



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**“CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA
LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y
DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD.”**

**TESIS PRESENTADA POR
CLAUDIA GEORGINA RIVERA VEGA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

DRA. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIERREZ

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A FEBRERO DE 2024

CARTAS DE APROBACIÓN



AGUASCALIENTES, AGS, A 06 DE FEBRERO DE 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CLAUDIA GEORGINA RIVERA VEGA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD.”

Número de Registro: **R-2023-101-052** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **Dra. CLAUDIA GEORGINA RIVERA VEGA** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos Alberto Prado A.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTAS DE APROBACIÓN



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 06 DE FEBRERO DE 2024

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CLAUDIA GEORGINA RIVERA VEGA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD.”

Número de Registro: **R-2023-101-052** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. CLAUDIA GEORGINA RIVERA VEGA** asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez
DIRECTOR DE TESIS

ENVÍO A Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Código :	RMF/0054/24
Título :	Construcción y Validación de un Instrumento que mida las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del Cáncer de mama en mujeres
Título breve:	Construcción de un instrumento
Estado:	Artículo nuevo para validar
Tipo:	Artículo Original
Resumen:	<p>Introducción. Actualmente no existe un instrumento propiamente que evalúe las intervenciones de enfermería sobre prevención y detección oportuna del cáncer de mama en el primer nivel de atención, únicamente encontrándose instrumentos que miden las acciones de enfermería en otras áreas de la salud, razón por la cual es necesario construir y validar un instrumento que mida estas intervenciones en el personal de enfermería específicamente. Objetivos: Construir, validar y medir la confiabilidad de un instrumento que mida las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención. Metodología: Estudio instrumental. La construcción del instrumento se llevó a cabo en base a la teoría de la prueba. Finalmente, para la confiabilidad se determinó con la medición del coeficiente Alpha de Cronbach para los ítems con respuesta de tipo Likert. Resultados: El instrumento final tiene 55 ítems, validado por expertos y grupo focal. La validez de criterio mostró correlaciones dentro de las mismas dimensiones y una baja pero significativa entre la Dimensión 2 ($r=0.270$) y la Dimensión 3 ($r=0.769$). La confiabilidad fue alta en todas las dimensiones, con una confiabilidad global de 0.784. Conclusiones: este estudio ha logrado construir y validar con éxito un instrumento altamente confiable y válido para medir las intervenciones de enfermería en la prevención y detección oportuna del cáncer de mama, como herramienta para mejorar la atención de salud en este ámbito crucial.</p>
Palabras clave:	Cáncer de mama, Intervenciones en Enfermería, Validez,, confiabilidad
Editor jefe:	José Manuel Ramírez Aranda Azucena Maribel Rodríguez González
Comentarios:	
Financiación:	No
Conflicto de intereses:	No
DOI:	-----
Cronología:	11-03-2024 Artículo nuevo para validar



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación: dd/mm/aa: 09/04/24

NOMBRE: RIVERA VEGA CLAUDIA GEORGINA ID: 106092

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

TÍTULO: CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si X
No _____

FIRMAS

Revisó:
NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCS.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:
NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento del Art. 209C del Reglamento General de Docencia que a su letra se lee entre las funciones del Consejo Académico: "... emitir la opinión favorable de programa de posgrado y del Art. 209F del Reglamento del Secretario Técnico: emitir el consentimiento de la institución.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme permitido prepararme y crecer profesional y personalmente durante estos tres años de formación.

A la Universidad Autónoma de Aguascalientes por ser la Institución que avala mi preparación de la especialidad médica.

Agradezco de manera especial a la Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez por ser mi asesora de tesis, más allá del esfuerzo, paciencia y dedicación para la realización de este proyecto, enfatizando su pasión y conocimiento de investigación.

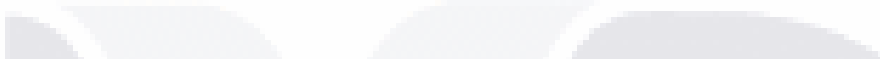
Así mismo, agradezco a todas y cada una de las personas que formaron parte de este proyecto, por su confianza, tiempo y su conocimiento, lo cual contribuyó a llevarlo a cabo hasta su culminación.

Finalmente, y con un agradecimiento profundo a mis padres, que han estado presentes en todo momento, por su apoyo, resiliencia y amor, siendo éste también, un logro de ellos.

DEDICATORIAS

A Dios por darme la fortaleza y sabiduría necesarias para lograr cada objetivo en mi vida.

A mi familia, en especial a mi papá, a mi mamá y a mi hermano, que han caminado conmigo y son mi motivación, quienes han guiado mis pasos con determinación, visión y amor, porque por ellos soy quien soy y me encuentro en esta etapa de mi vida.



INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN 6

2. MARCO TEORICO 7

 2.1. BUSQUEDA DE INFORMACIÓN 7

 2.2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... 9

 2.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA 17

 2.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DEL
CANCER DE MAMA..... 22

 2.5. CÁNCER DE MAMA 24

 2.6. TEORÍAS DEL MARCO METODOLÓGICO 26

 2.7. MARCO CONCEPTUAL..... 30

3. JUSTIFICACION..... 33

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 35

 4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 38

5. OBJETIVOS 39

 5.1. OBJETIVO GENERAL 39

 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 39

6. HIPÓTESIS 40

7. MATERIALES Y MÉTODOS..... 40

 7.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO 40

 7.2. UNIVERSO 40

 7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO..... 40

 7.4. POBLACIÓN ACTUAL 40

 7.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN 41

 7.6. UNIDAD DE ANÁLISIS 41

 7.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN 41

7.8.	MUESTREO.....	42
7.9.	DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.....	43
7.10.	LOGÍSTICA.....	44
7.11.	ANALISIS DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO.....	45
7.12.	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
7.13.	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
7.14.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	50
7.15.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	51
8.	RESULTADOS.....	52
8.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	52
8.2.	VALIDEZ DE CONTENIDO.....	56
8.3.	VALIDEZ APARENTE.....	58
8.4.	VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	59
8.5.	VALIDEZ DE CRITERIO.....	65
8.6.	CONFIABILIDAD.....	66
9.	DISCUSIÓN.....	67
9.1.	LIMITACIONES.....	69
9.2.	RECOMENDACIONES.....	70
10.	CONCLUSIONES.....	71
11.	GLOSARIO.....	73
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	75
13.	ANEXOS.....	77
ANEXO A.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77
ANEXO B.	CARTA DE NO INCONVENIENCIA DEL DIRECTOR.....	78
ANEXO C.	INSTRUMENTO FINAL.....	79
ANEXO D.	MANUAL OPERACIONAL.....	94

ANEXO E. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 124

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES..... 124

Variables sociodemográficas..... 124

Características biológicas, sociales y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio..... 124

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índice Lawshe en la sección 1 57

Tabla 2. Índice Lawshe en la sección 2 57

Tabla 3. Índice Lawshe en la sección 3 58

Tabla 4. Distribución de las respuestas de la sección 1 59

Tabla 5. Distribución de las respuestas de la sección 2 60

Tabla 6. Distribución de las respuestas de la sección 3 61

Tabla 7. Análisis factorial 63

Tabla 8. Índices confirmatorios de ajuste 65

Tabla 9. Correlaciones..... 66

Tabla 10. Confiabilidad 66

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Escolaridad 52

Gráfica 2. Sexo 53

Gráfica 3. Estado civil..... 53

Gráfica 4. Antigüedad laboral..... 54

Gráfica 5. Puesto..... 55

Gráfica 6. Antigüedad en el puesto 55

Gráfica 7. Capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía..... 56

RESUMEN

Antecedentes: Posterior a realizar una búsqueda sistematizada en las distintas bases de datos y utilizando los descriptores, se encuentra que en la actualidad no existe un instrumento propiamente que evalúe las intervenciones de enfermería sobre prevención y detección oportuna del cáncer de mama en el primer nivel de atención, únicamente encontrándose instrumentos que miden las acciones de enfermería en otras áreas de la salud, razón por la cual es necesario construir y validar un instrumento que mida estas intervenciones en el personal de enfermería específicamente. **Objetivos:** Construir, validar y medir la confiabilidad de un instrumento que mida las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención. **Metodología:** Estudio instrumental. La construcción del instrumento se llevó a cabo en base a la teoría de la prueba. Para la validez de contenido se llevó a cabo con el índice de validez de Lawshe. La validez aparente se evaluó mediante grupos focales. La validez de constructo se analizó mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Para la validez de criterio calculó la correlación de Spearman. Finalmente, para la confiabilidad se determinó con la medición del coeficiente Alpha de Cronbach para los ítems con respuesta de tipo Likert. **Resultados:** El instrumento final tiene 55 ítems, validado por expertos y grupo focal. El análisis factorial reveló tres factores que explicaban el 68% de la varianza. Los índices de ajuste confirmatorio fueron buenos (SRMR=0.044, CFI=0.931, RMSEA=0.0437, TLI=0.904). La validez de criterio mostró correlaciones dentro de las mismas dimensiones y una baja pero significativa entre la Dimensión 2 ($r=0.270$) y la Dimensión 3 ($r=0.769$). La confiabilidad fue alta en todas las dimensiones, con una confiabilidad global de 0.784. **Conclusiones:** este estudio ha logrado construir y validar con éxito un instrumento altamente confiable y válido para medir las intervenciones de enfermería en la prevención y detección oportuna del cáncer de mama, proporcionando una herramienta valiosa para mejorar la atención de salud en este ámbito crucial.

Palabras clave: Cáncer de mama, Intervenciones en Enfermería, Validez, Confiabilidad.

ABSTRACT

Background: After carrying out a systematized search in the different databases and using the descriptors, it was found that currently there is no instrument specifically that evaluates nursing interventions on prevention and timely detection of breast cancer at the first level of care. attention, only finding instruments that measure nursing actions in other areas of health, which is why it is necessary to build and validate an instrument that measures these interventions in nursing staff specifically. **Objectives:** Build, validate and measure the reliability of an instrument that measures nursing interventions for the prevention and timely detection of breast cancer in nursing at the first level of care. **Methodology:** Instrumental study. The construction of the instrument was carried out based on the theory of the test. For content validity, the Lawshe validity index was used. Face validity was assessed using focus groups. Construct validity was analyzed through exploratory and confirmatory factor analysis. For criterion validity, the Spearman correlation was calculated. Finally, reliability was determined by measuring Cronbach's Alpha coefficient for items with Likert-type responses. **Results:** The final instrument has 55 items, validated by experts and a focus group. Factor analysis revealed three factors that explained 68% of the variance. Confirmatory fit indices were good (SRMR=0.044, CFI=0.931, RMSEA=0.0437, TLI=0.904). Criterion validity showed correlations within the same dimensions and a low but significant correlation between Dimension 2 ($r=0.270$) and Dimension 3 ($r=0.769$). Reliability was high in all dimensions, with an overall reliability of 0.784. **Conclusions:** This study has successfully built and validated a highly reliable and valid instrument to measure nursing interventions in the prevention and timely detection of breast cancer, providing a valuable tool to improve health care in this crucial area.

Keywords: Breast cancer, Nursing Interventions, Validity, Reliability.

1. INTRODUCCIÓN

La detección temprana y prevención del cáncer de mama constituyen ejes cruciales en la lucha contra esta enfermedad, que sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre mujeres a nivel mundial. En este contexto, la actuación de los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención en salud adquiere una relevancia particular, al ser frecuentemente el primer punto de contacto para las mujeres en el sistema de salud. Sin embargo, a pesar de su importancia, existe una notable escasez de herramientas específicas destinadas a evaluar y mejorar la efectividad de las intervenciones de enfermería en este ámbito. Ante la urgencia de atender de manera más eficaz la problemática de salud relacionada con el cáncer de mama, este estudio ha sido diseñado con el objetivo de desarrollar y corroborar la efectividad de una herramienta novedosa. Dicha herramienta está enfocada en evaluar las acciones llevadas a cabo por el personal de enfermería, las cuales están dirigidas a prevenir y detectar de forma temprana el cáncer de mama entre las mujeres que acceden al servicio de atención primaria en salud. Este enfoque responde a la necesidad de mejorar las estrategias de intervención en los estadios iniciales de esta enfermedad, con la esperanza de incrementar las tasas de éxito en el tratamiento y, por ende, mejorar la calidad de vida de las pacientes. Este esfuerzo investigativo se sustenta en la premisa de que una detección precoz y una intervención preventiva efectiva pueden marcar una diferencia significativa en el manejo de esta condición de salud, proporcionando así un marco de referencia crucial para las prácticas de enfermería en el ámbito de la atención primaria. Este estudio se propone llenar un vacío significativo en la literatura existente, ofreciendo no solo una herramienta validada científicamente para medir las prácticas de enfermería en este campo sino también proporcionando una base sólida para la mejora continua de las estrategias de prevención y detección precoz del cáncer de mama. La investigación se desarrolla a través de un riguroso proceso metodológico que incluye la identificación de las competencias y prácticas clave de enfermería en la prevención y detección del cáncer de mama, la construcción de ítems y escalas del instrumento, y su posterior validación a través de técnicas estadísticas avanzadas y la participación de expertos en el área. Al abordar esta temática, el

proyecto no solo contribuye a mejorar la calidad de la atención en salud ofrecida a las mujeres, sino que también enfatiza la importancia de la práctica de enfermería basada en evidencia en el primer nivel de atención. A través de este instrumento, se espera facilitar la evaluación objetiva y sistemática de las intervenciones de enfermería, promoviendo así intervenciones más efectivas y eficientes para la prevención y detección temprana del cáncer de mama. Este trabajo, por tanto, representa un paso significativo hacia la optimización de los recursos en salud y la mejora de los resultados en la atención de las mujeres, contribuyendo a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

