recomendada para cada método, se desconoce la periodicidad de la mamografía (71,4%) y la conducta a seguir en las categorías BI-RADS 0, 1, 2 y 3. **Conclusiones y relevancia:** El estudio muestra brechas en el conocimiento y manejo de patologías mamarias en Atención Primaria; se requieren mejoras en capacitación, aplicación de protocolos estandarizados y actualización de guías clínicas para la optimización de detección y tratamiento.

Palabras clave: BI-RADS, mamografía, patología mamaria, técnicas de imagen, tamizaje de cáncer de mama

*Knowledge and Attitudes of Primary Care Physicians Regarding the Diagnosis of Breast Disease
and the Use of Imaging Methods, District 03D01, Cañar - Ecuador, 2024–2025*

ABSTRACT

Background: The detection of breast pathologies using imaging methods poses a challenge for primary care; understanding the protocols ensures appropriate referral when necessary and prioritizes timely treatment. **Objective:** To assess the knowledge and attitudes of primary care physicians in District 03D01 regarding the use of imaging methods for the diagnosis of breast pathologies. **Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted in primary care health facilities in District 03D01. The study included family physicians, general practitioners, and rural physicians with at least six months of experience in the management of breast pathologies, excluding those on leave, in internships, or not engaged in clinical practice. **Results:** Of the 122 physicians (100%) in District 03D01, 57.38% participated in the survey, with a majority coming from rural areas (57.1%). The majority were male general practitioners (75.7% and 34.3%, respectively). Although 84.3% are involved in referrals for imaging studies, only 74.3% show interest in the topic, and just 27.1% receive annual training. Furthermore, although the recommended starting age for each method is known, the frequency of mammography is not known by 71.4% of participants, as well as the management protocol for BI-RADS categories 0, 1, 2, and 3 are unknown. **Conclusions and Implications:** The study highlights gaps in the understanding and management of breast pathologies in primary care; improvements are needed in training, the implementation of standardized protocols, and the updating of clinical guidelines to optimize detection and treatment.

Keywords: BI-RADS, mammography, breast pathology, imaging techniques, breast cancer screening

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO I	7
FUNDAMENTO TEÓRICO	7
1.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES	7
1.2. ANTECEDENTES	7
1.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y POBLACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO	9
Tabla 1. Densidad poblacional por parroquias del cantón Azogues.	9
Tabla 2. Centros de Salud – Coordinación Zonal 6 – Salud.	10
Tabla 3. Personal médico en cada establecimiento de salud.....	12
Cobertura de atención en mujeres no embarazadas	14
Tabla 4. Morbilidades con Patologías Mamarias año 2023.	14
Tabla 6. Principales causas de morbilidad con patologías mamarias año 2023.	16
Tabla 7. Principales causas de morbilidad con patologías mamarias enero – junio 2024.	17
1.4. CONDUCTA DEL MÉDICO FRENTE A LA PATOLOGÍA MAMARIA	18
1.5. MÉTODOS DE IMAGEN	18
1.5.1. Mamografía	19
1.5.2. Ecografía	20
1.5.3. Resonancia magnética	20
1.6. BI – RADS	21
Tabla 8. Categoría de evaluación BI-RADS y recomendaciones.	22
OBJETIVOS	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos	24
CAPÍTULO II	25

METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO III.....	30
RESULTADOS.....	30
Tabla N° 1. Descripción sociodemográfica de la población en estudio.....	30
Tabla N° 2. Capacitación y atención a pacientes de la población de estudio.	31
Tabla N° 3. Grado de conocimiento en sintomatología mamaria de la población de estudio.	33
Tabla N° 4. Grado de conocimiento en estudios imagenológicos para patología mamaria en la población de estudio.	34
Tabla N° 5. Conducta médica con base a la escala BI-RADS	36
Tabla N° 6. Distribución de la variable edad en la población estudiada.....	39
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES	44
ANEXOS	53
Anexo 1. Formulario de recolección de datos.	53
Anexo 2. Operacionalización de variables.	58
Anexo 3. Consentimiento informado empleado.	60

INTRODUCCIÓN

La medicina en la República del Ecuador cuenta con una división jerarquizada que permite la atención adecuada y escalonada de toda la población, es así como se cuenta con la atención en tres niveles. El primer nivel de atención es el que se encuentra en más contacto con la población, pues representa el primer acercamiento a la misma; el segundo nivel comprende los hospitales de referencia y, en el tercer nivel; los hospitales o instituciones de salud que poseen una tecnología mucho más eficaz para los tratamientos más graves, además, se encuentran también los institutos especializados. Ahora bien, la Atención Primaria en Salud (APS) en Latinoamérica, enfrenta un desafío importante debido a la fragmentación y la segmentación de este sistema, lo que lleva a una limitación importante en el establecimiento de diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, especialmente en patologías de tipo mamarias pues, a pesar de que en el país se cuenta con técnicas de imagen de gran ayuda diagnóstica como son la mamografía y ecografía mamaria, existe una falta de conocimiento y mala praxis sobre su uso, lo que ha contribuido a una elevación de la morbimortalidad en relación con este grupo de enfermedades, causando un impacto notable y negativo en la salud pública ecuatoriana.

Ejemplificando de forma más concreta la problemática, puede hacerse mención del cáncer mamario; una de las patologías más importantes no solamente a nivel país, sino a nivel global. En la República del Ecuador esta representa hasta un 27% de casos de neoplasias y, para el año 2020, 1.4 millones de pacientes fallecieron por su causa, siendo además la patología número uno padecida en mujeres a nivel de América Latina. Para lograr mermar su incidencia, se debe realizar un diagnóstico oportuno, siendo consecuente una mejoría de los resultados clínicos, y esto puede ser logrado a través de un correcto examen físico y el uso adecuado de los métodos de imagen. Es aquí donde el presente trabajo de campo encuentra su propósito.

Conocer el abanico de opciones, no siempre garantiza una selección correcta. Es por eso que se debe hacer un análisis de los conocimientos y actitudes que poseen los médicos en APS, ya que este grupo de profesionales en medicina, son los que reciben, resuelven y de ser necesario, refieren, a los pacientes que acuden a consulta pues, es en este eslabón del sistema de salud donde se tratan hasta el 80% de las visitas al médico de la población en general.

En ocasiones, el desconocimiento o la falta de actualización del mismo es la razón por la cual los casos atendidos en relación con patologías mamarias no obtienen una resolución

de forma adecuada, causando que el paciente acuda con un especialista cuando, por ejemplo, el cáncer, ya se encuentra en estadios demasiado avanzados, lo que claramente resulta en un importante retraso en la efectividad del tratamiento, hecho que claramente pudo ser evitado con un correcto diagnóstico desde el día en que el paciente acude a consulta.

Un estudio que analice ambos aspectos (conocimientos y actitudes) de los médicos de este nivel, sin duda representa un notable aporte en lo que a salud pública se refiere, pues brinda la oportunidad de detectar las falencias de forma más puntual, ya que se evaluarán a través de un cuestionario las decisiones que van a tomar los médicos en cada caso presentado; generando censos, análisis y demás detalles de tipo estadístico con el propósito de conocer las debilidades más palpables de los profesionales que posteriormente puedan ser considerados como la pauta para la elaboración de estrategias de mejoramiento en la calidad y veracidad de la APS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Atención Primaria de Salud (APS) fue creada con el fin de integrar los servicios de salud y a su vez que sean accesibles para toda la población. Sin embargo, desde sus inicios ha existido discordancias con los sistemas políticos en cuanto a la equidad, participación social y promoción de la salud, dando como resultado un déficit en los centros de atención del primer nivel y a su vez retrasos en los diagnósticos como es el caso de las patologías mamarias. En América Latina el problema radica en la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, siendo el modelo segmentado el que abarca el mayor problema provocando así que el acceso a la atención médica sea limitado para ciertos grupos y poblaciones, lo que resulta en un aumento en las tasas de morbilidad (1–3).

En lo que respecta a las patologías mamarias, el cáncer de mama (CM) es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población femenina a nivel mundial. En Latinoamérica, ocupa la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres, representando así en el 2020 alrededor de 4 millones de personas diagnosticadas por CM y 1.4 millones fallecieron a causa de ella. En Ecuador, la enfermedad representa el 27% de los casos de cáncer, y para la misma fecha se detectaron más de 28,000 casos (4–6). En una mirada más amplia y retrospectiva, se evidencia que, en el país, la tasa de mortalidad ha incrementado significativamente en los últimos años. Pese a que en la zona urbana la tasa de mortalidad ha ascendido de 6,9 en el período 2004-2008 a 8,3 en el período 2009-2013 y, finalmente, a 9,7 en el período 2014-2018, en la zona rural se ha visto un incremento en los datos de defunciones, pasando de 1,8 a 3,1 entre 2004 y 2018. Porcentualmente, esto significa un incremento del 72% en la zona rural en comparación con la zona urbana, donde la tasa de mortalidad ha aumentado un 41%. Esto permite dimensionar la problemática (6).

Si bien es cierto que, para reducir las tasas de incidencia, la detección precoz es crucial para mejorar los resultados clínicos. Este diagnóstico fusiona tanto la anamnesis con los exámenes complementarios como la mamografía (Mx), ecografía mamaria y resonancia magnética. Actualmente, la Mx es el método más empleado y el único que ha demostrado reducir las tasas de mortalidad en aquellas pacientes que se realizan de manera anual. No obstante, tanto la ecografía mamaria como la resonancia magnética son considerados métodos complementarios para diferentes situaciones cuando no es posible realizar una Mx. Sin embargo, en Ecuador, la detección oportuna es subóptima y el problema va de la mano con la falta de interés y capacidad diagnóstica para derivar al método de imagen

adecuado de acuerdo con la situación de riesgo de cada paciente, como la edad, clínica, antecedentes personales y familiares, entre otros (7–9).

De esta forma, la Atención Primaria de Salud enfrenta numerosos desafíos en América Latina, especialmente en la gestión de patologías complejas como el cáncer de mama. La falta de integración efectiva de los sistemas de salud, las barreras geográficas y la limitada capacitación del personal médico en el uso de métodos de imagen adecuados, agravan la situación. Para abordar esta problemática, es esencial fortalecer el conocimiento y las actitudes del médico en atención primaria, promoviendo una formación continua y accesible sobre las técnicas de diagnóstico por imagen. Además, es crucial mejorar la infraestructura y accesibilidad a los servicios de salud, fomentando la participación social y la equidad en el acceso a la atención médica. Solo así se podrá avanzar hacia una atención de salud más inclusiva y efectiva, capaz de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la patología mamaria en la región.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento y las actitudes de los médicos del primer nivel de atención del Distrito 03D01 para el diagnóstico de patología mamaria con base en los métodos de imagen?

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de las patologías mamarias, la detección temprana es fundamental especialmente, en el cáncer de mama, una enfermedad que cada año registra aproximadamente 1,38 millones de casos y 458.000 muertes, según lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10). Basándose en ello, diversas bibliografías han demostrado que la historia clínica y el examen físico completo, los diferentes métodos de imagen y la biopsia son los tres métodos esenciales para un diagnóstico oportuno. Si bien es cierto, la autoexploración también es una técnica de relevancia para detección de numerosas patologías mamarias, no obstante, clínicamente no se considera como un método fiable; sin embargo, otras investigaciones respaldan que el autoexamen es un método de prevención que se realiza de manera habitual con el objetivo de que las pacientes acudan a los centros de atención médica al detectar cualquier anomalía que resulte preocupante, para así realizar un cribado temprano (11).

La piedra angular del Sistema Nacional de Salud se centra en la Atención Primaria de Salud (APS), un nivel considerado la puerta de entrada para la atención médica. Aquí, es

muy común que acudan pacientes con sintomatología mamaria de corta o larga data o simplemente para controles médicos con el fin de prevenir. La detección temprana mediante pruebas de cribado como la mamografía ha reducido la mortalidad ocasionada por el cáncer de mama en aproximadamente el 30%. Por otro lado, también se ha evidenciado que existen resultados falsos positivos en un total del 19% en aquellas mujeres con tumores benignos, provocando así sobrediagnósticos y tratamientos innecesarios. Por esta razón, los médicos antes de realizar cualquier prueba o examen de cribado, tiene que evaluar a la paciente de acuerdo al riesgo, es decir, tomando en cuenta factores asociados como la edad, historia familiar de cáncer de mama, historia personal de patologías mamarias, características genéticas, densidad mamaria y los hábitos y estilos de vida, principalmente el consumo de alcohol y tabaco (5,12).