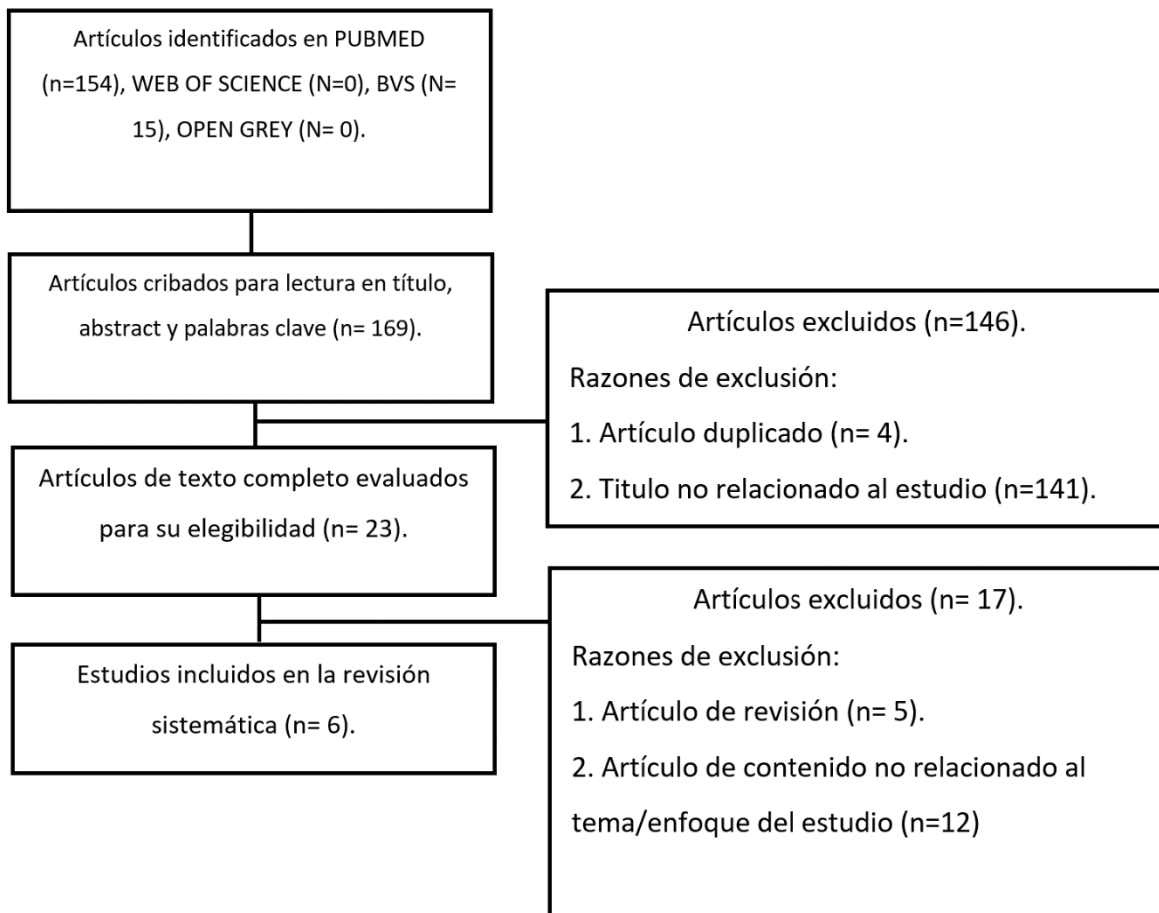
2. MARCO TEORICO

2.1. BUSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda sistematizada en las distintas bases de datos PubMed, BVS, Web of Science utilizando las siguientes sintaxis: (validation study[Title]) OR (validation studies[Title]) OR (instruments[Title]) OR (surveys[Title]) OR (questionnaires[Title]) AND (Breast Neoplasms[Title]) OR (• Breast tumors[Title]) OR (• Breast cáncer[Title]) OR (• Mammary cáncer[Title]) OR (• Breast Carcinoma[Title]) AND (NANDA-International Terminology[Title]) OR (• NANDA-International[Title]) OR (• NANDA-I[Title]) OR (• International Classification for Nursing Practice[Title]) OR (• ICNP Terminology[Title]) OR (• Nursing Outcomes Classification Terminology[Title]) OR (• NOC Terminology[Title]) OR (• Nursing Interventions Classification[Title]) OR (• NIC Terminology[Title]), sin embargo no se obtuvieron resultados relacionados con estudios de validación de instrumentos que evaluaran intervenciones de enfermería enfocados propiamente al cáncer de mama, así como en aspectos específicos de prevención y detección oportuna de la enfermedad. No obstante, al realizar la búsqueda utilizando los descriptores (validation study[Title]) OR (validation studies[Title]) OR (instruments[Title]) OR (surveys[Title]) OR (questionnaires[Title]) AND (NANDA-International Terminology[Title]) OR (• NANDA-International[Title]) OR (• NANDA-I[Title]) OR (• International Classification for Nursing Practice[Title]) OR (• ICNP

Terminology[Title])) OR (• Nursing Outcomes Classification Terminology[Title])) OR (• NOC Terminology[Title])) OR (• Nursing Interventions Classification[Title])) OR (• NIC Terminology[Title]) se arrojaron resultados de estudios donde se utilizaron instrumentos que evaluaban aquellas intervenciones de enfermería en cualquier otra área de salud, mismos que son elegidos para su análisis en este estudio.

Diagrama de Cochrane de búsqueda de información



6 artículos incluidos para el estudio

Artículos incluidos:

1. Creation and validation of an instrument to identify nursing activities in pediatric wards: information for determining workload
2. Validation of preliminary angioplasty nursing intervention checklist content
3. Construcción y validación de diagnósticos de enfermería para personas en cuidados paliativos
4. Development and validation of an instrument for nursing consultation with pediatric patients in the preoperative period
5. Instrumento para consulta de enfermería de la puérpera en la atención básica
6. CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la UCI

2.2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Ángela María Henao Castaño y María Consuelo del Pilar Amaya Rey (2015) se propusieron diseñar, validar y evaluar la confiabilidad de una herramienta denominada Cuidado de Enfermería Individualizado en Unidad de Cuidado Intensivo (CEI-UCI). Esta herramienta se centró en identificar las intervenciones de cuidado de enfermería individualizado para pacientes adultos sometidos a ventilación mecánica invasiva en la UCI. Emplearon una metodología psicométrica, exploratoria y observacional, incluyendo a 156 enfermeras que trabajaban en la UCI con pacientes en estas condiciones. El estudio comenzó con 85 ítems, de los cuales, tras aplicar criterios de validez facial y de contenido, se redujeron a 53, excluyendo aspectos que no eran relevantes para el contexto de pacientes críticos despiertos con ventilación mecánica. En términos de validez de constructo, se utilizó un análisis factorial basado en ocho dominios NANDA, aunque sólo se incluyeron aquellos con variabilidad en su presentación. Se obtuvo una comunalidad de 1 para ocho dominios, indicando que el modelo factorial explicaba completamente la variabilidad de estos factores. El valor KMO cercano a 0.5 y una significancia de 0.000 en la prueba de esfericidad de Bartlett validaron el análisis factorial. Los resultados del análisis factorial revelaron una estructura multidimensional de cuidados, con dominios como Percepción/Cognición y Confort considerados

constantemente presentes en el 100% de los pacientes, lo que subraya la importancia de la atención individualizada. Se identificaron seis dimensiones principales de cuidado, abarcando desde los principios vitales y la seguridad hasta la percepción, cognición y el confort. La confiabilidad del instrumento se estableció mediante test-retest, observando la consistencia de las intervenciones de enfermería a lo largo del tiempo. Esto demostró variabilidad en la aplicación de cuidados según las necesidades diarias de los pacientes, especialmente en aspectos críticos como la nutrición y la eliminación. En conclusión, el instrumento CEI-UCI demostró ser una herramienta válida y confiable para evaluar las intervenciones de enfermería individualizadas en pacientes con ventilación mecánica en la UCI, ofreciendo una base sólida para la práctica de enfermería y el desarrollo de un lenguaje estandarizado en el cuidado de estos pacientes. Las dimensiones identificadas reflejan la complejidad y multidimensionalidad de los cuidados necesarios en este entorno, resaltando la importancia de la individualización de las intervenciones de enfermería para mejorar la calidad del cuidado en las UCI. (1)

Nanci Cristiano Santos y Fernanda Maria Togeiro Fugulin (2013) llevaron a cabo un estudio con el fin de desarrollar y validar un instrumento que permita identificar las actividades de enfermería realizadas en salas pediátricas, proporcionando así una base para definir la carga de trabajo en estas unidades. Utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) como referencia teórica, el estudio buscaba establecer un lenguaje estandarizado en la enfermería para mejorar la práctica y la gestión en diversos entornos de cuidado. El instrumento se desarrolló en dos fases: la primera consistió en la selección de actividades relevantes de enfermería pediátrica a partir de la NIC, seguida de su edición basada en la experiencia clínica de los investigadores para identificar aquellas actividades esenciales en la práctica de enfermería pediátrica. Estas actividades se mantuvieron dentro de los dominios y clases de la NIC, respetando la agrupación jerárquica y la nomenclatura establecida. En la segunda fase, se validó el instrumento mediante la evaluación de su validez facial, un tipo de validez de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

contenido, para verificar si las actividades seleccionadas eran representativas de la práctica de cuidado de enfermería pediátrica y si el instrumento sería apropiado para medir la carga de trabajo del equipo de enfermería en este campo. Un panel de especialistas, compuesto por enfermeras con amplia experiencia profesional y conocimiento en pediatría, cargas de trabajo y la NIC, fue encargado de analizar el contenido del instrumento. Las respuestas y sugerencias de estos especialistas condujeron a la creación de una segunda versión del instrumento, la cual fue reevaluada en un taller para construir un consenso sobre su contenido. Los resultados iniciales incluyeron cinco dominios y 20 clases con actividades descritas en niveles incrementales basados en el tiempo estimado necesario para realizarlas. Las actividades seleccionadas cubrían un amplio espectro de cuidados, desde fisiológicos hasta psicosociales, reflejando así la diversidad de acciones que imponen variadas cargas de trabajo al equipo de enfermería. La conclusión del estudio destacó la creación y validación exitosa del instrumento, subrayando la necesidad de estudios adicionales para probar su fiabilidad clínica y validez. Estos estudios permitirán demostrar la aplicabilidad del instrumento en la práctica clínica y de gestión, así como determinar el tiempo dedicado a realizar cada una de estas actividades, resultando en una herramienta que mide la carga de trabajo del equipo de enfermería en salas pediátricas. Este estudio representa un paso adelante en la sistematización de los procesos relacionados con el personal de enfermería, basándose en las necesidades de los pacientes pediátricos y contribuyendo al campo de investigación destinado a superar las dificultades en la propuesta de parámetros para determinar las necesidades de personal de enfermería en salas pediátricas, con el fin de proporcionar una atención excelente y segura a los pacientes en esta área.(2)

Maria Helena Soares da Nóbrega Mazzo y Rosineide Santana de Brito (2016) se propusieron desarrollar y validar un instrumento de enfermería para la atención de madres recién dadas de luz en la atención primaria de salud. Para lograrlo, llevaron a cabo un estudio metodológico dividido en cinco fases: la identificación de indicadores empíricos mediante una revisión exhaustiva de la literatura científica; la

evaluación de la primera versión del instrumento por un grupo focal; la estructuración del instrumento categorizando los indicadores empíricos; la validación del contenido y de la segunda versión del instrumento utilizando la técnica Delphi; y la selección y desarrollo de declaraciones de diagnósticos/intervenciones de enfermería y resultados basados en los ítems validados, culminando con la estructuración de la versión final del instrumento. En la primera fase, identificaron 98 indicadores empíricos relacionados con las necesidades humanas básicas de madres recién dadas de luz, divididos en psicobiológicos, psicosociales y psicoespirituales. En la segunda fase, mediante la técnica de grupo focal, evaluaron la primera versión del instrumento, logrando un consenso sobre los indicadores empíricos más relevantes para cada categoría de necesidad humana. La tercera fase implicó la estructuración del instrumento categorizando los indicadores empíricos, resultando en la identificación de 27 necesidades humanas afectadas. En la cuarta fase, utilizaron la técnica Delphi para validar el contenido del instrumento, logrando un índice de acuerdo que superó el valor de validación establecido previamente del 70% para la mayoría de los ítems, con sugerencias de inclusión y exclusión de algunos componentes por parte de los expertos. Finalmente, en la quinta fase, estructuraron el instrumento final aplicando y desarrollando 73 diagnósticos de enfermería y 155 intervenciones de enfermería basadas en la terminología del ICNP®, adaptando los diagnósticos e intervenciones para evitar repeticiones y asegurando que cubrieran las necesidades identificadas, como la alimentación, eliminación, sueño y descanso, seguridad física y ambiental, cuidado corporal y lactancia materna. Este instrumento representa un avance significativo en la atención de enfermería a madres recién dadas de luz en la atención primaria, ofreciendo una herramienta validada y estructurada para evaluar y atender de manera integral las necesidades psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales de este grupo, enfatizando la importancia de una atención holística y sistematizada conforme a las directrices del Consejo Federal de Enfermería de Brasil.

El contenido total se consideró válido, ya que el porcentaje superó el valor de validación previamente establecido del 70%. Sin embargo, se sugirió y aceptó, para

este estudio, cambiar la nomenclatura de la necesidad humana de nutrición por la de necesidad humana de alimentos. En el desarrollo final del instrumento, se seleccionaron 73 diagnósticos de enfermería y 155 intervenciones de enfermería basadas en la terminología de la nomenclatura de diagnósticos de intervenciones de enfermería (CIPE) según García y Cubas. Hubo adaptaciones en cuanto a los Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería para evitar repeticiones en más de una necesidad identificada. Las modificaciones se relacionaban con requerimientos alimenticios, supresión del sueño y el descanso, la seguridad física y el entorno, el cuidado del cuerpo y, por último, la lactancia. Por lo tanto, se dispone de un instrumento para la Sistematización de la Atención de Enfermería a la púérpera en Atención Básica, mismo que servirá como herramienta de enseñanza e investigación en Enfermería Obstétrica. Para la validación de este instrumento, no se realizó validez aparente, validez de criterio, validez de constructo ni confiabilidad.(3)

Rudval Souza da Silva, Álvaro Pereira, Maria Miriam Lima da Nóbrega y Fernanda Carneiro Mussi (2017) llevaron a cabo un estudio metodológico con el objetivo de construir y validar diagnósticos de enfermería para personas en cuidados paliativos, basándose en el Modelo de Cuidado para la Conservación de la Dignidad y la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería. Este estudio se desarrolló a través de una serie de pasos metodológicos que comenzaron con la construcción de una base de datos de términos clínica y culturalmente relevantes para la práctica de enfermería con personas en cuidados paliativos, resultando en una base de datos inicial de 262 términos. A partir de esta base de datos, se construyeron diagnósticos de enfermería (NDs) siguiendo las recomendaciones de la ICN para el desarrollo de subconjuntos terminológicos. El proceso de construcción de los NDs incluyó la definición operativa de los mismos y su validación de contenido por expertos seleccionados según los criterios modificados de Fehring. La validación de contenido utilizó el Índice de Validez de Contenido (CVI), considerando adecuado un valor ≥ 0.80 . Además, se realizó un mapeo cruzado entre los NDs validados y los incluidos en el Catálogo 10. De los 56

NDs construidos, 33 (58.9%) obtuvieron un $CVI \geq 0.80$ tras la evaluación de expertos, lo que indica su relevancia y validación para la práctica. Estos NDs se sometieron luego a un proceso de mapeo cruzado con el Catálogo 10, identificando que solo 8 de los 33 NDs estaban incluidos en el catálogo, destacando la necesidad de expandir el catálogo con los nuevos NDs identificados. La conclusión del estudio enfatiza que los 33 NDs validados y clasificados en diferentes categorías del Modelo de Cuidado para la Conservación de la Dignidad ofrecen un lenguaje común para la enfermería, dirigido a guiar la planificación sistematizada de la atención de enfermería. Contribuyen a la implementación del Proceso de Enfermería y al uso de la ICNP® como un sistema de lenguaje de enfermería internacional, apoyando la planificación y gestión de los cuidados paliativos por parte del equipo de enfermería, con el objetivo de promover una muerte digna.(4)

Juliana Balbinot Reis Girondi, Patrícia Bússolo y Luciana Martins da Rosa (2020) llevaron a cabo un estudio metodológico con el objetivo de validar un instrumento de lista de verificación para la atención de enfermería en el período preoperatorio de angioplastia transluminal percutánea. Este proceso de validación se realizó mediante la técnica Delphi, entre marzo y mayo de 2018, y no se limitó a un escenario específico debido a la participación de enfermeros de diversas instituciones de salud. El estudio surgió de la necesidad identificada en un hospital público del sur de Brasil, donde las cirugías de angioplastia eran canceladas debido a fallos en la comunicación entre el equipo o por acciones que impedían el procedimiento. Para la validación del contenido, se incluyeron jueces evaluadores: enfermeros y/o docentes con experiencia en clínica quirúrgica o hemodinámica de al menos un año y con titulación mínima de especialista. Se excluyeron aquellos expertos invitados que no enviaron el Consentimiento Informado debidamente firmado. La selección de jueces se realizó por conveniencia, invitando a docentes de enfermería de una universidad de Santa Catarina y a enfermeros asistenciales, resultando en un total de 83 participantes invitados, de los cuales 15 respondieron en la primera ronda y 10 en la segunda. El instrumento a validar se transformó en un formulario en Google Drive y se envió a los participantes por correo electrónico.