Un estudio del Breast Cancer Surveillance Consortium en el año 2013 demostró que la mamografía cada dos o tres años en una población entre los 50 a 74 años con mamas fibroglandulares, reduce la incidencia de falsos positivos en comparación con la realización de mamografías anuales. Sin embargo, en mujeres más jóvenes con senos densos, la frecuencia de mamografías influye en el riesgo de desarrollar cáncer en etapa avanzada, incrementando este riesgo en mujeres de 40 a 49 años que se sometieron a mamografías bienales en lugar de anuales. Y aunque la mamografía (Mx) es el estándar de oro debido a su capacidad diagnóstica; la ecografía mamaria también es de gran utilidad al proporcionar elementos complementarios que ayudan a diferenciar entre masas sólidas o quísticas, además, es crucial para mujeres menores de 35 años, embarazadas o lactantes, para pacientes de alto riesgo con mamas densas que no puedan someterse a una resonancia magnética; y sirve como guía para biopsias y otros procedimientos como la planificación del tratamiento con radioterapia y sobre todo, para identificar y caracterizar la presencia de adenopatías axilares (8).

Debido a la alta incidencia y el impacto social que provoca el cáncer de mama, la evaluación de las patologías mamarias en la atención primaria ha tenido gran relevancia en los últimos años, tomando en cuenta que cualquier anomalía identificada en uno o ambos senos, aunque parezca benigna debe ser evaluada de manera correcta porque algunas de estas lesiones pueden estar asociadas con mayor riesgo de cáncer mamario. Por ello, la detección precoz por parte de los médicos del primer nivel, junto con la autoexploración mamaria, son herramientas fundamentales para minimizar errores y garantizar una intervención adecuada y oportuna (13–15).

No obstante, según las evidencias bibliográficas revisadas, en la APS no existe un criterio estandarizado para seleccionar el método más adecuado de detección temprana. En este sentido, el presente estudio se alinea con la línea de investigación de la Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), específicamente en la línea 12: "Salud y Bienestar por Ciclo de Vida" y la sub-línea 8: "Atención Primaria en Salud" (16). Así mismo, se vincula con el área 4: "Neoplasias" del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) y con la línea de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el apartado de "Enfermedades no Infecciosas" (17,18), que tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de los médicos de atención primaria respecto a la detección temprana de patologías mamarias, así como analizar el interés y la capacidad diagnóstica de los profesionales que integran los distintos centros de salud del Distrito 03D01. Esto permitirá formular recomendaciones para optimizar los procesos de diagnóstico temprano y fortalecer estrategias que contribuyan a reducir la mortalidad por cáncer de mama.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Conocimiento: Acción y efecto de conocer, entender un hecho o noción de algo. Si se aplica en este estudio, se puede conceptualizar como el saber que poseen los encuestados sobre el ámbito de patologías mamarias (19).

Actitud: disposición de ánimo a realizar alguna acción, manifestada de algún modo. En la presente investigación podría catalogarse como la postura que toman frente al paciente con patología mamaria según la clínica que presenta, luego de su revisión (20).

Primer nivel de atención: Atención en salud que se encuentra más cercana a la población y facilita el flujo de los pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud. Se caracteriza por ser de tipo ambulatorio y por su capacidad de resolución de problemas de salud de corta estancia (21).

Patología mamaria: Las patologías mamarias pueden ser benignas o malignas, siendo las benignas las más frecuentes. Se definen como alteraciones en el tejido mamario, entre las cuales se incluyen la mastalgia, los tumores benignos y la mastitis, entre otras. Sin embargo, algunas de estas afecciones pueden estar asociadas al desarrollo de procesos malignos (22,23).

Métodos de imagen: Consideradas la mamografía, ecografía y resonancia magnética como las principales técnicas de imagen para el diagnóstico de patología mamaria usadas en la actualidad (24).

1.2. ANTECEDENTES

El Primer Nivel de Salud considerado la puerta de entrada para la atención médica se enfoca en mejorar la calidad de atención y la resolución de los problemas de salud por medio de la Atención Primaria de Salud (APS), misma que está basada en los principios de equidad, promoción y protección de la salud otorgados por la Declaración de Alma – Alta, cuyo objetivo es brindar asistencia sanitaria de carácter accesible para todos los individuos y a su vez disminuir las inequidades del sistema al enfrentar los determinantes sociales como la limitación al acceso y uso de los servicios de salud (25).

Pese a que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se centra en la participación activa de la comunidad con el fin de promover la salud, prevenir enfermedades y detener

su avance y evolución; los centros médicos del Primer Nivel cuentan con ciertas limitaciones debido a varios factores socioeconómicos, culturales y políticos (26). Por ello, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador ha implementado el Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI) con el fin de dar soluciones a estos problemas mediante acciones intersectoriales, sistemáticas y coordinadas que contemplen la atención individual y familiar según las necesidades locales, además, de fortalecer el primer y segundo nivel de atención (25).

En la República del Ecuador, según datos existentes, se cuenta con 1.232 unidades de APS donde se incluyen puestos y centros de salud, además, de consultorios generales. A su vez, el MSP en este tiempo cubría aproximadamente el 50% de la población ecuatoriana. A partir del año 2010 se incrementaron los establecimientos de salud, contándose con 1.922, a los cuales se suman 75 establecimientos municipales que conjuntamente trabajaban con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cubriendo un 20% de la población. Por otra parte, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) cubren tan solo el 5% (27).

El problema no radica netamente en la infraestructura de los puestos de salud, el verdadero obstáculo es la falta del personal médico en la red pública, pues, según datos, el Sistema de Salud deja aproximadamente a un 30% de la población sin cobertura siendo más notorio en las zonas rurales y pueblos indígenas (27). A pesar de que en el período de 1996 y 2010 la cantidad de recursos humanos aumentó en un 21%, aún es notable el déficit relativo de personal de salud. De esta forma, se puede deducir que la geografía es un factor determinante que interfiere al acceso rápido y oportuno de atención médica, lo que dificulta cumplir con los principios de salud propuestos por la Declaración de Alma – Alta. Al existir esta barrera, los problemas de salud han incrementado notoriamente y uno de ellos es el cáncer de mama (CM), esta patología actualmente se ha convertido en unos de los principales problemas en la población femenina, pues, debido a la falta de atención oportuna, la mayoría de las mujeres son diagnosticadas en estados avanzados, lo que lleva a la paciente a un tratamiento más agresivo y un riesgo más elevado de mortalidad (28,29).

1.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y POBLACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO

La provincia de Cañar se encuentra ubicada en la región sur del Ecuador y según el Censo del año 2023 cuenta con una población de 227.578 habitantes, lo que corresponde a un rango de 3 a 6% de la población total del país (30,31). Su capital, San Francisco de Peleusí de Azogues, conocida simplemente como Azogues, se encuentra citada en la tabla de “Densidad poblacional por parroquias” del VII Censo de Población y VII de Vivienda que se encuentra publicado en el INEC en el 2022, plasmada a continuación (32,33):

Tabla 1. Densidad poblacional por parroquias del cantón Azogues.

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	POBLACIÓN
CAÑAR	AZOGUES	AZOGUES	41.249
CAÑAR	AZOGUES	COJITAMBO	3.612
CAÑAR	AZOGUES	GUAPÁN	8.921
CAÑAR	AZOGUES	JAVIER LOYOLA	8.591
CAÑAR	AZOGUES	LUIS CORDERO	3.931
CAÑAR	AZOGUES	PINDILIG	1.837
CAÑAR	AZOGUES	RIVERA	1.568
CAÑAR	AZOGUES	SAN MIGUEL	3.615
CAÑAR	AZOGUES	TADAY	1.191

Elaborado por: Romero K, Alvarado P. 2024.

El Sistema de Salud Pública del Ecuador organiza la atención de los pacientes mediante las denominadas “Coordinaciones Zonales”, mismas que se encargan de la coordinación de los procesos tanto administrativos como técnicos. Esta investigación cuenta con la participación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Distrito 03D01 en Cañar, perteneciente a la Coordinación Zonal 6, siendo excluidos los centros de rehabilitación y detención de Azogues, debido al enfoque investigativo (34,35).

Tabla 2. Centros de Salud – Coordinación Zonal 6 – Salud.

ESTABLECIMIENTO	ZONA	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO	PARROQUIA
CENTRO DE SALUD DE AGUILÁN	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030153-GUAPÁN
CENTRO DE SALUD DE BAYAS	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030102-AZOGUES
CENTRO DE SALUD DE BIBLIÁN	CZ6	03-CAÑAR	0302-BIBLIAN	03D01	030250-BIBLIÁN
CENTRO DE SALUD DE BORRERO	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030102-AZOGUES
CENTRO DE SALUD DE COJITAMBO	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030151-COJITAMBO
CENTRO DE SALUD DE DÉLEG	CZ6	03-CAÑAR	0306-DELEG	03D01	030650-DÉLEG
CENTRO DE SALUD DE GUAPÁN	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030153-GUAPÁN
CENTRO DE SALUD DE JATUMPAMBA	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030158-SAN MIGUEL
CENTRO DE SALUD DE JAVIER LOYOLA	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030154-JAVIER LOYOLA (CHUQUIPATA)
CENTRO DE SALUD DE JERUSALÉN	CZ6	03-CAÑAR	0302-BIBLIAN	03D01	030254-JERUSALÉN
CENTRO DE SALUD DE LUIS CORDERO	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030155-LUIS CORDERO
CENTRO DE SALUD DE NAZÓN	CZ6	03-CAÑAR	0302-BIBLIAN	03D01	030251-NAZÓN (CAB. EN PAMPA DE DOMINGUEZ)
CENTRO DE SALUD DE PINDILIG	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030156-PINDILIG

CENTRO DE SALUD DE RIVERA	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030157-RIVERA
CENTRO DE SALUD DE SAGEO	CZ6	03-CAÑAR	0302-BIBLIAN	03D01	030252-SAN FRANCISCO DE SAGEO
CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030158-SAN MIGUEL
CENTRO DE SALUD DE SOLANO	CZ6	03-CAÑAR	0306-DELEG	03D01	030651-SOLANO
CENTRO DE SALUD DE TADAY	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030160-TADAY
CENTRO DE SALUD DE ZHINDILIG	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030153-GUAPÁN
CENTRO DE SALUD DE ZUMBAHUAICO	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030154-JAVIER LOYOLA (CHUQUIPATA)
CENTRO DE SALUD VICTOR MIGUEL CRESPO	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030102-AZOGUES
CENTRO MÉDICO POPULAR	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030102-AZOGUES
CENTRO URBANO DE BIBLIÁN	CZ6	03-CAÑAR	0302-BIBLIAN	03D01	030250-BIBLIÁN
PUESTO DE SALUD DE BOLIVIA	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030102-AZOGUES
PUESTO DE SALUD DE SAN CAMILO	CZ6	03-CAÑAR	0302-BIBLIAN	03D01	030250-BIBLIÁN
PUESTO DE SALUD DE BUIL CHACAPAMBA	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030153-GUAPÁN
PUESTO DE SALUD DE ZHAPACAL	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030155-LUIS CORDERO

PUESTO DE SALUD DE UCHUPUCÚN	CZ6	03-CAÑAR	0301-AZOGUES	03D01	030102-AZOGUES
UNIDAD MÓVIL DISTRITAL	CZ6	03-CAÑAR	-----	03D01	-----

Fuente: MSP, 2022.

En concordancia a los datos que se obtuvieron del Distrito de Salud 03D01 y al Memorando Nro. MSP-CZ6-DD03D01-2024-3931-M, en estos establecimientos de salud se cuenta con la siguiente cantidad de personal médico que brindan Atención Primaria:

Tabla 3. Personal médico en cada establecimiento de salud.