Se solicitó evaluar cada ítem en términos de objetividad, pertinencia, precisión de la redacción y factibilidad, usando una escala Likert. Para analizar las respuestas se utilizó el Índice de Validez de Contenido (IVC), fijando un nivel mínimo de consenso en 0,8. En la primera ronda, la concordancia de los ítems varió entre 0,66 y 1, con una concordancia general del instrumento de 0,92. Basándose en las sugerencias de los jueces, se realizaron mejoras en el instrumento. En la segunda ronda, la concordancia varió entre 0,90 y 1, con una concordancia general del instrumento de 0,98, lo que indica una alta validez del instrumento para su aplicación en la práctica de enfermería. El estudio concluyó que el objetivo fue alcanzado, validando el instrumento de lista de verificación para el cuidado preoperatorio en angioplastia transluminal percutánea. Tanto los ítems individuales como el instrumento en su conjunto fueron clasificados como adecuados, lo que permite su aplicación confiable en la práctica de enfermería, en línea con la seguridad del paciente. Se sugiere realizar investigaciones futuras para evaluar la aplicabilidad del instrumento. (5)

Paloma Gonçalves Martins Acioly, Eny Dórea Paiva, Adriana Teixeira Reis, Tatiana de Oliveira Gomes, Luciana Rodrigues da Silva y Liliane Faria da Silva (2022) desarrollaron y validaron un instrumento para la consulta de enfermería con pacientes pediátricos en el período preoperatorio. Este estudio metodológico se llevó a cabo desde enero de 2019 hasta agosto de 2020 y se dividió en cinco etapas: identificación de diagnósticos de enfermería, discusión y evaluación de diagnósticos con enfermeras de la institución, desarrollo del instrumento, validación del contenido del instrumento con expertos mediante la Técnica Delphi y reestructuración del instrumento. En la primera etapa, se realizó una revisión integrativa que resultó en la identificación de 89 posibles diagnósticos de enfermería para el paciente pediátrico en el período preoperatorio. En la segunda etapa, estos diagnósticos se discutieron y evaluaron con enfermeras de la institución, resultando en 38 diagnósticos de enfermería aprobados para la elaboración del instrumento. La tercera etapa implicó el desarrollo del instrumento, utilizando el Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería (NMDS) y el marco de las Necesidades Humanas de Wanda Horta con ajustes de Garcia y Cubas, apoyando la planificación y atención de enfermería con los 38 diagnósticos aprobados y las intervenciones y resultados de

enfermería correlacionados mapeados con los enlaces NANDA-NIC-NOC. La cuarta etapa consistió en la validación del contenido del instrumento mediante el método Delphi, con expertos seleccionados intencionalmente según los criterios de Fehring. La validación consideró la relevancia de los datos relacionados con la identificación del paciente e institución, así como los datos a recopilar en la evaluación de las necesidades humanas del paciente quirúrgico pediátrico y relacionados con la planificación de la atención de enfermería. La quinta etapa involucró la reestructuración del instrumento basada en los ítems validados tras las rondas con los expertos. La validación de los ítems del instrumento por los expertos se evaluó mediante el Índice de Validez de Contenido (CVI), considerando válidos los ítems con al menos un 0.7/70% de acuerdo. El instrumento final incluye una evaluación de las necesidades humanas psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales, 38 diagnósticos de enfermería, 65 intervenciones de enfermería, 113 actividades de enfermería y 62 resultados de enfermería. El instrumento obtuvo un índice de validez de contenido (CVI) entre 0.90 y 1.0 en la primera ronda, y las sugerencias validadas en la segunda ronda obtuvieron un acuerdo del 70 al 100%. Este estudio permitió la preparación y validación del contenido de un instrumento para consultas de enfermería con pacientes pediátricos en el período preoperatorio, estandarizando y calificando la atención, permitiendo al enfermero tomar decisiones a través del razonamiento clínico y considerando las particularidades de cada paciente quirúrgico y su familia. Las lenguas estandarizadas de NANDA, NIC y NOC demostraron ser adecuadas para facilitar la planificación de la atención de enfermería. Se recomienda la realización de futuros estudios relacionados con su aplicación en el escenario propuesto. (6)

2.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería se esfuerza en desarrollar un conjunto de saberes que respalden eficazmente su labor cotidiana y enriquezcan la atención brindada a los pacientes. Es así que la formación y fortalecimiento de este acervo de conocimientos son cruciales, y en este contexto, la comprensión cabal de los diagnósticos enfermeros, según el sistema NANDA-I, junto con la identificación de los resultados esperados en los pacientes (NOC) y la aplicación de las correspondientes intervenciones de enfermería (NIC), resultan fundamentales.

Desde la década de los setenta, con la instauración de la clasificación de diagnósticos de NANDA, se ha venido consolidando el empleo de un lenguaje estandarizado en el ámbito de la enfermería, lo que ha marcado un antes y un después en la forma de conceptualizar y abordar los cuidados de salud. Un diagnóstico de enfermería, en este sentido, se entiende como la evaluación clínica sobre cómo un individuo, una familia o una comunidad responde ante problemas de salud actuales o potenciales, así como ante procesos vitales. Este diagnóstico constituye el pilar sobre el cual se edifica la selección de intervenciones específicas de enfermería, diseñadas para lograr los objetivos de cuidado y bienestar, responsabilidad última de los profesionales de la enfermería.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), representa un sistema estandarizado y detallado que, a diferencia de los diagnósticos de enfermería o de los resultados esperados en los pacientes, pone su foco en las acciones específicas llevadas a cabo por los profesionales de enfermería. Estas acciones están diseñadas con el objetivo de asistir al paciente en su camino hacia la mejora de su salud o la resolución de problemas de salud, marcando así, la diferencia en el proceso de atención en enfermería. En este sentido, la intervención de enfermería se enfoca en la práctica directa de los profesionales, destacando su papel activo en la gestión de cuidados que favorezcan el bienestar del paciente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dentro del marco legal y profesional, la NIC ha sido adoptada como el lenguaje estandarizado oficial por el Real Decreto 1093/2010, reflejando el compromiso con la precisión y la claridad en la comunicación de las prácticas de enfermería. La última edición de la NIC define una intervención de enfermería como cualquier medida o tratamiento que, partiendo de un juicio clínico sólido y el conocimiento experto de la enfermera, se implementa con el fin de propiciar una mejora significativa en el estado de salud o en el manejo de las condiciones de los pacientes. Este enfoque subraya la importancia de la intervención enfermera como un elemento clave en el proceso de cuidado, destacando la relevancia de la experiencia y la capacidad de decisión del profesional de enfermería en la aplicación de cuidados eficaces y pertinentes para cada situación clínica.

En el ámbito de la enfermería, las acciones terapéuticas abarcan tanto la atención directa al paciente, como la realización de tareas administrativas o de gestión que impactan en el bienestar del individuo, de su núcleo familiar y de la comunidad en general. Estas acciones pueden ser emprendidas no solo por enfermeras, sino también por médicos y otros profesionales del sector salud, demostrando así una visión integradora y colaborativa del cuidado de la salud. Dentro de este marco, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) juega un papel crucial al proporcionar una estructura ordenada y sistemática para catalogar dichas intervenciones. Cada una de las intervenciones dentro de esta clasificación se describe mediante un título específico, una definición clara que explica su propósito y alcance, y una serie detallada de actividades sugeridas. Estas actividades están diseñadas para guiar al profesional en la ejecución efectiva de la intervención, basándose en principios fundamentados y buenas prácticas. Además, se incluye una selección de referencias y lecturas recomendadas que sirven como respaldo teórico y amplían el conocimiento sobre la intervención específica, facilitando así una mayor comprensión y profundización en cada tema. Este enfoque estructurado y bien definido hacia las intervenciones de enfermería permite una implementación más eficiente y coherente de los cuidados, asegurando que los pacientes reciban

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

una atención de calidad basada en evidencia y en las mejores prácticas disponibles.(7)

En el desarrollo de las prácticas de enfermería, el modelo conceptual de Dorothea E. Orem ha ejercido una influencia significativa, proporcionando una estructura teórica sólida para entender y guiar las intervenciones en este campo. Este modelo, enfocado en el cuidado, identifica las intervenciones de enfermería como operaciones profesionales y tecnológicas, es decir, como una serie de acciones sistemáticas que se ejecutan a través de un sistema de enfermería establecido por una entidad o agencia de enfermería. Orem postula que estas intervenciones están diseñadas para apoyar o suplantar el autocuidado del individuo cuando este enfrenta limitaciones para realizarlo por sí mismo.

Dentro de este modelo, Orem destaca tres teorías interrelacionadas que son fundamentales para comprender la totalidad del cuidado de enfermería: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. La primera teoría, la del autocuidado, se centra en la capacidad del individuo para atender sus propias necesidades de salud, promoviendo y manteniendo su bienestar. La segunda teoría, la del déficit de autocuidado, surge cuando el individuo es incapaz, por diversos motivos, de realizar las actividades de autocuidado necesarias para su salud y bienestar, creando la necesidad de intervenciones especializadas de enfermería. La tercera teoría, la de los sistemas de enfermería, describe cómo los profesionales de enfermería pueden intervenir para ayudar a los individuos, estructurando sus acciones en diferentes niveles de ayuda según el grado de déficit de autocuidado del paciente.

Este enfoque holístico no solo establece un marco teórico para la práctica clínica, sino que también ofrece bases conceptuales para la educación en enfermería y la gestión de los servicios de cuidados. Al adoptar el modelo de Orem, los profesionales de enfermería están mejor equipados para evaluar las necesidades específicas de autocuidado de los pacientes, planificar e implementar intervenciones adecuadas y, en última instancia, promover la autonomía y la salud del individuo. Así, el modelo de Orem se convierte en una herramienta esencial para

guiar la práctica de enfermería hacia un cuidado más personalizado, efectivo y humanizado.

La teoría del autocuidado, desarrollada por Dorothea E. Orem, constituye un pilar fundamental dentro de la disciplina de enfermería, proponiendo un marco conceptual que enfatiza la importancia de las capacidades y responsabilidades individuales en el mantenimiento de la propia salud y bienestar. Según Orem, el autocuidado engloba todas aquellas actividades que las personas realizan de manera autónoma para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y gestionar las condiciones de salud. Esta perspectiva coloca al individuo no solo como receptor pasivo de cuidados, sino como agente activo y responsable de su propio bienestar, subrayando la importancia de la educación para la salud, la toma de decisiones informadas y el desarrollo de habilidades de vida saludables. Dentro de este marco, Orem identifica diversos requisitos de autocuidado, que incluyen aspectos tan variados como el mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso, la provisión de cuidados asociados a los procesos vitales y el manejo de las interacciones humanas, entre otros. El cumplimiento de estos requisitos es esencial para el desarrollo y mantenimiento de la vida, así como para la promoción de su funcionamiento y bienestar. Sin embargo, existen situaciones en las que el individuo se encuentra incapaz de realizar las actividades de autocuidado necesarias por sí mismo, ya sea debido a limitaciones físicas, psicológicas, de conocimiento o a condiciones de salud específicas. Es en este contexto donde se introduce la teoría del déficit de autocuidado, también formulada por Orem. Esta teoría se centra en la identificación de las circunstancias en las que los individuos no pueden satisfacer sus necesidades de autocuidado, lo que genera un déficit que requiere la intervención de profesionales de la enfermería.

La teoría del déficit de autocuidado establece que, ante la incapacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado, surge la necesidad de un sistema de enfermería específico y personalizado que apoye, guíe, enseñe y provea el cuidado necesario. La intervención de enfermería se convierte, por tanto, en un elemento crucial para compensar el déficit de autocuidado, facilitando el proceso

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hacia la recuperación, el mantenimiento de la salud o la gestión adecuada de las condiciones crónicas. La relación entre el profesional de enfermería y el paciente se configura, entonces, como una colaboración dinámica, donde el enfermero evalúa las capacidades de autocuidado del individuo, identifica los déficits y determina las intervenciones necesarias para satisfacer las demandas de autocuidado. Este enfoque requiere una comprensión profunda de las necesidades únicas de cada paciente, así como la capacidad de adaptar los cuidados de enfermería a sus circunstancias particulares. Dentro del marco conceptual propuesto por Dorothea E. Orem, la teoría de los sistemas de enfermería emerge como un complemento esencial a las teorías del autocuidado y del déficit de autocuidado, ofreciendo una estructura organizada para la intervención de enfermería. Esta teoría reconoce la variabilidad en la capacidad de los individuos para llevar a cabo el autocuidado y propone distintos sistemas de enfermería diseñados para responder a estas variaciones, basándose en la relación entre la capacidad de autocuidado del paciente y la necesidad de cuidados de enfermería. La teoría de los sistemas de enfermería clasifica estos sistemas en tres categorías principales: el sistema de enfermería totalmente compensatorio, el sistema de enfermería parcialmente compensatorio y el sistema de enfermería de apoyo-educación. Cada uno de estos sistemas se define por el nivel de involucramiento y apoyo que el profesional de enfermería proporciona al paciente, ajustándose a sus capacidades específicas de autocuidado y a la magnitud de sus necesidades.

El sistema de enfermería totalmente compensatorio se implementa cuando el paciente es incapaz de realizar cualquier actividad de autocuidado por sí mismo, debido a condiciones de salud críticas, limitaciones físicas o cognitivas severas. En este caso, el profesional de enfermería asume la responsabilidad total de satisfacer las necesidades de autocuidado del paciente, proporcionando cuidados integrales que abarcan desde las actividades más básicas de la vida diaria hasta la gestión de necesidades de salud más complejas. Por otro lado, el sistema de enfermería parcialmente compensatorio se aplica cuando el paciente conserva alguna capacidad para el autocuidado, pero aún requiere asistencia para realizar ciertas

actividades. Aquí, el rol del profesional de enfermería es trabajar en colaboración con el paciente, complementando sus esfuerzos de autocuidado y brindando el soporte necesario para que pueda llevar a cabo sus actividades de manera más efectiva y segura. Finalmente, el sistema de enfermería de apoyo-educación se enfoca en pacientes que son capaces de realizar su autocuidado, pero necesitan orientación, educación y apoyo para hacerlo de manera óptima. Este sistema enfatiza el empoderamiento del paciente a través del conocimiento, fomentando su independencia y promoviendo habilidades de autocuidado efectivas. Los profesionales de enfermería actúan como educadores y consejeros, guiando al paciente y a su familia en el manejo de la salud y la prevención de enfermedades.