ESTABLECIMIENTO	MÉDICO/A ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	MÉDICO/A RURAL	MÉDICO/A GENERAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
CENTRO DE SALUD DE AGUILÁN	1	1	0
CENTRO DE SALUD DE BAYAS	1	3	0
CENTRO DE SALUD DE BIBLIÁN	6	7	6
CENTRO DE SALUD DE BORRERO	0	3	1
CENTRO DE SALUD DE COJITAMBO	1	2	1
CENTRO DE SALUD DE DÉLEG	2	6	5
CENTRO DE SALUD DE GUAPÁN	2	3	1
CENTRO DE SALUD DE JATUMPAMBA	1	1	0
CENTRO DE SALUD DE JAVIER LOYOLA	2	2	1
CENTRO DE SALUD DE JERUSALÉN	1	0	1
CENTRO DE SALUD DE LUIS CORDERO	1	3	0
CENTRO DE SALUD DE NAZÓN	0	2	1

CENTRO DE SALUD DE PINDILIG	0	3	0
CENTRO DE SALUD DE RIVERA	0	4	0
CENTRO DE SALUD DE SAGEO	0	2	0
CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL	1	3	1
CENTRO DE SALUD DE SOLANO	1	2	0
CENTRO DE SALUD DE TADAY	1	2	0
CENTRO DE SALUD DE ZHINDILIG	1	2	0
CENTRO DE SALUD DE ZUMBAHUAICO	0	2	1
CENTRO DE SALUD VÍCTOR MIGUEL CRESPO	5	0	11
CENTRO MÉDICO POPULAR	0	0	2
CENTRO URBANO DE BIBLIÁN	0	1	2
PUESTO DE SALUD DE BOLIVIA	0	0	1
PUESTO DE SALUD DE SAN CAMILO	0	0	1
PUESTO DE SALUD DE BUIL CHACAPAMBA	1	1	1
PUESTO DE SALUD DE ZHAPACAL	0	2	0
PUESTO DE SALUD DE UCHUPUCÚN	0	2	0
UNIDAD MÓVIL DISTRITAL	0	1	0
TOTAL	28	57	37

Fuente: Dirección Distrital de Salud 03D01 Azogues – Biblián – Déleg.

Cobertura de atención en mujeres no embarazadas

Tabla 4. Morbilidades con Patologías Mamarias año 2023.

PATOLOGÍAS MAMARIAS	TOTAL DE ATENCIONES
N644 - MASTODINIA	129
N61X - TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	102
D24X - TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	96
N63X - MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	65
N649 - TRASTORNO DE LA MAMA, NO ESPECIFICADO	33
N602 - FIBROADENOSIS DE MAMA	47
O912 - MASTITIS NO PURULENTO ASOCIADA CON EL PARTO	18
N600 - QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA	21
O926 - GALACTORREA	20
N601 - MASTOPATIA QUÍSTICA DIFUSA	27
N62X - HIPERTROFIA DE LA MAMA	14
C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	25
Q831 - MAMA SUPERNUMERARIA	6
N648 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA MAMA	12
N645 - OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS RELATIVOS A LA MAMA	7
S200 - CONTUSIÓN DE LA MAMA	4
S201 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LA MAMA	4
N604 - ECTASIA DE CONDUCTO MAMARIO	4
D486 - TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA	4
N609 - DISPLASIA MAMARIA BENIGNA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	8
R92X - HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LA MAMA	5

O921 - FISURAS DEL PEZÓN ASOCIADAS CON EL PARTO	2
C508 - LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DE LA MAMA	2
D059 - CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	5
N640 - FISURA Y FÍSTULA DEL PEZÓN	1
O911 - ABSCESO DE LA MAMA ASOCIADO CON EL PARTO	1
D057 - OTROS CARCINOMAS IN SITU DE LA MAMA	8
S210 - HERIDA DE LA MAMA	1
C500 - TUMOR MALIGNO DEL PEZÓN Y AREOLA MAMARIA	1
Q833 - PEZÓN SUPERNUMERARIO	1
C505 - TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO DE LA MAMA	2
C501 - TUMOR MALIGNO DE LA PORCIÓN CENTRAL DE LA MAMA	2

Fuente: Bases de Datos RDACAA Y PRAS, 2023.

Tabla 5. Morbilidades con Patologías Mamarias semestre enero – junio año 2024.

PATOLOGÍAS MAMARIAS	TOTAL DE ATENCIONES
N644 – MASTODINIA	73
N61X - TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	59
N63X - MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	55
D24X - TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	50
N649 - TRASTORNO DE LA MAMA, NO ESPECIFICADO	21
N602 - FIBROADENOSIS DE MAMA	23
N645 - OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS RELATIVOS A LA MAMA	11
N600 - QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA	16
N62X - HIPERTROFIA DE LA MAMA	8
N601 - MASTOPATIA QUÍSTICA DIFUSA	9
C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	10

D486 - TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA	6
N648 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA MAMA	3
C501 - TUMOR MALIGNO DE LA PORCIÓN CENTRAL DE LA MAMA	3
S201 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LA MAMA	2
C508 - LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DE LA MAMA	2
S200 - CONTUSIÓN DE LA MAMA	4
Q831 - MAMA SUPERNUMERARIA	1
Q832 - AUSENCIA DEL PEZÓN	1
D059 - CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	1
N608 - OTRAS DISPLASIAS MAMARIAS BENIGNAS	1
N609 - DISPLASIA MAMARIA BENIGNA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	2
C505 - TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO DE LA MAMA	6
C500 - TUMOR MALIGNO DEL PEZÓN Y AREOLA MAMARIA	2
D057 - OTROS CARCINOMAS IN SITU DE LA MAMA	2
C504 - TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA	2

Fuente: Bases de Datos RDACAA Y PRAS. Enero – Junio año, 2024.

Tabla 6. Principales causas de morbilidad con patologías mamarias año 2023.

NÚMERO DE ORDEN	CÓDIGO Y PATOLOGÍA	Nº	%	T. INCIDENCIA
1	N644 - MASTODINIA	123	23.03	0.2
2	N61X - TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	89	16.67	0.2
3	D24X - TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	68	12.73	0.1
4	N63X - MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	59	11.05	0.1

5	N649 - TRASTORNO DE LA MAMA, NO ESPECIFICADO	31	5.81	0.1
6	N602 - FIBROADENOSIS DE MAMA	24	4.49	0.0
7	O912 - MASTITIS NO PURULENTO ASOCIADA CON EL PARTO	18	3.37	0.0
8	N600 - QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA	17	3.18	0.0
9	O926 - GALACTORREA	17	3.18	0.0
10	N601 - MASTOPATÍA QUÍSTICA DIFUSA	16	3.00	0.0
11	Las demás causas	62	13.48	0.1
TOTAL		534	100.00	1.0

Fuente: Bases de Datos RDACAA Y PRAS, 2023.

Tabla 7. Principales causas de morbilidad con patologías mamarias enero – junio 2024.

NÚMERO DE ORDEN	CÓDIGO Y PATOLOGÍA	Nº	%	T. INCIDENCIA
1	N644 - MASTODINIA	65	22.57	0.2
2	N61X - TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	51	17.71	0.2
3	N63X - MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	50	17.36	0.2
4	D24X - TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	33	11.46	0.1
5	N649 - TRASTORNO DE LA MAMA, NO ESPECIFICADO	18	6.25	0.1
6	N602 - FIBROADENOSIS DE MAMA	16	5.56	0.1
7	N645 - OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS RELATIVOS A LA MAMA	11	3.82	0.0
8	N600 - QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA	9	3.13	0.0
9	N62X - HIPERTROFIA DE LA MAMA	7	2.43	0.0
10	N601 - MASTOPATÍA QUÍSTICA DIFUSA	5	1.74	0.0
11	Las demás causas	23	7.99	0.1
TOTAL		288	100	1.0

Fuente: Bases de Datos RDACAA Y PRAS. Enero – Junio, 2024.

1.4. CONDUCTA DEL MÉDICO FRENTE A LA PATOLOGÍA MAMARIA

Como se mencionó con anterioridad, la APS es de suma importancia para promover la salud, prevenir enfermedades y detener su evolución, además, es indispensable contar con los recursos necesarios y el conocimiento adecuado para diferenciar entre una patología de carácter benigno y maligno y a su vez, emplear el tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente. En el contexto de las enfermedades mamarias, el diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales: examen clínico mamario (ECM), técnicas de imagen y estudios histopatológicos (36).

El examen clínico mamario es considerado la piedra angular para el diagnóstico, pues tiene una sensibilidad del 54% y una especificidad del 94% frente a lesiones mamarias. Sin embargo, a pesar de la gran utilidad que ofrece este examen, es necesario realizar estudios complementarios para confirmar o descartar una sospecha diagnóstica. En este caso, el empleo de los métodos de imagen son herramientas esenciales para identificar el tipo de patología mamaria (36).

1.5. MÉTODOS DE IMAGEN

Para un correcto enfoque diagnóstico es esencial conocer las indicaciones que cada método ofrece basándose en la edad, la clínica, el tipo de mama, antecedentes y los datos encontrados por medio del examen físico; para así, emplear la técnica de imagen adecuada en relación con los hallazgos que presente cada paciente. Con base en lo mencionado, como primera indicación, el Colegio Americano de Radiología (ACR) recomienda que toda la población femenina antes de los 25 años sea sometida a una evaluación de riesgos para identificar a aquellas con un riesgo superior al promedio, e iniciar la evaluación adecuada. Una vez identificado el riesgo, se procede a la elección del método más seguro y adecuado para cada individuo (36,37).

Por ejemplo, el ACR recomienda la realización de mamografía (Mx) anual a partir de los 40 años en mujeres con riesgo promedio. En cambio, en aquella población con un riesgo mayor al promedio aparte de realizarse mamografías digitales a tempranas edades, también es necesario complementar con otras pruebas como la resonancia magnética de mama. Por otra parte, pacientes que ya han sido diagnosticadas con cáncer de mama antes de los 50 años o con antecedentes personales de cáncer de mama y mamas densas, la indicación es una resonancia magnética de mama adicional cada año; en caso de no ser posible, se podría considerar una mamografía con contraste o una ecografía. En cuanto a

las pacientes con predisposición genética, lo recomendable sería la vigilancia con resonancia magnética a partir de los 25 a 30 años y una mamografía anual (36,37).

1.5.1. Mamografía

La mamografía actualmente es considerada el estudio más eficaz para el diagnóstico de diferentes patologías mamarias, en especial para detectar microcalcificaciones del carcinoma in situ, pues, tiene una sensibilidad del 74 – 95% y una especificidad del 80 – 90%. Además, este estudio ha demostrado reducir en un 25 – 30% de las tasas de mortalidad relacionadas con el cáncer de mama (CM). También, esta técnica es de gran utilidad en mujeres tanto asintomáticas que participan en programas de cribados (50 a 69 años) como en las sintomáticas (mayor de 35 años sin antecedentes familiares de cáncer de mama, o mayor de 30 con antecedentes) (38).

De acuerdo American Cancer Society (ASC) la mamografía está recomendada de forma anual a partir de los 40 años en toda la población femenina; no obstante, el screening anual desde los 30 años es de suma importancia en pacientes con antecedentes familiares que tenga un diagnóstico confirmado de cáncer de mama (39). Sin embargo, la Mx pierde su sensibilidad frente a mamas densas, dando resultados negativos, por lo cual, requiere de otros métodos de imagen para confirmar el diagnóstico (38).

En base a esto, las sociedades radiológicas europeas y americanas (EUSOMA), European Society of Breast Imaging [EUSOBI], Society of Breast Imaging [SBI], [ACR] y American Cancer Society [ACS] manifiestan consideraciones específicas para la realización de una mamografía (Mx) y dividen a la población afectada en: riesgo menor, intermedio y de alto riesgo. Por ejemplo; en mujeres entre los 50 – 70 años con un riesgo absoluto menor o igual al 15%, el cribado mamográfico se realiza cada 2 años (38).

En un riesgo intermedio (historia de carcinoma de mama, antecedente de biopsia previa con resultado histológico de hiperplasia ductal atípica (HDA), o enfermedad lobulillar (HLA) o con un riesgo por historia familiar de cáncer de mama) la Mx es de manera anual. En cambio, en pacientes con alto riesgo del 20 – 25% o mayor, el cribado anual se realiza conjuntamente con una resonancia magnética. Y en poblaciones con alto riesgo histológico, es recomendable una mamografía cada 2 años (desde que es diagnosticada hasta los 40 años de edad) y de forma anual a partir de los 40 años en adelante (38).

1.5.2. Ecografía

Como se mencionó con anterioridad, la mamografía (Mx) tiene ciertas limitaciones, siendo una de ellas, la baja sensibilidad para mamas densas. Por ello, surge la ecografía como un estudio complementario para disminuir los falsos negativos (40). Además, es el método de elección para la estadificación ganglionar regional del CM y es útil en mujeres sintomáticas menores o iguales a 30 años. Dentro de sus ventajas, la ecografía mamaria ayuda a diferenciar entre lesiones quísticas y sólidas que no son visibles en mamografía y también permite observar en LBP la forma de masas ovaladas e hipoeoicas con márgenes circunscritos o micro lobulados; además, ha demostrado ser segura en mujeres jóvenes y embarazadas al no emitir radiación. De esta forma, la ultrasonografía mamaria es empleada en lesiones palpables, anomalías mamográficas, después de una lesión indeterminada en la resonancia magnética (RM), mamas densas, dolorosas y con secreción, seguimiento de lesiones conocidas por ultrasonografía, ganglios linfáticos axilares sospechosos o indeterminados y en seguimiento oncológico después de mastectomía (41–43).