La teoría de los sistemas de enfermería, por tanto, ofrece un marco flexible y adaptativo para la planificación y prestación de cuidados de enfermería, reconociendo la singularidad de cada paciente y la dinámica de sus necesidades de autocuidado. A través de la implementación de estos sistemas, la enfermería puede proporcionar cuidados personalizados que no solo abordan las condiciones de salud presentes, sino que también promueven la autonomía del paciente, su bienestar a largo plazo y una participación activa en su propio proceso de cuidado. Esta teoría refuerza la idea de que el cuidado de enfermería es un proceso colaborativo y dinámico, fundamentado en el respeto a las capacidades y preferencias individuales, y orientado hacia la consecución de los mejores resultados posibles para la salud y la calidad de vida del paciente. (8)

2.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA

De acuerdo a la OMS las tasas de supervivencia varían considerablemente en cada parte del mundo, considerando que puede deberse a que en los países poco desarrollados se carece de programas de detección oportuna para cáncer mamario, lo que conlleva a un alto porcentaje de mujeres que acuden a valoración médica en

estadios ya avanzados de la enfermedad aunado a los escasos de servicios óptimos de diagnóstico y tratamiento para esta población. NOM 041 2011.(9)

La teoría del autocuidado y la teoría del déficit de autocuidado, propuestas por Dorothea E. Orem, ofrecen un marco conceptual profundo y detallado que resulta particularmente relevante cuando se aplica al ámbito específico de las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención y detección oportuna del cáncer de mama. Estas teorías no solo subrayan la importancia de las prácticas de autocuidado individualizadas y conscientes, sino que también resaltan el papel crucial de los profesionales de enfermería en apoyar a las personas en la realización de estas prácticas, especialmente cuando enfrentan barreras que les impiden cuidar adecuadamente de su salud. Desde la perspectiva de la teoría del autocuidado, se reconoce que las mujeres tienen la responsabilidad personal de participar activamente en la prevención y detección temprana del cáncer de mama. Esto implica la realización de autoexámenes mamarios regulares, la búsqueda de información pertinente sobre los factores de riesgo y los signos de alerta de esta enfermedad, así como el compromiso con un estilo de vida saludable que pueda reducir la probabilidad de su aparición. Sin embargo, es fundamental comprender que, aunque el autocuidado es una herramienta poderosa en la prevención del cáncer de mama, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de acceso a la información, los recursos o la motivación para llevar a cabo estas prácticas de manera efectiva.

Aquí es donde la teoría del déficit de autocuidado se vuelve esencial. Esta teoría sugiere que hay situaciones en las que las mujeres pueden no ser capaces de realizar adecuadamente el autocuidado necesario para la prevención y detección temprana del cáncer de mama, ya sea por falta de conocimiento, por barreras culturales o socioeconómicas, o por ansiedad y temor frente a la enfermedad. En estos casos, el rol de los profesionales de enfermería se vuelve indispensable para identificar estos déficits y proporcionar el apoyo, la educación y los recursos necesarios que permitan a cada mujer cuidar de su salud mamaria de manera

efectiva. Las intervenciones de enfermería en este contexto pueden tomar diversas formas. Por un lado, incluyen la educación sobre la importancia de la detección temprana y la manera correcta de realizar autoexámenes mamarios, así como la promoción de la participación en programas de cribado como las mamografías. Por otro lado, también abarcan el apoyo emocional para aquellas mujeres que puedan sentirse angustiadas o temerosas ante la posibilidad de encontrar anomalías, guiándolas a través del proceso de diagnóstico y, si fuera necesario, de tratamiento. Además, las intervenciones pueden dirigirse a superar las barreras específicas que impiden el autocuidado efectivo, como pueden ser las limitaciones lingüísticas, culturales o económicas. Esto puede incluir la provisión de material educativo en diferentes idiomas, la realización de campañas de concienciación adaptadas a distintos contextos culturales o la facilitación del acceso a servicios de salud mamaria para mujeres en situaciones de vulnerabilidad. (9)

2.5. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama, una de las afecciones más prevalentes y preocupantes dentro de la salud femenina, se erige como un desafío multifacético que demanda una comprensión profunda tanto de sus causas y factores de riesgo como de las estrategias de prevención y detección. En este contexto, las teorías del autocuidado y del déficit de autocuidado, formuladas por Dorothea E. Orem, ofrecen una perspectiva invaluable para abordar integralmente esta enfermedad, enfatizando la responsabilidad personal en la gestión de la salud y el papel esencial de los profesionales de enfermería en el apoyo a las pacientes. (10)

Las causas del cáncer de mama, aunque no se entienden completamente en todos sus detalles, involucran una combinación de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Mutaciones en genes específicos, como BRCA1 y BRCA2, aumentan significativamente el riesgo, mientras que aspectos como la exposición prolongada a estrógenos, historial reproductivo, edad avanzada y antecedentes familiares de cáncer de mama también contribuyen a su desarrollo. Además, factores de estilo de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vida como la obesidad, el consumo de alcohol, la inactividad física y dietas poco saludables se han vinculado con un mayor riesgo de padecer esta enfermedad. (11)

Identificar y comprender los factores de riesgo es crucial para la promoción de la salud y la prevención del cáncer de mama. Desde la perspectiva del autocuidado, las mujeres pueden tomar medidas proactivas para mitigar su riesgo a través de cambios en el estilo de vida, como mantener un peso saludable, practicar ejercicio regularmente, limitar el consumo de alcohol y optar por una dieta rica en frutas y verduras. Además, la educación sobre el autocuidado y la concienciación sobre los factores de riesgo desempeñan un papel fundamental en la prevención primaria de la enfermedad. (11)

La prevención secundaria del cáncer de mama se centra en la detección precoz y el diagnóstico oportuno, lo que puede significar un pronóstico más favorable y una mayor variedad de opciones de tratamiento. Los métodos de detección precoz incluyen el autoexamen mamario y la mamografía. El autoexamen mamario permite a las mujeres familiarizarse con la apariencia y la sensación normales de sus mamas y detectar cualquier cambio anormal, mientras que la mamografía, una técnica de imagen que utiliza rayos X de baja dosis, puede identificar tumores antes de que sean palpables. (11)

En cuanto a los métodos diagnósticos, una vez que se detecta una anomalía, se pueden utilizar diversas pruebas para confirmar la presencia de cáncer. La biopsia, donde se extrae una pequeña muestra de tejido mamario para examinarla bajo el microscopio, es el estándar de oro para el diagnóstico de cáncer de mama. Otras pruebas diagnósticas pueden incluir la ecografía mamaria y la resonancia magnética, que ayudan a proporcionar una imagen más clara de la anomalía y a planificar el tratamiento adecuado. (12)

La teoría del déficit de autocuidado destaca la importancia de la intervención de los profesionales de enfermería en apoyar a las mujeres en la realización efectiva de

prácticas de autocuidado y en superar cualquier barrera que impida la detección precoz y el tratamiento oportuno del cáncer de mama. Esto puede implicar proporcionar educación sobre cómo realizar correctamente el autoexamen mamario, fomentar la participación en programas de cribado y ofrecer apoyo emocional a lo largo del proceso diagnóstico y de tratamiento. (13)

2.6. TEORÍAS DEL MARCO METODOLÓGICO

Es importante considerar que la construcción y validación de instrumentos en investigación está basada en las teorías psicométricas clásicas del test y de respuesta al ítem

2.6.1. Teorías Psicométricas para la validación de un instrumento

La Teoría Clásica del Test (TCT), también conocida como teoría de los tests psicométricos, es un marco teórico fundamental en la psicometría que se centra en la evaluación y análisis de las pruebas psicológicas y educativas. Esta teoría, desarrollada a lo largo del siglo XX, se basa en la premisa de que cada puntuación observada en un test puede descomponerse en dos componentes principales: el verdadero valor o puntuación verdadera (T) del individuo en el constructo que se está midiendo y el error de medición (E). La puntuación verdadera representa la capacidad real del individuo en el atributo o habilidad evaluada, mientras que el error de medición refleja las fluctuaciones aleatorias que pueden afectar la puntuación observada (X), tales como el estado de ánimo del individuo, el contexto del examen, o la formulación de las preguntas, entre otros factores. Según la TCT, la puntuación observada es, entonces, la suma de la puntuación verdadera y el error de medición ($X = T + E$). Uno de los principios fundamentales de la TCT es que el error de medición es inherente a cualquier proceso de evaluación, y su reconocimiento es crucial para interpretar correctamente los resultados de un test. La teoría busca, por lo tanto, estimar y controlar este error para aumentar la fiabilidad o consistencia de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las mediciones. La fiabilidad de un test, según la TCT, se refiere al grado en el que el instrumento es capaz de producir resultados consistentes y libres de errores a lo largo del tiempo o en diferentes ocasiones. La alta fiabilidad de un test indica que las puntuaciones obtenidas por los individuos serán relativamente estables en repeticiones del test, asumiendo que el constructo medido no ha cambiado. La fiabilidad se mide a través de varios métodos, incluyendo la forma paralela, el test-retest, las mitades partidas y la consistencia interna, cada uno de ellos adecuado para situaciones específicas. La validez, otro concepto central en la TCT, se refiere a la precisión con la que un test mide realmente el constructo que pretende medir. La validez se puede desglosar en varias formas, incluyendo la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo. La validez de contenido examina si el test cubre adecuadamente el dominio del constructo medido; la validez de criterio evalúa la capacidad del test para predecir un criterio externo relacionado; y la validez de constructo investiga en qué medida el test mide el constructo teórico que pretende medir. A pesar de su amplia aplicación y su utilidad en la construcción y evaluación de tests psicológicos y educativos, la TCT no está exenta de limitaciones. Una de las críticas más significativas es su suposición de que el error de medición es constante para todos los individuos y a lo largo de diferentes aplicaciones del test, una premisa que puede no ser válida en todas las situaciones. Además, la TCT se centra principalmente en la fiabilidad y la validez de los tests, pero no aborda directamente la cuestión de cómo se deben interpretar las puntuaciones a nivel individual. (14)

La Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), también conocida por sus siglas en inglés como IRT (Item Response Theory), es un enfoque moderno y sofisticado utilizado en la construcción y análisis de tests en los campos de la psicología educativa y la evaluación educativa. A diferencia de la Teoría Clásica del Test (TCT), que se basa principalmente en las puntuaciones totales de los tests y asume un error de medición constante, la TRI se enfoca en la relación entre la habilidad o rasgo latente de un individuo y la probabilidad de que este elija una determinada respuesta en un ítem específico del test. Es decir, la TRI proporciona un modelo matemático que

describe cómo las características de los ítems (por ejemplo, dificultad, discriminación) y las habilidades de los individuos interactúan para influir en la probabilidad de una respuesta específica. Uno de los principios fundamentales de la TRI es que cada ítem de un test tiene sus propias propiedades, que pueden ser analizadas independientemente de las muestras de individuos a los que se administra el test. Estas propiedades incluyen la dificultad del ítem, su capacidad para discriminar entre individuos con diferentes niveles del rasgo medido y, en algunos modelos, la probabilidad de adivinar una respuesta correcta. La TRI utiliza funciones matemáticas, conocidas como funciones de respuesta al ítem, para modelar estas relaciones. La TRI ofrece varias ventajas significativas sobre la TCT. Una de ellas es su capacidad para proporcionar estimaciones de la habilidad de los individuos que no dependen del test específico utilizado, lo que permite comparar directamente las habilidades de individuos que han tomado diferentes versiones de un test. Esto es especialmente útil en contextos educativos donde se requiere una comparación justa y precisa de las habilidades de los estudiantes. Además, la TRI puede ofrecer información detallada sobre las propiedades de los ítems, lo que facilita la construcción de tests más precisos y justos. La TRI se aplica a través de diferentes modelos, dependiendo de la naturaleza de los datos. Los modelos más comunes son el modelo de un parámetro (1PL), también conocido como el modelo de Rasch, que asume que todos los ítems tienen la misma capacidad de discriminación; el modelo de dos parámetros (2PL), que permite que cada ítem tenga su propia capacidad de discriminación; y el modelo de tres parámetros (3PL), que añade un parámetro de adivinanza para cada ítem. Cada uno de estos modelos tiene sus propias aplicaciones y limitaciones, y la elección entre ellos depende de las características específicas del test y los objetivos de la evaluación. La implementación de la TRI, sin embargo, no está exenta de desafíos. Requiere un conocimiento sólido de estadísticas y matemáticas, así como acceso a software especializado. Además, la recolección de datos suficientes y de alta calidad es crucial para la estimación precisa de las propiedades de los ítems y las habilidades de los individuos. (14)

Validación de Cuestionarios Clínicos

La validación de cuestionarios clínicos es un proceso meticuloso y crucial en la investigación en salud, que asegura que los instrumentos utilizados para recopilar datos sean tanto confiables como válidos. Este proceso implica una serie de pasos sistemáticos destinados a confirmar que el cuestionario mide efectivamente lo que pretende medir y que puede hacerlo de manera consistente a lo largo del tiempo y en diferentes poblaciones. La validación es fundamental porque los datos recogidos a través de estos cuestionarios son a menudo utilizados para tomar decisiones clínicas importantes, diseñar intervenciones de salud pública y avanzar en la comprensión científica de diversas condiciones de salud. El proceso de validación comienza con la definición clara de los objetivos del cuestionario y la conceptualización precisa de las variables que se pretenden medir. A partir de aquí, se desarrolla el instrumento inicial, que luego se somete a una serie de pruebas y revisiones. Uno de los primeros pasos en la validación es asegurarse de que el cuestionario tenga validez de contenido, lo que significa que los ítems incluidos cubren de manera exhaustiva el dominio o los conceptos que el cuestionario pretende explorar. Esto a menudo requiere la revisión por parte de expertos en el tema, quienes pueden ofrecer retroalimentación crítica sobre la pertinencia y la exhaustividad de los ítems del cuestionario. Además de la validez de contenido, la validez de constructo es otro componente esencial en el proceso de validación. Esto implica probar la teoría subyacente que el cuestionario se propone medir. A través de análisis estadísticos, como el análisis factorial, los investigadores pueden determinar si los ítems del cuestionario se agrupan de manera que coincidan con las expectativas teóricas, proporcionando evidencia de que el instrumento mide el constructo o los constructos de interés.