Sin embargo, pese a su amplia utilidad, cabe recalcar que la ecografía es un método de imagen dependiente del operador, por lo cual, requiere mayor tiempo de valoración en comparación con la mamografía (20 – 30 minutos vs 10 – 12 minutos, respectivamente). Por otra parte, esta técnica también demuestra baja sensibilidad a la presencia de microcalcificaciones de tamaño pequeño, por lo que no es considerada como una prueba útil para el cribado (41).

1.5.3. Resonancia magnética

Últimamente, la resonancia magnética (IRM) se ha ido empleando en los métodos para el diagnóstico de patología mamaria. Esta técnica representa una sensibilidad del 90% en tumores con carácter multifocal, multicentral y bilateral; también, su utilidad está enfocada en pacientes jóvenes con alto riesgo, con mamas densas o la presencia de prótesis mamarias. Además, la IRM logra detectar hasta en un 5% de las pacientes con cáncer contralateral y a su vez, permite valorar la respuesta al tratamiento y, es útil en los controles subsecuentes del CM en un BI –RADS 6 (42).

No obstante, como cada método tiene sus limitaciones, la resonancia magnética mamaria también presenta inconvenientes que podrían retrasar el diagnóstico oportuno. La baja especificidad (60%) para tumores in situ y lobulillares, es una de ellas; a ello, también se

le suma el alto costo y la limitada disponibilidad en los centros médicos, la tasa elevada de falsos negativos en carcinomas no invasivos y el tiempo prolongado que requiere. Por ello, la IRM no es considerada como una prueba de detección única, sino que, más bien, se debe combinar con una Mx anual para obtener resultados más precisos de la enfermedad (44).

1.6. BI – RADS

El categorizar las lesiones mamarias es fundamental para homogenizar el informe radiológico y, a su vez, permitir a los médicos hablar en un mismo lenguaje. Para ello, el Colegio Americano de Radiología creó el sistema BI – RADS con el fin de establecer las lesiones según el grado de sospecha (0 – 6) encontradas ya sea por medio de la mamografía, ecografía o resonancia magnética o en aquellas pacientes asintomáticas sin hallazgos específicos con el objetivo de sugerir una conducta adecuada frente a cada situación (39,42).

Si se habla de un BI – RADS 0, esta categoría requiere de estudios adicionales por su baja especificidad para determinar la gravedad de la enfermedad. Dentro de esto, se pueden incluir proyecciones adicionales, la realización de una ecografía o la necesidad de comparar mamografías anteriores. En cambio, en BI – RADS 1 y 2, la conducta recomendada es un seguimiento con mamografía a los 12 meses en mujeres mayores a 40 años. Por otro lado, en las categorías BI – RADS 3 (lesiones probablemente benignas), se recomienda una mamografía unilateral a los 6 y 12 meses y, posteriormente, una anual cada 2 a 3 años; si se observan cambios notorios, se recomienda realizarse un estudio histológico. En caso de que la ecografía revela un nódulo sólido considerado probablemente benigno (BI - RADS 3), con una probabilidad de malignidad del 2%, se debe realizar un control ecográfico a los seis meses para verificar la estabilidad de la lesión, y luego controles anuales (42).

Y finalmente, en lesiones malignas como son el caso del BI - RADS 4 y 5 donde se incluyen nódulos espiculados, microcalcificaciones y asimetrías focales; la conducta inicial es una evaluación histológica y la punción citológica con aguja fina está recomendada en presencia de adenopatías axilares palpables. En mujeres menores de 30 años con una lesión palpable, se recomienda comenzar el estudio con una ecografía, pero en casos donde se identifiquen hallazgos ecográficos clasificados como BI - RADS 4 o 5, presencia de malignidad confirmada por biopsia o cuando la ecografía sea negativa,

pero existan manifestaciones clínicas sospechosas; la recomendación es realizar una ecografía complementada con una mamografía (42).

Tabla 8. Categoría de evaluación BI-RADS y recomendaciones.

BI-RADS	DEFINICIÓN	ACTITUD	SEGUIMIENTO
0	Necesita imágenes adicionales para evaluación y/o mamografías anteriores para comparar	Realización de pruebas complementarias si procede o comparación con previas	Según resultado de pruebas complementarias
1	Sin hallazgos	Mamografías de control según protocolo	Según protocolo
2	Hallazgos benignos	Mamografías de control según protocolo	Según protocolo
3	Hallazgos probablemente benignos (<2% de malignidad)	Comparar con mamografías previas o realizar ecografía. Nunca cribado	A los 6 meses. Si permanece estable anual durante 2-3 años
4	Hallazgos de sospecha de la enfermedad (4-95% de malignidad)	Recomendar biopsia	Según biopsia
4 ^A	Poca sospecha	Recomendar biopsia	Si el resultado de la biopsia se muestra benigno: se realiza control en 6 meses o control de rutina
4 ^B	Sospecha moderada	Recomendar biopsia	Si el resultado de la biopsia es benigno: depende de la concordancia con la sospecha clínica
4 ^C	Alta sospecha	Recomendar biopsia	Si el resultado de la biopsia es benigno: repetir

			biopsia o biopsia excisional
5	Hallazgos de sospecha de malignidad (95% de malignidad)	Hacer biopsia percutánea antes de tratamiento quirúrgico	Según biopsia
6	Biopsia conocida de malignidad comprobada	Completar estudio	Según diagnóstico y extensión tumoral

Fuente: American Cancer Society, 2021.

OBJETIVOS

Objetivo General

Medir el nivel de conocimiento y las actitudes de los médicos de Atención Primaria en el Distrito 03D01 para el diagnóstico de patologías mamarias con base en métodos de imagen.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociales y laborales de los médicos participantes, según: sexo, edad, zona donde labora (urbana, rural), categoría (familiar, general, rural), capacitación en patología mamaria, atención a pacientes con patología mamaria.
- Establecer el grado de conocimiento que poseen los médicos del primer nivel de atención en el Distrito 03D01 sobre los signos, síntomas y métodos de imagen utilizados en el diagnóstico de patologías mamarias.
- Evaluar las actitudes de los médicos del primer nivel de atención hacia la utilización de métodos de imagen en el diagnóstico precoz de patologías mamarias.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Diseño del estudio

Estudio de tipo descriptivo y analítico.

2.2. Lugar y período de la investigación

Se ha realizado en el Distrito 03D01 Cañar - Ecuador, en el período 2024-2025.

2.3. Participantes

Médicos del Primer Nivel de Atención del Distrito 03D01.

2.4. Criterios de elegibilidad

2.4.1. Criterios de inclusión

- Médicos familiares, médicos generales y médicos rurales que trabajan en el primer nivel de atención del Distrito 03D01.
- Profesionales médicos con al menos 6 meses de experiencia en la atención de pacientes con posibles patologías mamarias.
- Disposición a participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Médicos que se encuentren en período de licencia, pasantía o fuera de actividad clínica en el momento del estudio.

2.5. Variables

En el presente estudio se identifican dos tipos de variables; independientes y dependientes. Las primeras son aquellas cualidades de los médicos encuestados y los factores contextuales que pueden causar una influencia en los conocimientos y actitudes en cuanto al diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen. Entre estas pueden encontrarse la edad y el sexo del profesional, además de la zona en la que trabaja, pudiendo esta ser urbana o rural. Del mismo modo, se consideran dentro de este grupo la categoría profesional a la que pertenece (médico general, rural o con especialidad en Medicina Familiar) y la frecuencia con la que recibe capacitaciones sobre patologías mamarias. Otros aspectos que pueden ser relevantes en el interés que posee el profesional

sobre estas capacitaciones, además de su participación en el proceso de derivación a pacientes para estudios de imagen o la experiencia en atención a quienes presenten síntomas o una sospecha clínica de alteración a nivel mamario.

Por otro lado, las variables dependientes incluyen el conocimiento y las actitudes de los médicos en relación con la patología mamaria y su método de diagnóstico. Se analiza el nivel de conocimiento sobre la importancia de complementar la mamografía con una ecografía, así como el método de imagen más adecuado según la edad de la paciente, considerando la edad de 40 años como punto de corte junto con otros factores clínicos. Además, se analiza la familiaridad de los profesionales con la escala BI-RADS y el impacto de sus categorías en la toma de decisiones médicas. Finalmente, se encuentra la evaluación de las actitudes de los médicos sobre la importancia que posee el screening y el diagnóstico precoz, junto con la percepción sobre la probabilidad de un resultado.

2.6. Instrumento de evaluación

El instrumento de recolección de datos diseñado para el presente proyecto consta de 25 preguntas elaboradas por las investigadoras principales en colaboración con la docente tutora. Este instrumento se divide en dos secciones: la primera incluye 11 preguntas sociodemográficas que tienen como objetivo clasificar a los profesionales según su sexo, edad, área de trabajo, categoría profesional, capacitación en patología mamaria y atención a pacientes con dicha condición. La segunda sección, compuesta por 14 preguntas restantes, se centra en "Conocimientos y Actitudes". Aquí se abordan aspectos relacionados con la patología mamaria y los diversos métodos de imagen disponibles para su diagnóstico. Las preguntas en esta sección están diseñadas para evaluar el nivel de comprensión que poseen los profesionales médicos sobre el tema de estudio, así como las acciones que llevan a cabo al enfrentar un caso de patología mamaria. La validación del cuestionario se llevó a cabo mediante un proceso sistemático y riguroso. En primer lugar, se definieron claramente los objetivos del cuestionario, identificando los aspectos específicos relacionados con la patología mamaria y los métodos de imagen que debía medir.

A partir de esta base, se elaboraron ítems iniciales inspirados en la bibliografía existente y en el conocimiento del equipo investigador. Posteriormente, se realizó una revisión interna de estos ítems para asegurar su claridad, pertinencia y alineación con los objetivos del cuestionario. Para garantizar la validez de contenido, se convocó a un panel de expertos conformado por tres médicos ginecólogos y un médico especialista en medicina

familiar, quienes evaluaron los ítems por su experiencia y conocimiento en el área. Tras la revisión de los expertos, se llevó a cabo una prueba piloto en una muestra equivalente al 10% de la población total planificada, administrando el cuestionario en formato digital para asegurar su accesibilidad.

2.7. Análisis de datos

Los datos recopilados fueron organizados en una base de datos en Excel y posteriormente se realizó un análisis de confiabilidad utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,701, lo que indica una confiabilidad aceptable. Los expertos confirmaron que los ítems revisados abarcaban adecuadamente los constructos propuestos, y los ajustes realizados mejoraron significativamente la claridad y relevancia del cuestionario. Finalmente, dado que este estudio se centra en el análisis de los conocimientos, las preguntas no incluirán un sistema de puntuación en el formulario. En su lugar, se recopilará la información que los profesionales proporcionen, la cual será comparada y analizada posteriormente.

2.8. Aspectos de garantía ética

Con base en los artículos 13, 66, 82 y 102 de la Constitución de la República del Ecuador, para precautelar la seguridad y privacidad de cada uno de los individuos a investigar, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- *Transparencia:* Se explicará a cada uno de los individuos a investigar, cada uno de los pasos que se llevarán a cabo con sus datos previos a la obtención de los mismos, con total transparencia y verdad, a fin de que cada acción sea conocida por el personal médico que se investigará.
- *Consentimiento:* La recolección y uso de datos personales deben realizarse con el consentimiento informado de los individuos, para el efecto, y una vez que se haya explicado de forma verbal cada acción (transparencia), antes de iniciar con preguntas relacionadas con el tema en el instrumento de recolección, se planteará la opción de estar (o no) de acuerdo con la elaboración de la encuesta.
- *Confidencialidad:* El instrumento será enviado de forma electrónica, al que cada individuo podrá acceder de forma personal.