La fiabilidad o consistencia del cuestionario es igualmente importante y se refiere a la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes en diferentes ocasiones o con diferentes grupos de sujetos. La fiabilidad se puede evaluar de varias maneras, incluyendo el método test-retest, que examina la estabilidad del cuestionario a lo largo del tiempo, y la consistencia interna, que mide la coherencia

con la que los ítems del cuestionario que se supone que miden el mismo constructo están relacionados entre sí. Otro aspecto crucial en la validación de cuestionarios clínicos es la validez de criterio, que evalúa cómo las medidas obtenidas a partir del cuestionario se relacionan con un estándar externo o un criterio de referencia. Esto puede involucrar la comparación de los resultados del cuestionario con medidas objetivas de la condición de interés o con los resultados de otro instrumento previamente validado. Una vez que un cuestionario ha sido sometido a estas evaluaciones y ha demostrado tener una validez y fiabilidad adecuadas, puede requerir aún una validación en poblaciones específicas o en diferentes contextos para asegurar su aplicabilidad universal. Este proceso de validación transcultural es fundamental para garantizar que el cuestionario sea relevante y adecuado para su uso en diversos grupos culturales y lingüísticos. (15)

2.7. MARCO CONCEPTUAL

Concepto de Intervención

En el contexto del método científico, una intervención se refiere a la acción o conjunto de acciones deliberadas que un investigador implementa para examinar su efecto sobre una variable dependiente dentro de un experimento. Las intervenciones son manipuladas o controladas para observar cambios o resultados que puedan atribuirse causalmente a estas acciones específicas, permitiendo así el análisis de relaciones causa-efecto en estudios experimentales. (16)

Concepto de Enfermería

La enfermería es una disciplina y una profesión dentro del campo de la salud enfocada en el cuidado integral de individuos, familias y comunidades en todas las etapas de la vida y en situaciones de salud y enfermedad. Basada en la aplicación de conocimientos científicos y humanísticos, la enfermería promueve la salud, previene enfermedades, y participa en la recuperación, rehabilitación y cuidado paliativo, colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud. (16)

Concepto de Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de enfermería son acciones planificadas y realizadas por profesionales de enfermería dirigidas a promover, mantener o restaurar la salud de las personas, así como a prevenir enfermedades. Incluyen una amplia gama de actividades, desde el cuidado directo al paciente hasta la educación para la salud, la administración de tratamientos y medicamentos, y el apoyo emocional y psicológico.

Concepto de Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado de células malignas en el tejido mamario. Puede originarse en diferentes partes de la mama, como los conductos lácteos o los lóbulos, y tiene el potencial de diseminarse a otras partes del cuerpo. Afecta predominantemente a las mujeres, pero también puede presentarse en hombres, siendo uno de los tipos de cáncer más comunes a nivel mundial. (10)

Concepto de Constructo. Un constructo es un concepto teórico que representa fenómenos abstractos y no observables directamente, desarrollado para explicar comportamientos, emociones, procesos cognitivos o características. Los constructos son fundamentales en la investigación científica para conceptualizar variables que requieren medición indirecta a través de indicadores o ítems operacionales. (17)

Concepto de validez de contenido. La validez de contenido se refiere al grado en el que un instrumento de medición abarca de manera exhaustiva y representativa los elementos o ítems relacionados con el constructo o dominio específico que pretende medir. Evalúa si los aspectos relevantes del constructo están adecuadamente incluidos, asegurando que el instrumento sea completo y pertinente para los propósitos de la investigación. (18)

Concepto de validez aparente. La validez aparente, también conocida como validez facial, evalúa si, a primera vista y de manera superficial, un instrumento de

medición parece medir lo que se propone medir, basándose en el juicio subjetivo de expertos o de la población de estudio. No implica una evaluación profunda, sino una percepción inicial de relevancia y adecuación. (17)

Concepto de validez de constructo. La validez de constructo examina en qué medida un instrumento de medición logra capturar y reflejar efectivamente el constructo teórico que se propone medir. Implica la comprobación de hipótesis teóricas sobre las relaciones entre el constructo medido y otros constructos, a través de análisis estadísticos que pueden incluir correlaciones, análisis factorial, entre otros. (17)

Concepto de validez de criterio. La validez de criterio se refiere a la capacidad de un instrumento de medición para predecir o correlacionar con un criterio externo considerado como un estándar de oro. Puede ser concurrente, cuando la medición y el criterio se evalúan al mismo tiempo, o predictiva, cuando la medición se utiliza para predecir un resultado futuro. (19)

Concepto de Confiabilidad. La confiabilidad o fiabilidad de un instrumento de medición indica su consistencia y precisión a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones o poblaciones. Un instrumento confiable produce resultados estables y coherentes en aplicaciones repetidas bajo las mismas condiciones, minimizando el error de medición. (19)

3. JUSTIFICACION

En la actualidad en México, el cáncer de mama constituye una de las enfermedades de mayor incidencia (47.8%) y mortalidad (13.6%) en la población en general. Globocan 2022 describe en sus reportes un aumento de incidencia evaluada hasta el año 2020 del cáncer de mama en un 29.92% en la población en general. (20)

Ante el número creciente de personas portadoras de este tipo de cáncer, la OMS refiere al personal de salud como uno de los protagonistas para identificar los signos y síntomas del cáncer de mama inicial de modo que, cuando proceda, se derive a las mujeres a los servicios de diagnóstico. (OMS)

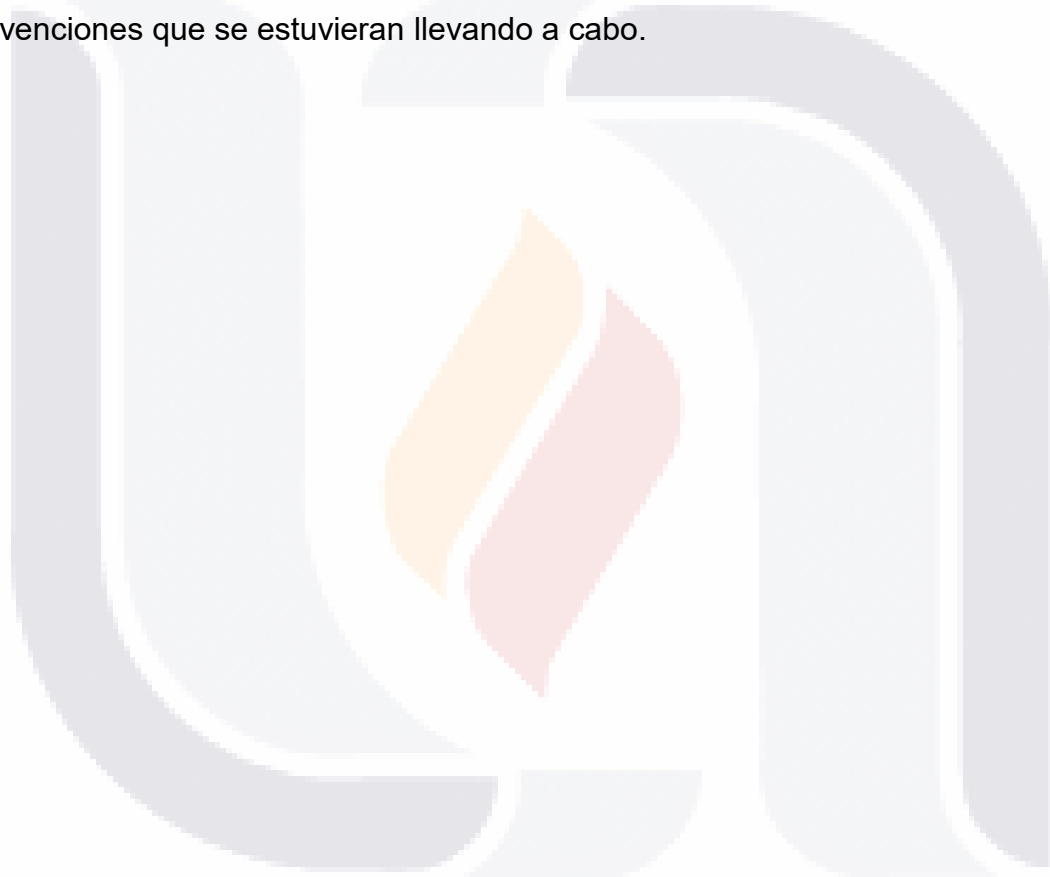
En este sentido, se requiere fortalecer el adiestramiento y el conocimiento, principalmente, al personal de salud, y que éste brinde la información necesaria al paciente en riesgo, mediante fuentes confiables que respalden su ejecución e implementación en un nivel de atención primario, encaminado a las acciones preventivas del cáncer de mama, mismas que serán de relevancia antes, durante y posterior a la atención médica que se otorgue a la paciente propiamente.

El personal de salud por tanto considerado un pilar muy importante en el manejo del paciente con cáncer de mama y el mantenimiento de una buena calidad de vida, adquiere el compromiso de impactar de manera positiva en la disminución de la morbimortalidad, siendo así necesario que el personal de salud cuente con un instrumento que mida determinadas acciones, permita su comprensión y el estudio de los casos observados, además de la evaluación continua del personal de salud ante el manejo preventivo. Bajo este contexto, la GPC SS-743-15 “Intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención”, va encaminada al desarrollo de dichas acciones, de forma que oriente conductas competentes en la práctica clínica.

Para ello se requiere construir un instrumento válido que mida dichas intervenciones para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención, ya que ante la búsqueda de información para la fundamentación de este estudio, se pudo identificar que no existe información científica suficiente encaminada a la construcción de un instrumento válido y

confiable que evalúe tales intervenciones, únicamente instrumentos orientados a la evaluación de otras áreas de la salud.

Los resultados obtenidos de esta investigación se difundirán de manera bibliográfica a nivel local con la finalidad de ser de utilidad para el personal de salud principalmente en el primer nivel de atención como herramienta de medición, respaldo y evaluación al llevarse a la práctica, así mismo favorezca para futuras investigaciones o nuevas herramientas que utilicen estrategias compatibles, de manera que se posibiliten análisis conjuntos, comparaciones y evaluaciones de intervenciones que se estuvieran llevando a cabo.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estado de Aguascalientes, el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene una cobertura del 38.8% de la población total (21), otorgando seguridad social conformada por 5 seguros y prestaciones, disponibles para trabajadores, asalariados y a sus familias. Se organiza a su vez en 3 niveles de atención, siendo que en Aguascalientes se cuenta únicamente con atención de primero y segundo nivel.

Aguascalientes brinda atención de segundo nivel en los Hospitales Generales de Zona No. 1, 2 y 3. Mientras que la atención de primer nivel se ofrece en 12 unidades de Medicina Familiar distribuidas en todo el estado, lugares donde se previene y controlan enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cáncer de mama, Cáncer Cervico uterino; esto con el propósito de detectar oportunamente éstas y otras enfermedades, su control y las posibles complicaciones de las mismas.

En el municipio de Aguascalientes, se encuentra la Unidad de Medicina Familiar No. 1, misma que atiende un total de 12,137 pacientes afiliados, de los cuales 86 de ellos con cáncer de mama durante el periodo enero 2021 a 15 de agosto 2022.

La detección oportuna como parte de la prevención de enfermedades crónicas, siendo el caso del Cáncer de mama, propiamente, resulta una acción compleja, cuya dificultad radica en la participación no sólo de la paciente, si no del personal de salud involucrado en que se lleve a cabo tal acción, y que éste último, responsablemente tenga la información necesaria para poder hacer frente a la enfermedad. Bajo este contexto y considerando el impacto que representa la enfermedad en la población de estudio, radica la relevancia de realizar este estudio.

En el vasto y complejo mundo de la atención sanitaria, las intervenciones de enfermería juegan un papel crucial en el cuidado y recuperación de los pacientes. Dentro de este contexto, la teoría del autocuidado y la teoría del déficit de

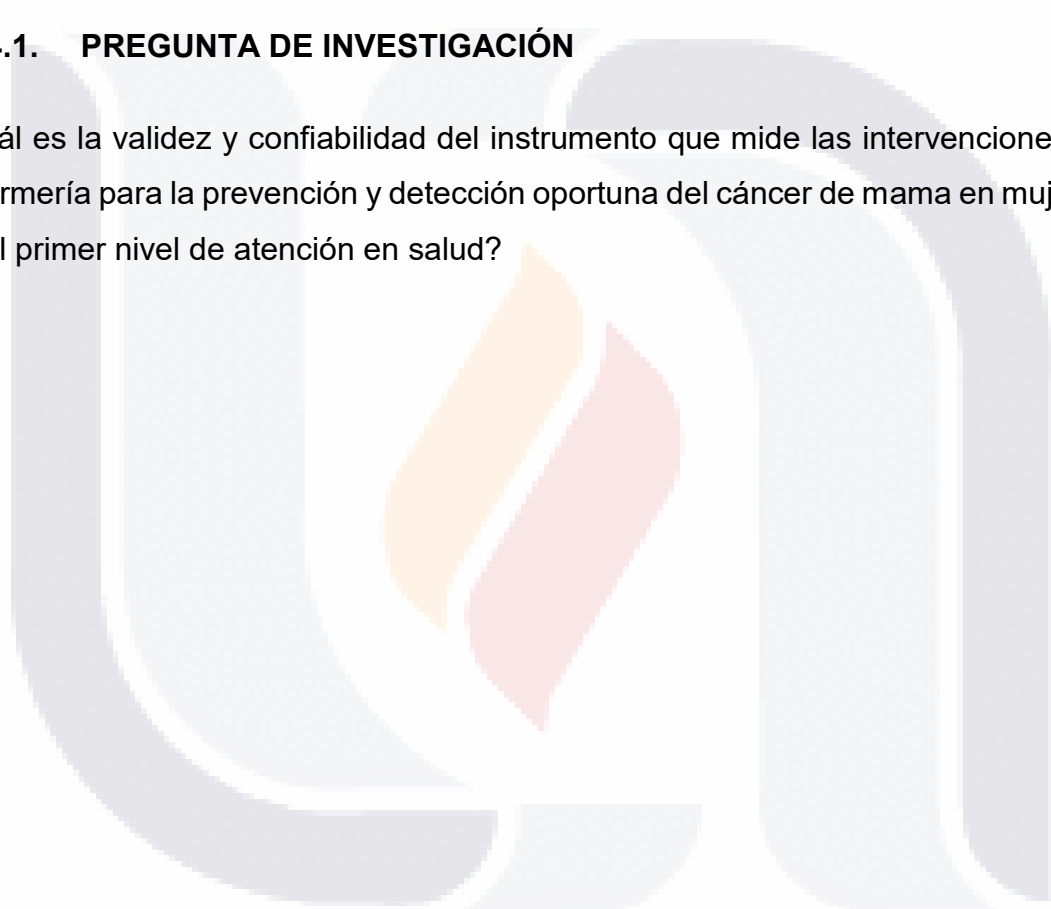
autocuidado de Dorothea E. Orem ofrecen un marco invaluable para comprender y mejorar estas intervenciones. A través del análisis de seis instrumentos diseñados para evaluar distintas facetas de las intervenciones de enfermería, podemos apreciar la amplitud y profundidad de estas prácticas, así como su impacto directo en la calidad del cuidado al paciente. Uno de estos instrumentos se centra específicamente en el cuidado de pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva en unidades de cuidados intensivos (UCI), un entorno donde la precisión y la eficacia de las intervenciones de enfermería son vitales para la supervivencia y recuperación del paciente. Este instrumento evalúa cómo las acciones de enfermería pueden influir en la estabilidad y progreso de estos pacientes críticamente enfermos, destacando la importancia del conocimiento especializado y la capacidad de respuesta rápida en situaciones de alta presión(1). En contraste, otro de los instrumentos analizados identifica las actividades de enfermería realizadas en unidades pediátricas, resaltando el papel de la enfermería en la creación de un entorno seguro y reconfortante para los niños hospitalizados. Este instrumento sirve como herramienta de apoyo para definir la carga de trabajo en dichas unidades, asegurando que los recursos sean adecuadamente asignados para satisfacer las necesidades únicas de los pacientes pediátricos y sus familias (6). Además, se ha desarrollado un instrumento específico para la consulta de enfermería dirigida a púérperas en la atención básica. Este instrumento subraya la importancia del seguimiento y apoyo en el posparto, una etapa crítica tanto para la madre como para el recién nacido. Al enfocarse en el bienestar integral de la púérpera, este instrumento refleja cómo las intervenciones de enfermería pueden promover una transición saludable a la maternidad y fortalecer los vínculos entre la madre y el bebé(3). Otro instrumento se ha construido en torno a diagnósticos de enfermería para personas en cuidados paliativos, basándose en el Modelo de Cuidados para Preservación de la Dignidad y en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) (4). Este instrumento enfatiza la necesidad de intervenciones que no solo aborden los síntomas físicos, sino que también consideren el bienestar emocional y psicológico del paciente, promoviendo una calidad de vida digna hasta el final. (5)