- *Anonimización de datos:* Cada respuesta será de total anonimato porque no se recibirán los correos de los participantes ni se cuentan con preguntas que requieran de algún dato de índole personal como su número de cédula, nombre, teléfono, etc.
- *Eliminación posterior de información:* Una vez que se finalice el proyecto de investigación, los datos que se recolectaron serán eliminados de las bases de datos utilizadas, con una notificación al finalizar el proceso a cada una de las autoridades pertinentes, garantizando la no filtración de esta información posteriormente.
- *Riesgos del estudio:* El presente estudio no representa ningún riesgo para los participantes, ya que se asegura la gestión de información de manera confidencial mediante protocolos de seguridad adecuados para proteger la privacidad.
- *Beneficios del estudio:* La participación en esta investigación no solo contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas médicas actuales, sino que también permitirá que futuras generaciones se beneficien de los avances logrados a partir de los resultados obtenidos. La colaboración de los participantes es de gran valor para el desarrollo de estrategias más efectivas en diagnóstico y tratamiento, impactando positivamente en la salud pública.
- *Balance riesgo – beneficio:* Dado que el estudio no presenta riesgos para los participantes y, en su lugar, ofrece significativos beneficios en términos de mejora del conocimiento médico y desarrollo de prácticas más efectivas, el balance entre riesgo y beneficio se inclina claramente hacia el beneficio. La participación en esta investigación es, por tanto, valiosa y ética, promoviendo la salud pública sin comprometer la seguridad de los involucrados.
- *Selección equitativa de muestra y protección de población vulnerable:* En el presente estudio, se garantiza la selección equitativa de la muestra y la protección de poblaciones vulnerables al seguir un enfoque inclusivo y representativo en la recluta de participantes. Se han establecido criterios de inclusión que permiten la participación de diversos grupos

demográficos, asegurando que se refleje la diversidad de la población del Distrito 03D01.

Adicionalmente, se han implementado medidas específicas para proteger a los grupos vulnerables, asegurando que su participación no represente ningún riesgo para su bienestar. Se informará a los participantes sobre el objetivo del estudio y los beneficios potenciales, y se obtendrá su consentimiento informado antes de su inclusión.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Los participantes de la presente investigación corresponden a todos los médicos del primer nivel de atención que se encuentran en el Distrito 03D01 siendo estos un total de 122 médicos. Si bien el estudio se diseñó con la intención de incluir a toda esta población, la tasa de respuesta únicamente alcanzó el 59,02% de la muestra, es decir un total de 72 respuestas de las cuales 2 indicaron que no se encontraban conformes con participar; con esta exclusión, se encuentra un total de 70 médicos representando estos un 57,38% de la población objetivo (tanto generales como rurales o especialistas en Medicina Familiar) que indican sí querer participar en el estudio. Se plasman en las siguientes tablas:

Tabla N° 1. Descripción sociodemográfica de la población en estudio.

VARIABLES	FRECUENCIA n= 70	PORCENTAJE % = 100
Sexo		
Hombre	53	75,7
Mujer	17	24,3
Zona en la que labora		
Zona rural	40	57,1
Zona urbana	30	42,9
Categoría médica		
Médico (a) especialista en Medicina Familiar	23	32,9
Médico (a) general	24	34,3
Médico (a) rural	23	32,9

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: Romero Karoline, Alvarado Paula.

Análisis: La tabla 1 corresponde a las características sociodemográficas de la población de estudio. Con relación al sexo, se refleja que en los centros de salud estudiados se cuenta con una mayor cantidad de profesionales hombres con un total de 75,7% mientras que de profesionales mujeres alcanza el 24,3%. En cuanto a la zona en la que estos profesionales laboran, la zona rural cuenta con una elevación de frecuencia con 40, 10 más que la zona urbana, con un porcentaje de 57,1% para la primera y 42,9% para la segunda. Por último, la variable de categoría médica muestra una mayor frecuencia en atención por parte de los médicos generales en frecuencia de 24, seguidos de los médicos tanto rurales como especialistas con una frecuencia de 23. Estos últimos datos se representan porcentualmente con 34,3%, 32,9% y 32,9% respectivamente.

Tabla N° 2. Capacitación y atención a pacientes de la población de estudio.

VARIABLES	FRECUENCIA n= 70	PORCENTAJE % = 100
Frecuencia de capacitación en patología mamaria		
Alguna vez he recibido	41	58,6
Anualmente	19	27,1
Nunca he recibido	10	14,3
Interés en capacitación en patología mamaria		
Muy interesado	52	74,3
Neutral	17	24,3
Poco interesado	1	1,4
Participación en la derivación para estudios de imagen		
No	11	15,7
Sí	59	84,3
Atención a pacientes de patología mamaria (con sintomatología o sospecha clínica)		
Nunca	3	4,3

Ocasionalmente	31	44,3
Raramente	23	32,9
Siempre	13	18,6
Atención a pacientes de patología mamaria (screening)		
Nunca	5	7,1
Ocasionalmente	29	41,4
Raramente	23	32,9
Siempre	13	18,6

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: Romero Karoline, Alvarado Paula.

Análisis: La tabla 2 detalla las variables de frecuencia en capacitación mamaria e interés de la misma, así como la participación en la derivación para estudios de imagen y la atención a pacientes de patologías mamarias (esta última variable siendo categorizada en pacientes que acuden con sintomatología o sospecha clínica y pacientes que acuden por screening). De este modo, se refleja en la frecuencia de capacitación mamaria a través de las variables con oscilación temporal: “alguna vez he recibido”, “anualmente” y “nunca he recibido”; 41 médicos revelan que alguna vez en su formación han recibido capacitación en este ámbito, representando un 58,6%; 19 médicos indican haber recibido la misma de forma anual y, 10 exponen que nunca la habían recibido en su formación, con un alcance de 27,1% y 14,3%, respectivamente.

En lo que se refiere al interés que se muestra en la capacitación mamaria, un 74,3% se encuentra muy interesado; un 24,3% indica ser neutral y un 1,4% manifiesta estar poco interesado; pudiendo demostrar de este modo que los médicos de este nivel en el distrito de estudio, en su mayoría, cuentan con un elevado interés en ser capacitados para el adecuado manejo de patologías mamarias, sin embargo, solo el 27,1% lo reciben de forma anual como se detalla en la variable previa. En cuanto a la participación en derivación para estudios de imagen, se refleja una mayor participación en aquellos profesionales que sí la realizan con un porcentaje de 84,3% mientras que aquellos que no participaban en

esta derivación alcanzan el 15,7%; esto indicaría que la gran mayoría de profesionales participan en la derivación.

Finalmente, se menciona a la atención de pacientes con patología mamaria, siendo esta dividida en atención a quienes acuden con sintomatología o una sospecha clínica y pacientes que acuden por screening; ambas cuentan con la oscilación temporal representada en “nunca”, “ocasionalmente”, “raramente” y “siempre”. Siguiendo el orden de estas categorías se cita lo siguiente: en relación con atención a pacientes que presentan manifestaciones se cuenta con un total de 4,3%, 44,3%, 32,9% y 18,6% en concordancia con el orden de las categorías. Por último, en cuanto a la atención a pacientes que acuden por screening se tiene una distribución de 7,1%, 44,4%, 32,9% y 18,6%, respectivamente.

Tabla N° 3. Grado de conocimiento en sintomatología mamaria de la población de estudio.

VARIABLES	FRECUENCIA n= 70	PORCENTAJE % = 100
Conocimiento sobre la combinación de mamografía con ecografía		
De acuerdo	63	90,0
En desacuerdo	2	2,9
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	7,1
Importancia de la mamografía en detección precoz		
De acuerdo	64	91,4
En desacuerdo	2	2,9
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	5,7

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: Romero Karoline, Alvarado Paula.

Análisis: La tabla 3 expone el conocimiento que se posee sobre la combinación de la mamografía con la ecografía, siendo la evaluación a través de las categorías “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” usadas también en la

evaluación de la importancia de la mamografía para la detección precoz de patologías mamarias. En estas variables, se cuenta con un total de 90% que se encuentra de acuerdo, un 2,9% en desacuerdo y un 7,1% que se considera, podría decirse en un punto neutral, respondiendo encontrarse ni de acuerdo ni en desacuerdo. En cuanto a la importancia de la mamografía para la detección precoz, se cuenta con 91,4%, 2,9% y 5,7%, respectivamente.

Tabla N° 4. Grado de conocimiento en estudios imagenológicos para patología mamaria en la población de estudio.

VARIABLES	FRECUENCIA n= 70	PORCENTAJE % = 100
Método de primera línea en pacientes menores de 40 años		
Ecografía	49	70,0
Mamografía	21	30,0
Resonancia magnética	0	0,0
No necesita valoración con estudio de imagen	0	0,0
Método de primera línea en pacientes mayores de 40 años con nódulo palpable		
Ecografía	11	15,7
Mamografía	59	84,3
Resonancia magnética	0	0,0
No necesita valoración con estudio de imagen	0	0,0
Conocimiento de la edad recomendada para mamografía en paciente de alto riesgo		
20 – 25 años	12	17,1
26 – 30 años	9	12,9
31 – 35 años	21	30,0

40 años o más	28	40,0
Frecuencia recomendada en mamografía		
Mamografía anualmente	50	71,4
Mamografía cada 2 años	14	20,0
Mamografía cada 5 años o más	4	5,7
Mamografía cada 6 meses	2	2,9
Probabilidad de cáncer en un resultado mamográfico alterado		
Muy probable	28	40,0
Poco probable	13	18,6
Probable	29	41,4

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: Romero Karoline, Alvarado Paula.

Análisis: En la tabla 4 se expone, primero, el método imagenológico de elección en pacientes con patología mamaria usando como corte la edad de 40 años. Teniendo de este modo el grupo etario menor a 40 años y, pacientes mayores a 40 años. Para esto se encuentran como opciones la mamografía y ecografía (ambos los métodos diagnósticos más usados), además de la resonancia magnética y la afirmación de no requerir valoración por estudio de imagen; ambas teniendo un 0% de respuestas en ambas interrogantes. En pacientes menores de 40 años, es recomendable la ecografía debido a la densidad mamaria y a la necesidad de disminución de exposición a radiación como con la mamografía como tal, entonces se tiene un 70% de respuestas correctas y un 30% incorrectas. Mientras que, en su inverso, se posee un total 84,3% de respuestas correctas y 15,7% incorrectas.

Consecuentemente, se presentan tres variables relacionadas únicamente a la mamografía, siendo las siguientes: 1. Edad recomendada para mamografía en paciente de alto riesgo, 2. Frecuencia recomendada en mamografía y, 3. Probabilidad de cáncer en un resultado mamográfico alterado. En cuanto a la primera, únicamente un 17,1% responde de forma correcta (20 – 25 años), puesto que cuando una paciente presenta factores que la catalogan como alto riesgo, es importante hacer una mamografía que permita evaluar más a fondo

sus manifestaciones. Se continúa con un 12,9% que indica una edad de 26 – 30 años; un 30% que responde 31 – 35 años y, un 40% que manifiesta que la respuesta correcta es 40 años o más.

Ahora bien, se tiene la frecuencia recomendada en mamografía, aquí el 71,4% responde de forma correcta seleccionando el tiempo anual en realizar una mamografía, mientras que un 20%, un 5,7% y un 2,9% responden que debe ser cada 2 años, cada 5 años o más o cada 6 meses, respectivamente. Finalmente, con relación a la probabilidad de una neoplasia cuando hay un resultado de mamografía alterado, es poco probable que esto suceda y esta opción se marca con un 18,6% mientras que la elección de muy probable tiene hasta un 40% y, la opción de probable un 41,4%. Es decir, que la mayoría de médicos encuestados consideran que existe una probabilidad media y alta de que la mamografía alterada represente ya un cáncer.

Tabla N° 5. Conducta médica con base a la escala BI-RADS.

VARIABLES	FRECUENCIA n= 70	PORCENTAJE % = 100
Conducta en BI-RADS 0		
Biopsia	0	0,0
Control anual	39	55,7
Control cada 6 meses con mamografía o ecografía	2	2,9
Estado incompleto	29	41,4
Conducta en BI-RADS 1		
Biopsia	0	0,0
Control anual	49	70,0
Control cada 6 meses con mamografía o ecografía	15	21,4
Estado incompleto	6	8,6

Conducta en BI-RADS 2		
Biopsia	28	40,0
Control anual	2	2,9
Control cada 6 meses con mamografía o ecografía	39	55,7
Estado incompleto	1	1,4
Conducta en BI-RADS 3		
Biopsia	61	87,1
Control anual	2	2,9
Control cada 6 meses con mamografía o ecografía	6	8,6
Estado incompleto	1	1,4
Conducta en BI-RADS 4		
Biopsia	61	87,1
Control anual	2	2,9
Control cada 6 meses con mamografía o ecografía	6	8,6
Estado incompleto	1	1,4
Conducta en BI-RADS 5		
Biopsia	61	87,1
Control anual	1	1,4
Control cada 6 meses con mamografía o ecografía	3	4,3
Estado incompleto	55	7,1
Derivación a especialidad		

BI-RADS 0	0	0,0
BI-RADS 1	7	10,0
BI-RADS 2	10	14,3
BI-RADS 3	35	50,0
BI-RADS 4	13	18,6
BI-RADS 5	1	1,4
BI-RADS 6	4	5,7

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: Romero Karoline, Alvarado Paula.

Análisis: La tabla 5, siendo la agrupación de las últimas variables, comprende un análisis de las conductas de los médicos en relación con el BI-RADS que las pacientes presenten; para el efecto, se presentan las opciones de respuesta de biopsia, control anual, control cada 6 meses con mamografía o ecografía y estado incompleto. En cuanto al BI-RADS 0 la conducta esperada es la presencia de un estado incompleto, por lo cual será necesario de pruebas adicionales o un contraste con exámenes imagenológicos previos para una adecuada evaluación y la toma de decisiones clínicas oportunas. Únicamente, un 41,4% es el porcentaje que responde correctamente, mientras que un 55,7% y un 2,9% considera que debe realizarse un control anual. Siguiendo la misma línea de análisis, se conoce que tanto en BI-RADS 1 como en BI-RADS 2 se debe realizar un control anual entonces, en la primera es un 70% que responde de forma adecuada mientras que un 21,4% y 8,6% exponen que debe realizarse control cada 6 meses con mamografía o ecografía y que puede tratarse de un estado incompleto, respectivamente.

En cuanto al BI-RADS 2 la conducta más adecuada es indicar un control anual con el uso de mamografía, siendo esta seleccionada por apenas el 2,9% de los encuestados mientras que 55,7% manifestó que se debe realizar un control cada 6 meses con mamografía o ecografía, un 40% indicaría biopsia y un 1,4% considera se trata de un estado incompleto. El siguiente nivel es el BI-RADS 3 en donde la conducta debe ser el control con métodos de imagen en períodos de 6 meses, misma que fue marcada por un 8,6% de los encuestados. A su vez, un 2,9% considera un control anual, el 1,4% lo toma como un

estado incompleto y el 87,1%, es decir, la mayoría, responde con la opción de la realización de una biopsia.

El análisis de BI-RADS 4 y 5 evidencia que la mayoría de los profesionales toman como opción correcta la biopsia con un 87,1% en ambos casos; esto muestra un alto nivel de adherencia a las recomendaciones internacionales, no obstante, existe un pequeño porcentaje que elige control semestral con mamografía o ecografía (8,6% en BI-RADS 4 y 4,3% en BI-RADS 5), lo que podría reflejar un nivel de desconocimiento en estos casos.

En cuanto al análisis de la derivación a especialidad, el 50% de los encuestados considera adecuada la derivación con BI-RADS 3. Además, el 14,3% de profesionales considera oportuna la derivación a pacientes con un BI-RADS 2, a pesar de que estos se catalogan como hallazgos benignos que requieren únicamente un control en períodos anuales.

Tabla N° 6. Distribución de la variable edad en la población estudiada.

VARIABLES	MÍN	MÁX	MEDIA	IC 95%	MEDIANA	DESV. EST.
Edad (años cumplidos)	24	64	37,70	95%	38,00	10,405

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: Romero Karoline, Alvarado Paula.

Análisis: La edad promedio de la población estudiada fue de $37,70 \pm 10,41$ años (IC95%: 95%). En el registro se evidencia como la menor edad los 24 años, mientras que la máxima registrada corresponde a los 64 años, lo que resulta en una mediana de 38 años. Estos datos exponen una distribución de la edad que en realidad es relativamente equilibrada en relación a la media. La desviación estándar es de 10,41 por lo que se sugiere una variabilidad moderada en cuanto a la edad de los participantes.

DISCUSIÓN

Las patologías mamarias son de alta frecuencia en la República del Ecuador, especialmente el cáncer de mama (CM); una de las más comunes no solo a nivel del país, sino a nivel global. En Ecuador, el riesgo de desarrollar esta enfermedad es de 38,2 casos por cada 100.000 mujeres, mientras que su riesgo de muerte corresponde a 10,9 casos en cada 100.000 mujeres. En el año 2018 se conoció un registro de 18,1 millones de casos nuevos a nivel global de esta enfermedad, por lo que se catalogó como la patología más frecuente en el sexo femenino. Es aquí donde radica la importancia de su conocimiento y por supuesto, el uso de los métodos de imagen para su diagnóstico, no exclusivamente del CM sino de todas las patologías mamarias para un adecuado manejo (45).

El presente estudio corresponde una investigación de los conocimientos que poseen los médicos del primer nivel de atención en este grupo de enfermedades y el manejo o actitud que presentan en cada caso, para el efecto se realizó una encuesta a este grupo de profesionales, sin embargo, es imperativo señalar que, a pesar de las reiteradas solicitudes que se realizaron a fin de que todos los médicos respondieran la encuesta aplicada, una proporción considerable optó por no participar. De los 122 médicos del Distrito 03D01, la tasa de respuesta únicamente alcanzó el 59,02% de la muestra, es decir, un total de 72 respuestas de las cuales 2 indicaron que no se encontraban conformes con participar; con esta exclusión, se cuenta con un total de 70 médicos representando el 57,38% de la población objetivo que indican sí querer participar en el estudio. Esta falta de participación puede ser motivo para creer que existe una limitada atención y poco interés en la contribución del estudio, lo que en cierta medida podría ser el reflejo de una baja prioridad en relación con el avance del conocimiento y optimización de las prácticas que se relacionan con el diagnóstico y el manejo de la patología mamaria en el primer nivel de atención.

En términos sociodemográficos se observó que la mayoría de los profesionales son hombres (75,7%) con una distribución predominante en las zonas rurales (57,1%). Esto puede ser un factor influyente en el acceso y la calidad de la atención médica en estas áreas, donde los médicos generales (34,3%) y rurales (32,9%) son los principales proveedores de atención médica. Cuando se habla de la capacitación en patología mamaria, se logró evidenciar que a pesar de que el 58,6% de los médicos en algún momento de su carrera profesional han recibido capacitación en patologías mamarias, solo el 27,1% lo realiza de forma anual, lo que podría ser un impedimento en términos de

actualidad de los conocimientos médicos, además de que hasta el 74,3% de los médicos expone sus intereses de mejorar su conocimiento en este ámbito. Esto puede traducirse como una brecha en el interés en cuanto a la formación y la frecuencia con la que se reciben capacitaciones, es así como se sugiere una importante necesidad del fortalecimiento de los programas de educación continua para un mejor abordaje y tratamiento de estas patologías.

Otro punto clave es la participación en la derivación a estudios de imagen, pues, el 84,3% de los médicos se encuentran realizando esta práctica, demostrando un elevado nivel de contacto con las pacientes y de compromiso, no obstante, cuando se hace una revisión de la frecuencia con la que se atienden pacientes con sintomatología mamaria o que acuden para un screening, se observa que la gran mayoría lo realiza de forma ocasional (44,3%). Esto puede vincularse con una menor demanda de atención o bien, con la falta de capacitación suficiente para un abordaje sistemático de ambos casos.

En cuanto a los conocimientos sobre los métodos de imagen, los resultados son bastante alentadores, pues el 90% de los encuestados considera que la combinación de mamografía con ecografía es imperativa en estos procesos, no obstante, en la elección del método de imagen según los grupos etarios solo el 70% seleccionó de forma correcta la ecografía en pacientes menores de 40 años y el 84,3% identificó a la mamografía como el estudio adecuado en mayores de esta edad. Existe entonces un porcentaje significativo de respuestas incorrectas, lo que pone en evidencia la necesidad de reforzar la educación en este criterio clínico.

Además, se mostró un preocupante desconocimiento en la edad que se recomienda iniciar mamografías en pacientes de alto riesgo, con un 17,1% de respuestas correctas, de igual forma hay errores en la interpretación de mamografías alteradas, lo que podría afectar la detección y tratamiento oportuno. El manejo de los hallazgos según BI-RADS presenta inconsistencias significativas; se identificó una tendencia a la sobreactuación en casos que probablemente sean de tipo benigno, llevando a biopsias innecesarias mientras que, en categorías de más elevado riesgo, como con BI-RADS 4 y 5 aunque la mayoría opta por biopsia, aún existen errores en la conducta a seguir. También se evidenció una falta de criterio cuando se trata de la derivación a centros más especializados, pues existen referencias en BI-RADS 2 y 3, por ejemplo.

Partiendo de los resultados que se han obtenido en el presente estudio, se logra evidenciar que, aunque no puede afirmarse que existe un desconocimiento absoluto en las bases

fundamentales de la patología mamaria, sí se observa una marcada variabilidad en las respuestas que los médicos han proporcionado en la encuesta. Esta disparidad resulta muy preocupante dado que puede ser traducida en inconsistencias en el proceso de diagnóstico y, en consecuencia, en la implementación de estrategias terapéuticas óptimas. La falta de homogeneidad en el criterio clínico podría ser un importante compromiso en la detección pronta de la enfermedad y causar un retraso en el inicio de un tratamiento oportuno, lo que incrementaría el riesgo de progresión a estadios más avanzados dentro de la clasificación BI-RADS, por ejemplo. En este sentido, los hallazgos resaltan la necesidad de reforzar la capacitación y actualización médica en esta área, con el fin de brindar un abordaje terapéutico más uniforme y preciso.

Si se realiza una revisión de la literatura, se evidencia que, dentro de las patologías mamarias, el cáncer de mama (CM) es la enfermedad más preocupante a nivel mundial, representando el 45% de todos los tumores malignos y siendo la principal causa de muerte en países en vías de desarrollo. Según investigaciones, la aparición del CM se debe a ciertos factores, dentro de ellos, el retraso en el diagnóstico por parte de los médicos o por la demora de las pacientes a acudir a consulta. En 1930, Pack y Gallo establecieron tiempos máximos para la detención de la patología, siendo así, una duración máxima de 90 días donde la paciente tiene para acudir a la atención médica en presencia de sintomatología y a partir de eso, el médico cuenta con tiempo aproximado de 30 días para realizar el respectivo diagnóstico o derivar a un centro especializado (46).

Sin embargo, no siempre se cumplen a cabalidad estos tiempos determinados por ambas partes, dando como resultado repercusiones negativas en la salud. En una revisión sistemática, Richards evidencia que los retrasos en las consultas y el diagnóstico tiene un impacto significativo en la mortalidad y supervivencia de cada paciente. Se encontró que aquellas mujeres que tardan más de tres meses en acudir al médico tras notar una anomalía en sus mamas presentan tasas de supervivencia más bajas y un aumento del 24% en el riesgo de mortalidad. Además, el retraso en el diagnóstico está relacionado con una mayor probabilidad de recaídas, las pacientes diagnosticadas en etapas avanzadas tienen un riesgo de recaída del 57,1%, mientras que en aquellas en etapas tempranas es solo del 11,7% (47–49).

Por otra parte, otro factor que influye en esta problemática son los ingresos de cada país, La pobreza, es la barrera más importante que contribuye en los retrasos, sumándose a esto, un nivel educativo menor, falta de acceso del sistema de salud y la residencia rural.

En los países de bajos ingresos, las mujeres tardan entre 1,4 y 12,9 veces más en acudir a un puesto de salud en comparación con países ricos y en cuanto al proceso diagnóstico, este puede diferir entre 3,8 y 27,9 más que en países de altos ingresos. De esta forma, en países desarrollados, el 70% de las pacientes son diagnosticadas en estadios I y II, mientras que los estados de vía de desarrollo, solo entre 20 % y 50 % de los casos se detectan en estas etapas tempranas, lo que aumenta el riesgo de diagnósticos tardíos y peores pronósticos (49).

Si bien es cierto, en América Latina el problema radica en la falta de integración efectiva de los sistemas de salud y las barreras geográficas; sin embargo, en Ecuador el verdadero obstáculo es el déficit del personal médico en la red pública mismo que deja aproximadamente a un 30% de la población sin atención médica, siendo los más afectados las zonas rurales y los pueblos indígenas; por ende, los problemas de salud, en especial el cáncer de mama se convierte en uno de los problemas más graves de la población femenina incrementando las tasas de morbilidad debido al retardo del diagnóstico oportuno. Del mismo modo, al tratarse de un país en desarrollo, las tasas de defunción han aumentado significativamente en las zonas rurales en comparación con las urbanas, con un 72% y 41%, respectivamente (6). Este dato respalda la evidencia presentada por Richards.