De estos 6 instrumentos de referencia para el estudio, 2 cuentan con validez de contenido, uno de ellos incluyendo la técnica Delphi. Los 6 carecen de validez aparente, validez de constructo y validez de criterio. Donde, para obtener la validez facial del instrumento construido para evaluar las intervenciones de enfermería en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica invasiva en la UCI, se utilizó la V. Aiken por encima de 0,70 y para la validez de contenido se realizó el cálculo de Lawshe Modificado igual o mayor a de 0,58. La validez de constructo se obtuvo por medio del análisis factorial con ocho dominios NANDA y finalmente la confiabilidad se reportó con test-retest. (1) El instrumento de Consulta de Enfermería para púerperas en la atención básica, utilizó para su validación por los especialistas, la técnica Delphi, para obtener, comparar y dirigir el juicio de los expertos y la selección y desarrollo de los diagnósticos/resultados de enfermería e intervenciones de enfermería basado en los elementos validados. (3) El instrumento construido acerca de diagnósticos de enfermería para personas en cuidados paliativos fundamentados en el Modelo de Cuidados para Preservación de la Dignidad y en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), hizo uso, para su validación de contenido, de peritos seleccionados de acuerdo con los criterios de Fehring modificados. (4) El instrumento diseñado como lista de verificación titulado “Atención de enfermería para el período preoperatorio de angioplastia transluminal percutánea”, para la validación de contenido del instrumento, se llevó a cabo con expertos a través de la Técnica Delphi. (5)

Con los resultados obtenidos en la revisión sistemática anteriormente descrita, se puede identificar que no existen instrumentos propiamente que evalúen las intervenciones de enfermería en el cáncer de mama respecto a prevención y detección oportuna de la enfermedad en el primer nivel de atención, únicamente encontrándose instrumentos que evalúan las acciones de enfermería en otras áreas distintas de la salud, razón por la cual es necesario construir y validar un instrumento que mida estas intervenciones en dicha población.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento que mide las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud?



5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Construir y validar un instrumento que mide las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir un instrumento para medir las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.
- Medir la validez de contenido de un instrumento que establezca las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.
- Medir la validez aparente de un instrumento que establezca las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.
- Medir la validez de constructo exploratorio y confirmatorio de un instrumento que establezca las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.
- Medir la validez de criterio de un instrumento que establezca las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.
- Medir la confiabilidad de un instrumento que establezca las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención.

6. HIPÓTESIS

Por el tipo de estudio, no se requiere hipótesis

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio trata de investigación evaluativa con un diseño de instrumentación, con el propósito de construir y validar un instrumento.

7.2. UNIVERSO

Todo el Personal de enfermería (17 enfermeros (as) del turno matutino y 15 enfermeros (as) del turno vespertino, con total de 32 enfermeros (as)) adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes

7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personal de enfermería adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes

7.4. POBLACIÓN ACTUAL

Personal de enfermería adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes que acepte participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado

7.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Enfermero (a) adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes

7.6. UNIDAD DE ANÁLISIS

Resultados del instrumento que mide las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud.

7.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.7.1. Criterios de Inclusión

- Ser enfermero (a) adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes y firme la carta de consentimiento informado.

7.7.2. Criterios de Exclusión

- Ser enfermero (a) No asignado a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes
- Ser enfermero (a) adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes que se encuentre en periodo vacacional.

7.7.3. Criterios de Eliminación

- Cuestionarios realizados por el personal de enfermería participante con menos del 60% del instrumento no contestado.

7.8. MUESTREO

7.8.1. Marco muestral

Total, del personal de enfermería adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes

7.8.2. Unidad muestra

Enfermero (a) adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes

7.8.3. Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

7.8.4. Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra final se calculó a partir de los ítems que resulten de la fase de validez de contenido, ya que una vez llevada a cabo, se reducirá el número de ítems que conformara el instrumento final, ya que en ella se determina la pertinencia teórica de los ítems a incluir en el instrumento que se aplicara a la población de estudio.

7.9. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DE “LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD”

El instrumento es desarrollado en base a la Guía de Práctica Clínica de las “INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN” 2015, construida con la finalidad de establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible.

Dicho instrumento se propuso a partir del proceso de operacionalización del concepto de intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud. Se identificaron siete dominios, 2 como intervenciones de prevención primaria y 5 de prevención secundaria.

Secciones del Instrumento

El instrumento utilizado se dividió en 4 partes:

- Parte 1: Datos sociodemográficos que permitieron conocer las características de la población.
- Parte 2: En este apartado se incluyeron las actividades de prevención primaria, evaluando los conocimientos del personal de enfermería a través de enunciados que debían ser contestados utilizando la escala Likert para conocer sus opiniones sobre el tema.
- Parte 3: La tercera etapa abordó las actividades de protección específica y detección oportuna para el cáncer de mama, enumerando enunciados donde los participantes debían responder con Sí o No en función de lo que consideraran

correcto en el tema y debían identificar los signos y síntomas de riesgo para el cáncer de mama.

- Parte 4: La cuarta etapa evaluó los conocimientos sobre la exploración de mama, autoexploración, identificación por mamografía e identificación de riesgo ante hallazgos anormales, mediante enunciados de respuesta dicotómica con Sí o No, según lo que los participantes consideraran correcto. El instrumento se validó en dos etapas.

7.10. LOGÍSTICA

Se informó a la directora de la unidad de Medicina Familiar No. 1 acerca del trabajo de investigación que se había llevado a cabo, solicitando su autorización para realizarlo, así como validar el instrumento y aplicarlo al personal de enfermería asignado a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS OOAD Aguascalientes.

En un primer paso, se solicitó la evaluación del instrumento a través de un comité conformado por 5 expertos, que incluía a un experto en metodología, un especialista en Ginecología y Obstetricia, un especialista en Oncología Ginecológica, un especialista en Medicina Familiar y un experto en enfermería de primer nivel de atención.

Se enviaron por vía electrónica a los expertos los objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización, el instrumento inicial y la plantilla de juicio de expertos (incluida en los anexos). Su tarea consistía en evaluar el instrumento diseñado para medir "las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud". Se recopilaron las valoraciones emitidas por los expertos y se llevaron a cabo discusiones para abordar las posibles discrepancias hasta lograr una concordancia y coherencia en la redacción del instrumento, de modo que fuera aplicable a los participantes. Finalmente, se elaboró un informe final que respaldaba todo el proceso realizado en la construcción y validación del instrumento.

7.11. ANALISIS DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

7.11.1. Validez de Contenido

En el estudio se llevó a cabo una investigación evaluativa con un diseño de instrumentación con el objetivo de desarrollar y validar un instrumento para medir las intervenciones de enfermería enfocadas en la prevención y detección temprana del cáncer de mama. La población objetivo consistió en todo el personal de enfermería, sumando un total de 32 enfermeros y enfermeras, asignados a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Aguascalientes, perteneciente al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD). Para llevar a cabo la validación de criterio de la escala propuesta, se implementó un proceso meticuloso de revisión y evaluación. Inicialmente, se obtuvo la autorización de la directora de la unidad de Medicina Familiar No. 1 para realizar el estudio y aplicar el instrumento al personal de enfermería. Posteriormente, se conformó un comité de cinco expertos, incluyendo especialistas en metodología de investigación, ginecología y obstetricia, oncología ginecológica, medicina familiar, y enfermería de primer nivel de atención, con el propósito de evaluar el instrumento.

Se compartieron con los expertos, a través de correo electrónico, los objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización de las variables, el instrumento inicial y la plantilla de juicio de expertos. La tarea asignada a los expertos consistía en evaluar la escala diseñada para medir las intervenciones de enfermería para la prevención y detección temprana del cáncer de mama. Se recopilaron las valoraciones de los expertos y se realizaron discusiones para resolver discrepancias, logrando así una coherencia en la redacción del instrumento y asegurando su aplicabilidad a la población de estudio. El proceso de validación de criterio culminó con la elaboración de un informe final que documentaba de manera exhaustiva todas las actividades realizadas, desde la construcción hasta la validación del instrumento, destacando la importancia de este en la mejora de las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en el primer nivel de atención en salud. Este enfoque metodológico no solo permitió validar el instrumento en cuestión sino también reforzar la importancia de

la evaluación experta en el desarrollo de herramientas de medición en el ámbito de la salud.

7.11.2. Validez aparente o Lógica

En el desarrollo del estudio se emprendió una meticulosa metodología para asegurar la validez aparente o lógica del instrumento propuesto. El enfoque adoptado se centró en evaluar la relevancia, la claridad y la pertinencia de los ítems del instrumento desde una perspectiva cualitativa, involucrando a un diverso grupo de expertos en el campo. Inicialmente, tras recibir la autorización necesaria de la directora de la unidad de Medicina Familiar No. 1, se procedió a conformar un comité de evaluación. Este comité estaba compuesto por cinco expertos con conocimientos especializados en áreas clave para el estudio: metodología de investigación, ginecología y obstetricia, oncología ginecológica, medicina familiar y enfermería de primer nivel. A estos expertos se les proporcionó un conjunto de materiales vía electrónica, que incluía los objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización de las variables, el instrumento inicial y una plantilla para el juicio de expertos, integrada en los anexos del estudio.

El objetivo principal de esta fase era obtener una evaluación exhaustiva del instrumento desde una perspectiva de validez aparente, centrada en la apariencia de validez y lógica de los ítems para medir de manera efectiva las intervenciones de enfermería en la prevención y detección oportuna del cáncer de mama. Los expertos revisaron cada ítem del instrumento, considerando su claridad, relevancia y pertinencia en relación con los objetivos del estudio. Este proceso permitió identificar y resolver cualquier ambigüedad o irrelevancia percibida en los ítems, asegurando que el instrumento fuera comprensible y aplicable para los participantes previstos. A lo largo de este proceso, se recopilaron las valoraciones de los expertos y se llevaron a cabo discusiones para abordar las discrepancias, trabajando en conjunto hasta alcanzar un consenso sobre la coherencia y adecuación del instrumento. Este enfoque colaborativo facilitó la refinación del instrumento, asegurando que cada ítem reflejara de manera precisa y clara las dimensiones que se pretendían evaluar.

7.11.3. Validez de Constructo

La evaluación de la validez de constructo comenzó con la definición clara de las construcciones teóricas subyacentes al estudio. Se identificaron y detallaron los componentes teóricos de las intervenciones de enfermería, basándose en una revisión exhaustiva de la literatura y en el consenso de expertos en el campo. Este paso inicial fue crucial para establecer una base sólida sobre la cual evaluar la validez del instrumento. A continuación, se procedió a la operacionalización de estos constructos teóricos en ítems concretos del instrumento. Cada ítem fue diseñado para reflejar un aspecto específico de las intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención y detección del cáncer de mama, asegurando así que el instrumento cubriera de manera comprensiva el espectro de actividades relevantes en este ámbito. Para la validación propiamente dicha, se emplearon técnicas estadísticas avanzadas. Entre estas, se incluyó el análisis factorial exploratorio (AFE) para examinar la estructura subyacente del instrumento y confirmar si los ítems agrupados reflejaban las construcciones teóricas esperadas. Este análisis permitió identificar y confirmar las dimensiones fundamentales del constructo, así como ajustar el instrumento según fuera necesario para mejorar su coherencia interna y su capacidad para medir las construcciones teóricas de interés.

7.11.4. Validez de Criterio

La validación de criterio se inició identificando los criterios externos adecuados contra los cuales se compararía el nuevo instrumento. Estos criterios fueron seleccionados en base a su relevancia y validez establecida para medir intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención y detección del cáncer de mama. Dicha selección fue realizada por el comité de expertos, compuesto por especialistas en metodología de investigación, ginecología y obstetricia, oncología ginecológica, medicina familiar, y enfermería de primer nivel de atención, quienes evaluaron distintas opciones hasta llegar a un consenso sobre los criterios más apropiados. Una vez identificados los criterios externos, se procedió a la recolección de datos utilizando el instrumento desarrollado, aplicándolo a la población de

estudio compuesta por el personal de enfermería adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes. Los participantes fueron aquellos que aceptaron formar parte del estudio firmando un consentimiento informado.

7.11.5. Confiabilidad

Este coeficiente es ampliamente reconocido como un indicador de la consistencia interna de un instrumento, es decir, en qué medida los ítems del instrumento están correlacionados entre sí, lo cual es esencial para asegurar que todos ellos midan el mismo constructo o dimensión. Para llevar a cabo esta evaluación, inicialmente, se aplicó el instrumento diseñado a la población de estudio, constituida por todo el personal de enfermería adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes. Este grupo incluyó a 17 enfermeros(as) del turno matutino y 15 del turno vespertino, sumando un total de 32 participantes. Todos los participantes dieron su consentimiento informado antes de participar en el estudio. Una vez recopilados los datos a través del instrumento, se procedió al análisis estadístico para calcular el Alfa de Cronbach. Este análisis se realizó utilizando software estadístico adecuado, que permitió evaluar la coherencia de las respuestas a los diferentes ítems del cuestionario. El coeficiente Alfa de Cronbach se interpreta en una escala de 0 a 1, donde valores más cercanos a 1 indican una mayor consistencia interna del instrumento. Un valor de Alfa de Cronbach de 0.70 o superior generalmente se considera aceptable para la mayoría de las investigaciones en ciencias sociales y de la salud, aunque este umbral puede variar ligeramente dependiendo del área de estudio y del propósito del instrumento.

7.12. RECOLECCIÓN DE DATOS

7.12.1. Plan para el análisis de datos

En el caso de las variables en escalas cuantitativas con una distribución normal o paramétrica, se han descrito utilizando la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Para las variables con una distribución no normal o no paramétrica, se ha empleado la mediana como medida de tendencia central y los cuartiles como medida de dispersión. En cuanto a las variables en escalas cualitativas, se han descrito las frecuencias absolutas y relativas.