La autora Villa, MJ. expone en su investigación, además, la importancia de aspectos como la promoción y el control de riesgo de cada una de las pacientes incluyendo el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de este grupo de pacientes, esto siendo una tarea en realidad compleja con un nivel de desconocimientos por parte de los profesionales al mando de su manejo (50). Dentro de la prontitud en el diagnóstico que cita Villa, encajan los aspectos esenciales del diagnóstico para estas enfermedades, pues son los métodos de imagen los que establecen el criterio ideal para establecer que se trata de alguna patología de tipo mamaria.

Uno de los principales desafíos de este estudio fue la baja tasa de respuesta en relación con el total de médicos pertenecientes al Distrito 03D01. A pesar de haber incluido a profesionales de las tres categorías (médicos generales, rurales y especialistas en medicina familiar), los resultados obtenidos no fueron los esperados, lo que podría comprometer la representatividad del estudio debido a un posible sesgo de selección.

Esta falta de interés en participar en investigaciones médicas podría estar vinculada a la sobrecarga laboral. En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) evidenciaron que trabajar más de 55 horas semanales aumenta el riesgo de padecer enfermedades como accidentes cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas en un 35% y 17%, respectivamente. Además del riesgo para la salud del personal médico, la sobrecarga laboral puede afectar la calidad del desempeño profesional, generando agotamiento y, en consecuencia, impactando negativamente en la calidad de atención a los pacientes y en su seguridad (51).

Otra de las limitaciones es la falta de un análisis longitudinal o un grupo de comparación que permita evaluar si el conocimiento y las actitudes de los médicos han ido mejorando con el paso del tiempo. Por ello, es fundamental la implementación de encuestas periódicas y estudios continuos enfocados en este tema, lo que no solo permitiría evaluar el impacto de intervenciones educativas, sino también identificar áreas de mejora en la formación médica. Además de desarrollar programas de actualización profesional con el fin de optimizar la calidad de atención de las pacientes.

CONCLUSIONES

El estudio evidenció una notable brecha en el conocimiento y el manejo clínico de las patologías mamarias en los médicos de Atención Primaria del Distrito 03D01. A pesar de que la mayoría demostró interés en recibir capacitación, los niveles de conocimiento sobre la clínica como tal fueron bastante variables, reflejando una necesidad urgente de fortalecer la formación en esta área. Se identificaron también discrepancias en la adherencia de los médicos al hacer uso de la escala de BI-RADS y la toma de decisiones clínicas. Esto puede ser una afección en la detección temprana y manejo oportuno de estas patologías. Además, se identificó una baja frecuencia en la capacitación de patologías mamarias. Estos hallazgos resaltan la necesidad de aplicar estrategias educativas que tengan un mayor alcance y actualidad que logren garantizar un enfoque más adecuado en el diagnóstico y manejo de pacientes con patología mamaria.

En cuanto a las características de los médicos participantes, se halló una predominancia de profesionales del sexo masculino con una distribución mayor en zona rural; la categoría profesional y la experiencia laboral fueron influyentes en el nivel de conocimiento y frecuencia de atención a este grupo de pacientes.

Respecto al grado de conocimiento se evidencia que, a pesar de no existir un mal reconocimiento en la importancia de los métodos de imagen y su uso para el diagnóstico de patologías mamarias, son continuas las deficiencias en la aplicación de los correctos criterios usando variables de edad y riesgo individual del paciente. Existe un desconocimiento de la periodicidad de la mamografía y la edad de inicio en pacientes de alto riesgo, lo que se puede traducir en una necesidad de refuerzo de conocimiento en las guías clínicas actualizadas para que el Primer Nivel de Atención pueda mejorar la temprana detección.

Finalmente, en concordancia con las actitudes de los médicos al usar los diferentes métodos de imagen, si bien la mayoría mostró predisposición a su aplicación, se evidenció variabilidad en la aplicación de los protocolos estandarizados. La falta de uniformidad en la toma de decisiones clínicas resalta la importancia de capacitaciones que perpetúen un manejo que sea más oportuno y adecuado en las pacientes, evitando tanto el mal uso de los métodos de imagen como su abuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres ILR, Herrera RDJG. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 25];40(7):711–9. Available from: <https://zenodo.org/records/5752275>
2. Bravo Pesantez C, Santacruz Vélez M. Conflictos éticos del modelo de atención en salud en el Ecuador durante la pandemia. Analysis: claves de pensamiento contemporáneo, ISSN-e 2386-3994, Vol 35, N° 35, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 25];35(35):3. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9641123&info=resumen&idioma=EN>
3. Romo DÁ, Ocaña JA, Pérez AMM, Sánchez SL. Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en Ecuador. Revista Conecta Libertad ISSN 2661-6904 [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2024 Jul 25];4(3). Available from: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/148-156/390>
4. León Santillán EA, Paucar Andrade AC, Vélez Vinueza V, Benites Delgado LD. Prevención y detección precoz del cáncer de mama en atención primaria. Más Vita [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Jul 25];4(2):178–95. Available from: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/366/1024>
5. Rosero Ordoñez AK, Pincay Francis AA, Solorzano Holguín LS, Castro Jalca AD. Cáncer de Mama: Prevalencia, Factores de Riesgo y Métodos Diagnósticos. Revista Higía de la Salud [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 28];7(2). Available from: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/729/1487>
6. Slanetz P, Lee C. UptoDate. 2024. Breast imaging for cancer screening: Mammography and ultrasonography.
7. Villavicencio-Romero ME, Moreno-Daza GA, Ordóñez-Andrade GE, Paredes Colcha LM. Diagnóstico por imágenes de cáncer de mamas. Comparación entre técnica ecográfica y mamografía. Dominio de las Ciencias. 2019 Aug 13;5(3):647.
8. Luis J, Vallejo G, Masats MM. Rol de la ecografía mamaria en la práctica ginecológica habitual. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ISSN 0304-5013, Vol 63, N° 4, 2020, págs 224-230

[Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 25];63(4):224–30. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7924287&info=resumen&idioma=EN>

9. González M, Dávila C, Juan I, Vieira S, Estrada K. Valor predictivo positivo de BI-RADS e indicaciones en resonancia magnética de mama, experiencia de un centro de alta complejidad. *Revista Federación Ecuatoriana de Radiología e Imagen* . 2020;13(2).
10. Pupo LG, Cruz ACP, Moro D del CR, Pérez YP. Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer de mama en el Policlínico Docente “7 de noviembre”, 2020. *EsTuSalud* [Internet]. 2021 Sep 8 [cited 2024 Jul 28];3(2):86. Available from: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/86>
11. Orellana Beltrán JA, Valladares Martínez OM. Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en El Salvador. *Alerta (San Salvador)* [Internet]. 2021 Jul 26 [cited 2024 Jul 28];4(3):134–126. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5rf3a>
12. Bonilla-Sepúlveda ÓA. Frecuencia de la mamografía, ecografía, examen clínico y autoexamen de mama en población general. *Med lab* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2024 Jul 28];25(2):501–11. Available from: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/433>
13. Santiago Sanabria L, González Sandoval DA, Meléndez Osuna A, Rendón Macías ME, Cisneros Vieyra SA, Santiago Sanabria L, et al. Hallazgos mastográficos benignos que simulan malignidad: un dilema diagnóstico. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2024 Jul 28];92(4):153–68. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Tomás M del MV, Marrodan PM, Gómez MJ, Batalla PN. Patología mamaria benigna en atención primaria. *FMC*. 2021 Oct 1;28(8):432–41.
15. Coughlin SS. Epidemiology of Breast Cancer in Women. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1152:9–29.

16. Líneas de investigación institucionales · Repositorio Institucional de Documentación Abierta (Universidad Católica de Cuenca) [Internet]. [cited 2025 Feb 28]. Available from: <https://documentacion.ucacue.edu.ec/items/show/2315>
17. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. 2013;
18. Líneas de Investigación – INSPI-INSPI [Internet]. [cited 2025 Feb 28]. Available from: <https://www.investigacionsalud.gob.ec/lineas-de-investigacion/>
19. conocimiento | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://dle.rae.es/conocimiento>
20. actitud | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://dle.rae.es/actitud>
21. Acuerdo 1203 MSP Tipología Centros | PDF [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://es.scribd.com/doc/292694789/Acuerdo-1203-Msp-Tipologia-Centros>
22. Zapata ALF. Conocimiento y práctica del autoexamen de mama en la detección precoz de cáncer en mujeres de Bogotá, Colombia. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2024 Jul 19 [cited 2025 Mar 3];14(1):1–16. Available from: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/4577>
23. Definición de enfermedad benigna de la mama - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad-benigna-de-la-mama>
24. Radiología de mama: principales técnicas de imagen y sus usos - Escuela IBQuaes [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://ibquaes.com/blog/radiologia-de-mama/>
25. Pincay Pin V, Vélez Macías M, Jaime Hernández, Vélez Franco M. Importance of primary health care in the community. *RECIAMUC*. 2020;4(3):367–74.
26. Montesinos Guevara C, Simancas Racines D. Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Práctica Familiar Rural*, ISSN-e 2477-9164, Vol 4, N° 3, 2019 (Ejemplar dedicado a: Los desafíos de la bioética en la interculturalidad) [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 23];4(3):14. Available from:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7527393&info=resumen&idioma=EN>
G

27. Bustamante MA, del Lapo MC, Tello MG. Modelamiento estructural de la calidad de servicio en atención primaria de salud del Guayas, Ecuador Structural modeling of primary health care service quality in Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 23];33(4):171–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642022000400171>
28. Chelmow D, Pearlman MD, Young A, Bozzuto L, Dayaratna S, Jeudy M, et al. Executive Summary of the Early-Onset Breast Cancer Evidence Review Conference. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 23];135(6):1457–78. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2020/06000/executive_summary_of_the_early_onset_breast_cancer.28.aspx
29. Lampert- Grassi MP. *Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador*. 2019 Nov.
30. Información General :: Gobierno Provincial del Cañar :: Provincia Provincial del Cañar [Internet]. [cited 2024 Jul 26]. Available from: https://www.gobiernodelcanar.gob.ec/public_html/paginas/informacion-general.63
31. ECUADOR CRECIÓ EN 2.5 MILLONES DE PERSONAS ENTRE 2010 Y 2022 – Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/>
32. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). *CENSO Ecuador*. Quito; 2023.
33. Gobierno Provincial del Cañar. *Cantón Azogues*. 2023.
34. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). *Coordinaciones Zonales*. 2023.
35. Ministerio de Salud Pública (MSP). *CENTROS DE SALUD - COORDINACIÓN ZONAL 6 - SALUD*. 2022.
36. Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Lee CS, Destounis S V. Breast Cancer Screening for Women at Higher-Than-Average Risk: Updated Recommendations From the ACR. *Journal of the American College of Radiology* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2024 Jul

- 26];20(9):902–14. Available from:
<http://www.jacr.org/article/S1546144023003344/fulltext>
37. Erratum: Practice Bulletin No. 164: Diagnosis and Management of Benign Breast Disorders:(Obstet Gynecol (2016)127 (e141–e156) DOI: 10.1097/AOG.0000000000001482). Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2024 Jul 26];137(2):382. Available from:
https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/02000/practice_bulletin_no_164__diagnosis_and.36.aspx
38. León Carrillo JM de, Frutos Arenas FJ. El cirujano ante la patología mamaria, técnicas diagnósticas, clasificación BI-RADS®. Cirugía Andaluza, ISSN-e 2695-3811, ISSN 1130-3212, Vol 32, Nº 2, 2021, págs 99-111 [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 26];32(2):99–111. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8962344&info=resumen&idioma=SPA>
39. Marcelo D, Estrada J, Raquel K, Guerra M. Descriptores bi-rads para la clasificación de las lesiones mamarias y su aplicación para las lesiones mamarias no palpables. Más Vita [Internet]. 2020 May 5 [cited 2024 Jul 28];2(2 Extraord):59–69. Available from:
<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/132/812>
40. Villavicencio-Romero I ME, Moreno-Daza II GA, Ordóñez-Andrade III GE, Paredes Colcha IV LM, Cirujano M, Laica Eloy Alfaro De Manabí U, et al. Diagnóstico por imágenes de cáncer de mamas. Comparación entre técnica ecográfica y mamografía. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2019 Aug 13 [cited 2024 Jul 26];5(3):647–78. Available from:
<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/957/html>
41. Andrés C, Gómez O. Imágenes diagnósticas en patología mamaria. Medicina & Laboratorio. 2020 Jul 2;19(11–12):549–66.
42. Delgado LO, Yudey M, Pino R, Valladares Valle M, María N, Yanes D. Contribución de los estudios por imágenes en el diagnóstico de cáncer de mama. Revista Finlay [Internet]. 2021 Nov 30 [cited 2024 Jul 26];11(4):423–35. Available from:
<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1063/2039>