7.13. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se adhirió estrictamente a lo establecido en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de Investigación para la salud. (22)

Artículo 13: "En toda investigación en la que el ser humano fue sujeto de estudio, se dio prioridad al respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar". (22)

Artículo 14: "Se obtuvo el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, siguiendo las excepciones que este Reglamento contemplaba". (22)

Artículo 17: "Se llevaron a cabo investigaciones sin riesgo, utilizando técnicas y modelos de investigación o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, como cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, siempre sin identificarlos ni abordar aspectos sensitivos de su conducta". (22)

Artículo 20: El consentimiento informado fue definido como un acuerdo por escrito, a través del cual el sujeto de investigación o su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos involucrados, ejerciendo su libre elección y sin sufrir

coacción alguna. (22) La carta de consentimiento informado se adjuntó en los anexos.

7.14. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

7.14.1. Recursos humanos

1. Tesista
2. Tutor a cargo de la investigación
3. Médicos especialistas expertos
4. Personal de enfermería

7.14.2. Recursos tecnológicos y materiales miscelaneos

Computadora personal (laptop)

- Red de internet
- Acceso a base de datos de la Red local de la UMF 1, IMSS, Aguascalientes
- Paquetes estadísticos para procesamiento de datos STATA v14.0, ATLAS. ti 7, EPIDAT v 3.0, EXPRESS SCRIBE
- Impresora/Tóner para impresora
- Hojas blancas para impresión
- Fotocopias del instrumento
- Plumitas/lapiceros

7.14.3. Financiamiento

El costo total de esta investigación fue pagado por el tesista

7.14.4. Factibilidad

Fue un protocolo factible de llevar a cabo, y debido a la naturaleza de esta investigación, no requirió gastos significativos, sin embargo, consistió en un exhaustivo proceso intelectual de análisis estadístico.

7.15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

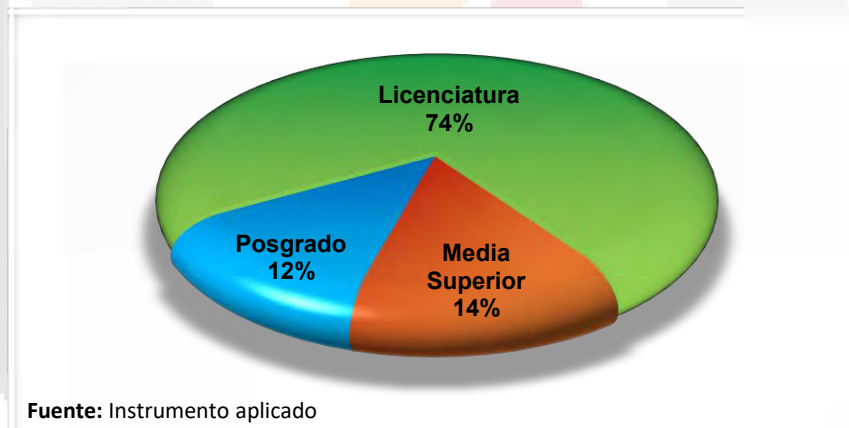
Actividad	2023											2024	
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Acopio de la literatura	R	R											
Revisión de la literatura		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Diseño del protocolo			R										
Planteamiento del problema			R	R									
Antecedentes				R									
Justificación				R	R								
Introducción					R								
Hipótesis					R	R							
Material y métodos						R							
Envío de protocolo a SIRELCIS						R	R	R	R	R			
Registro y aprobación ante comité de ética								R	R	R	R		
Registro y aprobación ante comité de investigación										R	R		
Acopio de la información										R	R		
Captura y tabulación de la información										R	R		
Análisis de la información											R		
Elaboración del informe de tesis final											R		
Discusión de resultados											R		
Presentación de resultados												R	

8. RESULTADOS

8.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

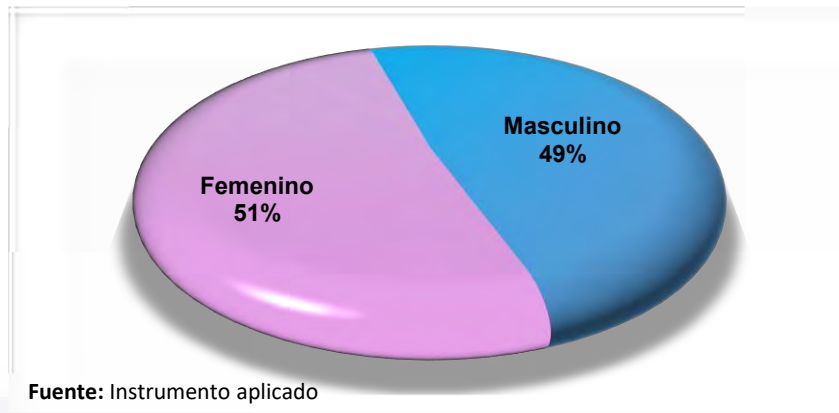
La **Gráfica 1** que se presenta muestra la distribución porcentual de niveles de escolaridad de un grupo específico. Predominantemente, la mayoría de los individuos, con un 74%, han alcanzado el nivel de Licenciatura, lo que indica que una proporción sustancial del grupo estudiado posee una educación universitaria completa. Un 14% del grupo ha completado la educación Media Superior, que generalmente se refiere a estudios de bachillerato o equivalente. Por último, un 12% del conjunto ha cursado estudios de Posgrado, lo que sugiere que una fracción notable del grupo ha continuado su educación más allá del grado universitario, alcanzando niveles que incluyen maestrías y doctorados.

Gráfica 1. Escolaridad



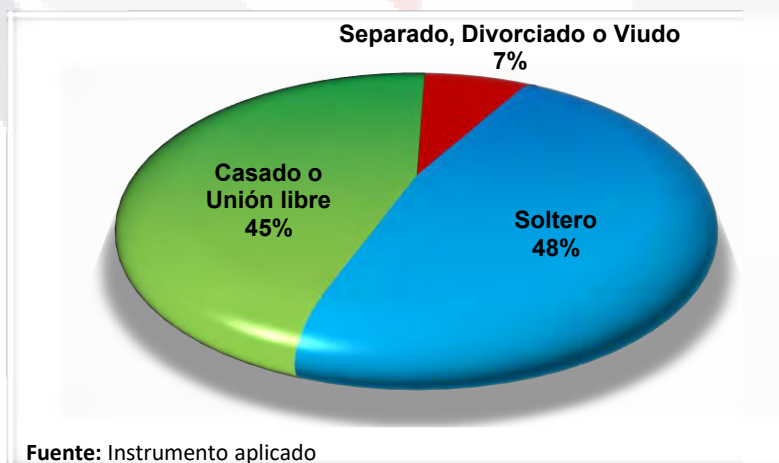
La **Gráfica 2** muestra una distribución casi equitativa en cuanto al sexo de los participantes o sujetos de estudio, con un ligero predominio del sexo femenino. El 51% de los individuos son mujeres, mientras que el 49% son hombres. Esta proporción refleja una balanceada representación de géneros, con una mínima diferencia porcentual que inclina la balanza ligeramente hacia una mayor participación femenina.

Gráfica 2. Sexo



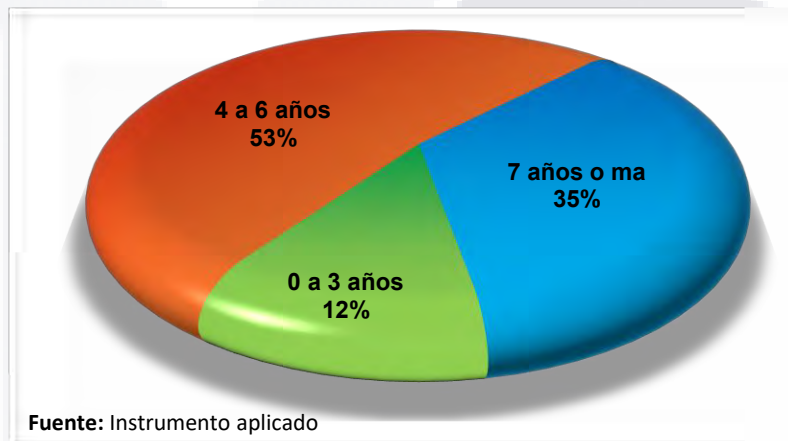
La **Gráfica 3** muestra la composición del estado civil de un grupo de individuos. Los solteros constituyen la mayor proporción con un 48%, lo que indica que casi la mitad del grupo no está casado ni vive en pareja. Le sigue de cerca el porcentaje de personas casadas o en unión libre, con un 45%, revelando que una fracción significativa del grupo mantiene una relación de pareja estable. Una minoría más pequeña, representando el 7%, está compuesta por personas que están separadas, divorciadas o viudas, lo que sugiere que solo una fracción del grupo ha experimentado la disolución de una unión conyugal o la pérdida de su pareja.

Gráfica 3. Estado civil



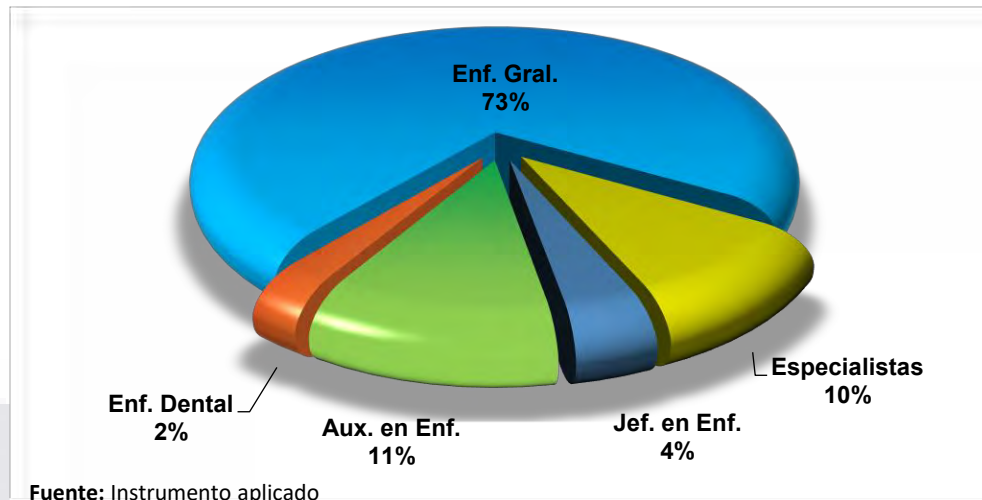
La **Gráfica 4** ilustra la antigüedad laboral de un grupo específico, distribuida en tres categorías. La categoría más representativa, con un 53%, comprende a aquellos con una antigüedad de 4 a 6 años, lo que indica que la mayoría de los individuos han estado trabajando en su puesto actual o en la organización por un periodo intermedio de tiempo. Los que tienen una antigüedad de 7 años o más representan el 35%, lo que muestra que más de un tercio de los individuos posee una considerable permanencia en su empleo.

Gráfica 4. Antigüedad laboral



La **Gráfica 5** muestra la distribución porcentual de empleados según el puesto de trabajo. La mayoría, un 73%, ocupa el puesto de Enfermería General, lo que indica que la gran parte de los trabajadores desempeñan funciones generales de enfermería. Los Auxiliares de Enfermería representan un 11%, lo que refleja una proporción significativa que brinda soporte en las tareas de cuidado y asistencia a los enfermeros generales. Los Especialistas, con un 10%, sugieren que hay una parte del personal que posee formación especializada en áreas específicas de la salud. Los puestos de Jefatura en Enfermería constituyen un 4%, lo que muestra que hay una pequeña fracción que se encarga de la gestión y liderazgo dentro del equipo de enfermería.

Gráfica 5. Puesto



La **Gráfica 6** desglosa la antigüedad en el puesto de los empleados, evidenciando que la mayoría, con un 41%, ha estado en su actual posición durante un periodo de 0 a 3 años. Esto sugiere que una proporción considerable del personal es relativamente nuevo en su puesto. El siguiente grupo más grande, con un 35%, corresponde a aquellos que tienen una antigüedad de 4 a 6 años, lo que indica una estabilidad laboral significativa. Finalmente, el 24% del personal ha ocupado su puesto durante 7 años o más, reflejando un compromiso a largo plazo con su rol actual.

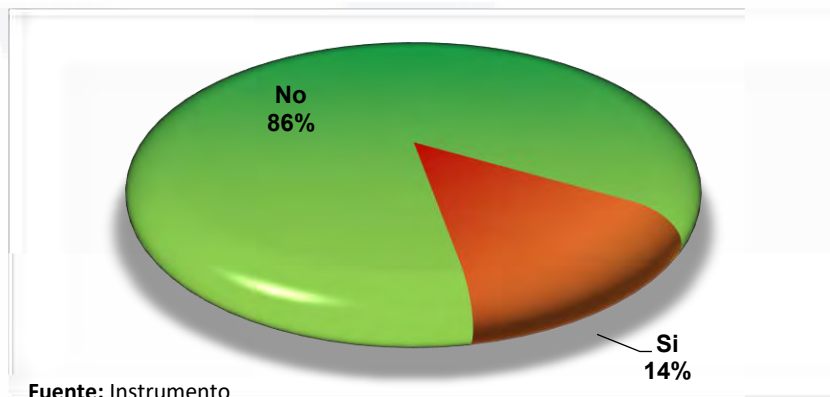
Gráfica 6. Antigüedad en el puesto



La **Gráfica 7** muestra la proporción de individuos que han recibido capacitación previa en relación con la información recopilada por una guía específica. Una gran

mayoría, el 86%, indica no haber recibido dicha capacitación, lo que sugiere que la mayor parte de los encuestados no están familiarizados o no han sido instruidos formalmente en el contenido o los procedimientos a los que se refiere la guía. Por otro lado, un 14% afirma haber recibido capacitación previa, representando una minoría que sí posee conocimientos o entrenamiento previo en la materia.

Gráfica 7. Capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía



8.2. VALIDEZ DE CONTENIDO

La validación de contenido se realizó a través del juicio de un panel de 5 expertos altamente calificados, conformado por un experto en validación de instrumentos, dos expertos en Ginecología y Obstetricia, un experto en Medicina Familiar y un experto en actividades de prevención de enfermería. Cada uno de estos profesionales aportó su conocimiento y experiencia invaluable al proceso de evaluación. Los resultados obtenidos del índice de validez de Lawshe fueron reveladores. En la Sección 1, los ítems obtuvieron puntuaciones que oscilaron entre 0.751 y 0.878, indicando una aceptable a buena pertinencia. Similarmente, en la Sección 2, las puntuaciones variaron desde 0.682 hasta 0.927, con varios ítems alcanzando altos niveles de acuerdo entre los expertos. La Sección 3 siguió un patrón comparable, con puntuaciones que fluctuaron entre 0.682 y 0.927. Estos

resultados reflejaron un grado significativo de consenso entre los expertos sobre la pertinencia y relevancia de la mayoría de los ítems.