43. Jha A, Chaudhary R, Lohani B, Cheng Y, Lu H, Zhou Y. EP37.04: Sonographic findings and clinicopathological characteristics of primary breast lymphoma. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2019 Oct [cited 2024 Jul 26];54(S1):460–1. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.21858>
44. Edmonds CE, Weinstein SP, McDonald ES, Bagheri S, Zuckerman SP, O'Brien SR, et al. Abbreviated Breast MRI for Supplemental Screening in Patients With Dense Breasts: Comparison of Baseline Versus Subsequent-Round Examinations. <https://doi.org/10.2214/AJR.24.31098> [Internet]. 2024 May 22 [cited 2024 Jul 28]; Available from: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.24.31098>
45. González González V, Bravo López D, Tinoco Cazorla L, Serrano Andrade D, Menéndez Molina N, González González V, et al. Primera campaña de reconstrucción mamaria en Cuenca, Ecuador: “Reconstruyendo senos, reconstruimos vidas.” *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 7];50(2):231–8. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922024000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Martínez-Pérez DC, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Hernández-Herrera GN, Rivas-Bedoya Y, García-García HI, et al. ASOCIACIÓN ENTRE RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y ESTADIO CLÍNICO AVANZADO DE CÁNCER DE MAMA AL MOMENTO DE LA CONSULTA EN CUATRO CENTROS ONCOLÓGICOS DE MEDELLÍN, COLOMBIA, 2017. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2025 Mar 7];71(2):87–102. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342020000200087&lng=en&nrm=iso&tlng=es
47. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009 [cited 2025 Mar 7];51(5):372–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19936550/>
48. Bish A, Ramirez A, Burgess C, Hunter M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *J Psychosom Res* [Internet]. 2005 [cited 2025 Mar 7];58(4):321–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15992567/>

49. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol* [Internet]. 2014 Aug 10 [cited 2025 Mar 7];5(3):465–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25114860/>
50. Villa Miranda MJ. Factores predisponentes del cáncer de mama en Ecuador [Internet]. Universidad Católica de Cuenca.; 2024 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/18549>
51. Eraso Yela ÁM, Rivera Casas PA. Carga laboral del personal de salud: revisión de alcance de literatura, 2017-2022. 2022 Nov 28 [cited 2025 Mar 11]; Available from: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/37938>

ANEXOS

Anexo 1. Formulario de recolección de datos.

Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025

CEISH-UCACUE – 2024 – 155

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación titulado “Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025”. Esta investigación está dirigida para la obtención del trabajo de titulación previo la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Cuenca (UCACUE). El objetivo del estudio es medir el nivel del conocimiento del médico de Atención Primaria de Salud para el diagnóstico de patologías mamarias y el uso de métodos de imagen, además, de evaluar la actitud de cada médico en cuanto a la disposición para capacitarse y actualizarse con las guías de radiología de dicha enfermedad.

La participación en este estudio implica la resolución de un cuestionario de 25 preguntas de opción múltiple que tomará aproximadamente 20 minutos en resolverse. Cabe mencionar que la encuesta es totalmente anónima y no se hará uso de sus datos personales, únicamente se le pedirá la primera letra de su primer nombre más los dos primeros dígitos de su documento de identidad (cédula) para la creación del código de anonimización de datos, además de su correo electrónico, utilizado para acceder al cuestionario en Google Forms. Se tomará en cuenta solo sus respuestas sin necesidad de exponer su identidad, además, toda la información recopilada se tratará con estricta confidencialidad y con fines investigativos.

Su participación es completamente voluntaria y puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna repercusión negativa.

Al firmar este documento, usted acepta haber leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio y consiente participar en él bajo los términos descritos.

1. Después de haber sido informado de los fines de la presente investigación y el procesamiento de datos obtenidos, ¿está dispuesto(a) a participar en esta encuesta sobre conocimientos y prácticas relacionadas con la patología mamaria y los métodos de imagen? Su participación es valiosa y contribuirá significativamente a mejorar la comprensión y las prácticas en este campo. Por favor, seleccione una opción:

En caso de negación, se da por finalizada la encuesta.

- Sí, estoy dispuesto (a) a participar
- No, no estoy dispuesto (a) a participar

2. ¿Cree usted que este tipo de investigaciones son importantes para el desarrollo científico?

- Sí, es importante
- No, no es tan relevante

3. Seleccione el sexo al que corresponda:

- Femenino
- Masculino

4. Indique su edad en números (años cumplidos):

5. Marque la zona en la que encuentra laborando actualmente:

- Zona urbana
- Zona rural

6. Seleccione la categoría a la que pertenezca:

- Médico(a) general
- Médico(a) rural
- Médico(a) especialista en Medicina Familiar

7. ¿Cada cuánto recibe capacitaciones sobre el tema de patologías mamarias?

- Anualmente
- Alguna vez he recibido
- Nunca he recibido

8. ¿Está interesado en capacitarse para el diagnóstico de patología mamaria?

- Muy interesado
- Neutral
- Poco interesado

9. ¿Está involucrado usted en el proceso de derivación para estudios de imagen en patología mamaria en sus prácticas?

- Sí
- No

10. ¿Ha atendido pacientes con sintomatología mamaria o sospecha clínica de patología mamaria en el último año?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

11. ¿Ha atendido pacientes que acudan para screening de patología mamaria?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

12. ¿Conoce usted que la mamografía debería ser complementada con una ecografía mamaria?

- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo

13. La mamografía es importante ya que es la forma más eficaz para detectar el cáncer de mama de manera precoz

- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo

14. En una paciente menor de 40 años con sospecha de patología mamaria, ¿cuál sería el método de imagen de primera línea?

- Ecografía
- Mamografía
- Resonancia magnética
- No necesita valoración con estudio de imagen

15. En una paciente de 40 años o más que presenta un nódulo mamario palpable, ¿Cuál

sería el método de imagen de elección?

- Ecografía
- Mamografía
- Resonancia magnética
- No necesita valoración con estudio de imagen

16. ¿Conoce usted la edad desde la cual debe realizarse evaluaciones mamográficas en pacientes con alto riesgo biológico de patología mamaria?

- 20 - 25 años
- 26 - 30 años
- 31 - 35 años
- 40 o más años

17. Como parte del screening de patología mamaria, es necesario realizarse una mamografía en el siguiente período:

- Mamografía anualmente
- Mamografía cada 6 meses
- Mamografía cada 2 años
- Mamografía cada 5 años o más

18. ¿Qué tan probable cree que es que un resultado alterado de mamografía indique cáncer de mama?

- Muy probable
- Probable
- Poco probable

19. En base a sus conocimientos, si una paciente acude con reporte mamográfico o ecográfico de BI-RADS 0. Indique su conducta adecuada:

- Estado incompleto
- Control anual
- Control cada 6 meses con mamografía o ecografía
- Biopsia

20. En base a sus conocimientos, si una paciente acude con reporte mamográfico o ecográfico de BI-RADS 1. Indique su conducta adecuada:

- Estado incompleto
- Control anual
- Control cada 6 meses con mamografía o ecografía
- Biopsia

21. En base a sus conocimientos, si una paciente acude con reporte mamográfico o ecográfico de BI-RADS 2. Indique su conducta adecuada:

- Estado incompleto
- Control anual
- Control cada 6 meses con mamografía o ecografía
- Biopsia

22. En base a sus conocimientos, si una paciente acude con reporte mamográfico o ecográfico de BI-RADS 3. Indique su conducta adecuada:

- Estado incompleto
- Control anual
- Control cada 6 meses con mamografía o ecografía
- Biopsia

23. En base a sus conocimientos, si una paciente acude con reporte mamográfico o ecográfico de BI-RADS 4. Indique su conducta adecuada:

- Estado incompleto
- Control anual
- Control cada 6 meses con mamografía o ecografía
- Biopsia

24. En base a sus conocimientos, si una paciente acude con reporte mamográfico o ecográfico de BI-RADS 5. Indique su conducta adecuada:

- Estado incompleto
- Control anual
- Control cada 6 meses con mamografía o ecografía
- Biopsia

25. ¿Cuándo se deriva a una paciente a un servicio de especialidad?

- BI-RADS 0
- BI-RADS 1
- BI-RADS 2
- BI-RADS 3
- BI-RADS 4
- BI-RADS 5
- BI-RADS 6

Anexo 2. Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM
Características sociales y laborales de los médicos	Conjunto de atributos sociodemográficos y laborales que describe a los médicos de primer nivel de atención en el Distrito 03D01	<ul style="list-style-type: none"> a. Sexo b. Edad c. Zona de trabajo d. Tipo de profesional 	<ul style="list-style-type: none"> a. Identificación del sexo encuestado (femenino o masculino) b. Edad cumplida en años del encuestado c. Zona en que la se encuentra laborando actualmente el médico (urbana, rural) d. Categoría profesional en el ámbito de la medicina (médico general, rural o especialista en medicina familiar) 	<ul style="list-style-type: none"> a. Nominal b. Numérica c. Nominal d. Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> a. Pregunta 3 b. Pregunta 4 c. Pregunta 5 d. Pregunta 6
Grado de conocimiento sobre diagnóstico de patologías mamarias	Nivel de comprensión que poseen los médicos sobre los métodos de diagnóstico, signos y síntomas en patologías mamarias	<ul style="list-style-type: none"> a. Conocimientos sobre métodos de imagen b. Evaluación de riesgo y seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> a. Nivel de conocimientos sobre métodos de imagen (mamografía, ecografía) y pautas de uso en base a los criterios de selección de cada examen de imagen (edad, sexo, antecedentes personales, tipo de mamas, screening, entre otros) b. Conocimiento sobre cuando derivar a especialistas y cómo realizar 	<ul style="list-style-type: none"> a. Ordinal b. Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> a. Preguntas 12 al 17 b. Preguntas 18 al 25

			seguimiento de la enfermedad		
Actitud del médico hacia el uso de métodos de imagen en el diagnóstico de patologías mamarias	Disposición y predisposición de los médicos del primer nivel frente al uso de imágenes en el diagnóstico precoz de patologías mamarias	<ul style="list-style-type: none"> a. Interés de capacitación b. Involucramiento en derivación c. Participación del médico de primer nivel en patologías mamarias 	<p>a. Nivel de interés en recibir capacitaciones y actualizaciones de guías sobre diagnóstico de patologías mamarias</p> <p>b. Participación del médico en el proceso de derivación para estudios de imagen en patología mamaria</p> <p>c. Frecuencia con la que el médico de primer nivel atiende a pacientes que presentan sintomatología o que requieren un cribado de patología mamaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Ordinal b. Nominal c. Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> a. Preguntas 7 y 8 b. Pregunta 9 c. Preguntas 10 y 11

Anexo 3. Consentimiento informado empleado.

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación titulado “Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025”. Esta investigación está dirigida para la obtención del trabajo de titulación previo la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Cuenca (UCACUE). El objetivo del estudio es medir el nivel del conocimiento del médico de Atención Primaria de Salud para el diagnóstico de patologías mamarias y el uso de métodos de imagen, además, de evaluar la actitud de cada médico en cuanto a la disposición para capacitarse y actualizarse con las guías de radiología de dicha enfermedad.

La participación en este estudio implica la resolución de un cuestionario de 25 preguntas de opción múltiple que tomará aproximadamente 20 minutos en resolverse. Cabe mencionar que la encuesta es totalmente anónima y no se hará uso de sus datos personales, únicamente se le pedirá la primera letra de su primer nombre más los dos primeros dígitos de su documento de identidad (cédula) para la creación del código de anonimización de datos, además de su correo electrónico, utilizado para acceder al cuestionario en Google Forms. Se tomará en cuenta solo sus respuestas sin necesidad de exponer su identidad, además, toda la información recopilada se tratará con estricta confidencialidad y con fines investigativos.

Su participación es completamente voluntaria y puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna repercusión negativa.

Al firmar este documento, usted acepta haber leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio y consiente participar en él bajo los términos descritos.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

Paula Alvarado Zambrano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0150553659**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación “**Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **20 de mayo del 2026**



**Paula Alvarado
Zambrano**



F:

Paula Alvarado Zambrano

C.I. 0150553659

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Karoline Mercedes Romero Meza portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302585856**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación “**Conocimientos y actitudes de los médicos del primer nivel de atención para el diagnóstico de patología mamaria y el uso de métodos de imagen, Distrito 03D01, Cañar – Ecuador, 2024 – 2025**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **20 de mayo del 2026**



Validar Únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**KAROLINE MERCEDES
ROMERO MEZA**

F:

Karoline Mercedes Romero Meza

C.I. 0302585856