Tabla 1. Índice Lawshe en la sección 1

Ítems	CRV*
SECCIÓN 1. Ítem 1	0.878
SECCIÓN 1. Ítem 2	0.751
SECCIÓN 1. Ítem 3	0.878
SECCIÓN 1. Ítem 4	0.751
SECCIÓN 1. Ítem 5	0.751
SECCIÓN 1. Ítem 6	0.751
SECCIÓN 1. Ítem 7	0.751
SECCIÓN 1. Ítem 8	0.878
SECCIÓN 1. Ítem 9	0.878
SECCIÓN 1. Ítem 10	0.878
SECCIÓN 1. Ítem 11	0.751

Tabla 2. Índice Lawshe en la sección 2

Ítems	CRV*	Ítems	CRV*
SECCIÓN 2. Ítem 1	0.751	SECCIÓN 2. Ítem 21	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 2	0.751	SECCIÓN 2. Ítem 22	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 3	0.878	SECCIÓN 2. Ítem 23	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 4	0.751	SECCIÓN 2. Ítem 24	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 5	0.878	SECCIÓN 2. Ítem 25	0.751
SECCIÓN 2. Ítem 6	0.682	SECCIÓN 2. Ítem 26	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 7	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 27	0.682
SECCIÓN 2. Ítem 8	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 28	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 9	0.878	SECCIÓN 2. Ítem 29	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 10	0.751	SECCIÓN 2. Ítem 30	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 11	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 31	0.927
SECCIÓN 2. Ítem 12	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 32	0.751
SECCIÓN 2. Ítem 13	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 33	0.878
SECCIÓN 2. Ítem 14	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 34	0.878
SECCIÓN 2. Ítem 15	0.878	SECCIÓN 2. Ítem 35	0.751
SECCIÓN 2. Ítem 16	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 36	0.878
SECCIÓN 2. Ítem 17	0.751	SECCIÓN 2. Ítem 37	0.878
SECCIÓN 2. Ítem 18	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 38	0.878
SECCIÓN 2. Ítem 19	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 39	0.878
SECCIÓN 2. Ítem 20	0.927	SECCIÓN 2. Ítem 40	0.682

Tabla 3. Índice Lawshe en la sección 3

Ítems	CRV*	Ítems	CRV*
SECCIÓN 3. Ítem 1	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 21	0.682
SECCIÓN 3. Ítem 2	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 22	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 3	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 23	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 4	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 24	0.751
SECCIÓN 3. Ítem 5	0.682	SECCIÓN 3. Ítem 25	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 6	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 26	0.927
SECCIÓN 3. Ítem 7	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 27	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 8	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 28	0.927
SECCIÓN 3. Ítem 9	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 29	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 10	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 30	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 11	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 31	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 12	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 32	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 13	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 33	0.927
SECCIÓN 3. Ítem 14	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 34	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 15	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 35	0.751
SECCIÓN 3. Ítem 16	0.751	SECCIÓN 3. Ítem 36	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 17	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 37	0.878
SECCIÓN 3. Ítem 18	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 38	0.927
SECCIÓN 3. Ítem 19	0.927	SECCIÓN 3. Ítem 39	0.682
SECCIÓN 3. Ítem 20	0.878	SECCIÓN 3. Ítem 40	0.878
		SECCIÓN 3. Ítem 41	0.927
		SECCIÓN 3. Ítem 42	0.751
		SECCIÓN 3. Ítem 43	0.878
		SECCIÓN 3. Ítem 44	0.682
		SECCIÓN 3. Ítem 45	0.878

8.3. VALIDEZ APARENTE

La validación aparente del instrumento comenzó con la convocatoria un grupo focal integrado por 11 participantes. Estos participantes fueron cuidadosamente seleccionados entre el personal de enfermería de la unidad de medicina familiar No. 1, atendiendo a criterios de inclusión y exclusión específicos para garantizar que su percepción y comprensión del instrumento fueran acordes con los objetivos del estudio. Uno de los aspectos más destacados de estas sesiones fue el análisis del ítem 2.1, originalmente formulado como **"El retaso diagnóstico del cáncer de mama se ha asociado al aumento de la morbilidad y mortalidad entre mujeres**

de bajos ingresos". Los participantes señalaron un error de ortografía en la palabra "retaso", sugiriendo que se corrigiera a "retraso". Este cambio fue el único realizado al instrumento, destacando la alta calidad de este y la precisión con la que fue recibido por el grupo focal.

8.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

La **Tabla 4** muestra la distribución de las respuestas en la Sección 1, los ítems 1 a 9 mostraron medias que oscilaron entre 4.3250 y 4.5750, con desviaciones típicas que variaron de .54758 a .67082, indicando una consistencia relativamente alta en las respuestas. La asimetría en estos ítems fue negativa, lo que sugiere una inclinación hacia puntuaciones más altas, mientras que la curtosis varió significativamente, con algunos ítems mostrando una distribución más plana y otros más puntiaguda. Sin embargo, los ítems 10 y 11 presentaron una notable desviación con medias de 1.0375 y 1.0125 respectivamente, y una asimetría y curtosis extremadamente altas, lo que indica una distribución de respuestas muy diferente.

Tabla 4. Distribución de las respuestas de la sección 1

Ítems	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
SECCIÓN 1. Ítem 1	4.4750	.55060	-.366	-.972
SECCIÓN 1. Ítem 2	4.3750	.62389	-.471	-.621
SECCIÓN 1. Ítem 3	4.3250	.56870	-.541	1.958
SECCIÓN 1. Ítem 4	4.4375	.61302	-.601	-.541
SECCIÓN 1. Ítem 5	4.4375	.59201	-.503	-.633
SECCIÓN 1. Ítem 6	4.4875	.63632	-1.161	1.699
SECCIÓN 1. Ítem 7	4.5625	.54758	-.728	-.573
SECCIÓN 1. Ítem 8	4.5125	.71146	-1.992	6.356
SECCIÓN 1. Ítem 9	4.5750	.67082	-2.345	9.033
SECCIÓN 1. Ítem 10	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 1. Ítem 11	1.0125	.11180	8.944	80.000

En la Sección 2, todos los ítems mostraron medias bajas, cerca de 1.0000, con desviaciones típicas que variaron desde 0.00000 hasta .31797, lo que sugiere una menor variabilidad en las respuestas. La asimetría y la curtosis en esta sección

también fueron en general altas, especialmente en los ítems con medias más bajas, lo que indica una tendencia a respuestas extremas en estos ítems. **Tabla 5**

Tabla 5. Distribución de las respuestas de la sección 2

Ítems	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
SECCIÓN 2. Ítem 1	1.0000	0.00000		
SECCIÓN 2. Ítem 2	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 2. Ítem 3	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 2. Ítem 4	1.0875	.28435	2.976	7.030
SECCIÓN 2. Ítem 5	1.1375	.34655	2.146	2.670
SECCIÓN 2. Ítem 6	1.1125	.31797	2.500	4.357
SECCIÓN 2. Ítem 7	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 2. Ítem 8	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 9	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 10	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 11	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 2. Ítem 12	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 13	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 14	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 2. Ítem 15	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 2. Ítem 16	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 2. Ítem 17	1.0875	.28435	2.976	7.030
SECCIÓN 2. Ítem 18	1.1125	.31797	2.500	4.357
SECCIÓN 2. Ítem 19	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 2. Ítem 20	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 2. Ítem 21	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 2. Ítem 22	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 2. Ítem 23	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 2. Ítem 24	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 25	1.1000	.30189	2.718	5.524
SECCIÓN 2. Ítem 26	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 2. Ítem 27	1.0750	.26505	3.289	9.044
SECCIÓN 2. Ítem 28	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 2. Ítem 29	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 2. Ítem 30	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 2. Ítem 31	1.0875	.28435	2.976	7.030
SECCIÓN 2. Ítem 32	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 2. Ítem 33	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 2. Ítem 34	1.0000	0.00000		
SECCIÓN 2. Ítem 35	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 2. Ítem 36	1.0125	.11180	8.944	80.000

SECCIÓN 2. Ítem 37	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 2. Ítem 38	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 2. Ítem 39	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 2. Ítem 40	1.0125	.11180	8.944	80.000

En la **Tabla 6** se observa que en la Sección 3, las medias se mantuvieron bajas, similares a las observadas en la Sección 2, con una desviación típica que también mostró patrones similares. La asimetría y la curtosis en esta sección también presentaron valores altos en varios ítems, especialmente en aquellos con medias más bajas, reflejando una vez más una tendencia hacia respuestas extremas en ciertos ítems.

Tabla 6. Distribución de las respuestas de la sección 3

Ítems	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
SECCIÓN 3. Ítem 1	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 3. Ítem 2	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 3. Ítem 3	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 3. Ítem 4	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 5	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 3. Ítem 6	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 7	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 3. Ítem 8	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 3. Ítem 9	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 10	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 11	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 12	1.0875	.28435	2.976	7.030
SECCIÓN 3. Ítem 13	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 14	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 15	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 3. Ítem 16	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 17	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 3. Ítem 18	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 3. Ítem 19	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 20	1.0375	.19118	4.962	23.205
SECCIÓN 3. Ítem 21	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 22	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 23	1.0500	.21932	4.209	16.117
SECCIÓN 3. Ítem 24	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 25	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 26	1.0625	.24359	3.684	11.870

SECCIÓN 3. Ítem 27	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 28	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 29	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 30	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 31	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 32	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 33	1.0000	0.00000		
SECCIÓN 3. Ítem 34	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 35	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 36	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 37	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 38	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 39	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 40	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 41	1.0250	.15711	6.202	37.396
SECCIÓN 3. Ítem 42	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 43	1.0625	.24359	3.684	11.870
SECCIÓN 3. Ítem 44	1.0125	.11180	8.944	80.000
SECCIÓN 3. Ítem 45	1.0625	.24359	3.684	11.870

La **Tabla 7** refleja los resultados de un análisis factorial exploratorio realizado sobre varios ítems agrupados en tres secciones distintas. Cada ítem ha sido evaluado en función de su carga en tres factores distintos, que probablemente representan constructos subyacentes medidos por el instrumento. En la Sección 1, los ítems presentan cargas factoriales que varían en magnitud, con el Ítem 8 y el Ítem 9 mostrando las cargas más altas en el Factor 1, lo que indica una fuerte relación con el constructo representado por este factor. Los ítems de la Sección 2 muestran una tendencia similar, con el Ítem 12 y el Ítem 17 exhibiendo las cargas factoriales más significativas en el Factor 1 y el Ítem 8 mostrando la mayor carga en el Factor 2. En la Sección 3, varios ítems tienen cargas notables en el Factor 3, con los ítems 11, 12 y 13 destacando en este factor. La varianza explicada por los tres factores alcanza un 68%, lo cual indica que estos factores capturan una porción sustancial de la información contenida en las respuestas de los ítems.

Tabla 7. Análisis factorial

ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3
SECCIÓN 1. Ítem 1	.560		
SECCIÓN 1. Ítem 2	.501		
SECCIÓN 1. Ítem 3	.396		
SECCIÓN 1. Ítem 4	.275		
SECCIÓN 1. Ítem 5	.566		
SECCIÓN 1. Ítem 6	.428		
SECCIÓN 1. Ítem 7	.374		
SECCIÓN 1. Ítem 8	.694		
SECCIÓN 1. Ítem 9	.704		
SECCIÓN 2. Ítem 3		.572	
SECCIÓN 2. Ítem 4		.571	
SECCIÓN 2. Ítem 5		.461	
SECCIÓN 2. Ítem 6		.531	
SECCIÓN 2. Ítem 8		.748	
SECCIÓN 2. Ítem 9		.474	
SECCIÓN 2. Ítem 10		.469	
SECCIÓN 2. Ítem 11		.691	
SECCIÓN 2. Ítem 12		.790	
SECCIÓN 2. Ítem 13		.555	
SECCIÓN 2. Ítem 14		.633	
SECCIÓN 2. Ítem 15		.473	
SECCIÓN 2. Ítem 16		.575	
SECCIÓN 2. Ítem 17		.754	
SECCIÓN 2. Ítem 18		.389	
SECCIÓN 2. Ítem 19		.575	
SECCIÓN 2. Ítem 21		.754	
SECCIÓN 2. Ítem 23		.464	
SECCIÓN 2. Ítem 24		.630	
SECCIÓN 2. Ítem 25		.479	
SECCIÓN 2. Ítem 27		.558	
SECCIÓN 2. Ítem 28		.692	
SECCIÓN 2. Ítem 30		.479	
SECCIÓN 2. Ítem 31		.372	
SECCIÓN 2. Ítem 35		.575	
SECCIÓN 2. Ítem 39		.479	
SECCIÓN 3. Ítem 5			.543
SECCIÓN 3. Ítem 7			.524
SECCIÓN 3. Ítem 8			.526
SECCIÓN 3. Ítem 10			.469

SECCIÓN 3. Ítem 11			.753
SECCIÓN 3. Ítem 12			.790
SECCIÓN 3. Ítem 13			.702
SECCIÓN 3. Ítem 15			.555
SECCIÓN 3. Ítem 17			.497
SECCIÓN 3. Ítem 18			.558
SECCIÓN 3. Ítem 20			.620
SECCIÓN 3. Ítem 23			.349
SECCIÓN 3. Ítem 26			.548
SECCIÓN 3. Ítem 31			.477
SECCIÓN 3. Ítem 34			.352
SECCIÓN 3. Ítem 36			.548
SECCIÓN 3. Ítem 39			.528
SECCIÓN 3. Ítem 40			.389
SECCIÓN 3. Ítem 43			.548
SECCIÓN 3. Ítem 45			.349

Varianza explicada= 68%

La **Tabla 8** presenta varios índices confirmatorios de ajuste de un modelo estadístico. El Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR), que es una medida de la desviación cuadrática media de los residuos estandarizados, tiene un valor de 0.044. Este valor es bastante bajo, lo que generalmente indica un buen ajuste del modelo, ya que valores menores a 0.05 son considerados deseables. El Comparative Fit Index (CFI) tiene un valor de 0.931, que está muy cerca de 1, reflejando también un buen ajuste del modelo, ya que valores por encima de 0.90 son típicamente interpretados como indicativos de un buen ajuste. El Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA) es de 0.0437, otro indicador de buen ajuste, pues valores inferiores a 0.05 sugieren un ajuste cercano a la perfección. Finalmente, el Tucker-Lewis Index (TLI) muestra un valor de 0.904, que también indica un buen ajuste del modelo, aunque es ligeramente inferior al umbral de 0.95 que algunos investigadores consideran como indicativo de un ajuste excelente.

Tabla 8. Índices confirmatorios de ajuste

Índice	Valor
Standardized root mean squared residual (SRMR)	0.044
Comparative fit index (CFI)	0.931
Root mean squared error of approximation (RMSEA)	0.0437
Tucker-Lewis index (TLI)	0.904

8.5. VALIDEZ DE CRITERIO

La **Tabla 9** presenta las correlaciones de Rho de Spearman entre tres dimensiones evaluadas para determinar la validez de criterio. La Dimensión 1 tiene una correlación perfecta consigo misma, como es de esperar, y correlaciones muy bajas y no significativas con las Dimensiones 2 y 3, con coeficientes de -0.033 y -0.125, respectivamente. La significancia bilateral (p-valor) para estas últimas correlaciones es de .769 y .270, lo que indica que no hay una correlación estadísticamente significativa entre la Dimensión 1 y las otras dos dimensiones.

La Dimensión 2, al igual que la Dimensión 1, tiene una correlación perfecta consigo misma y una correlación negativa muy baja y no significativa con la Dimensión 1. Sin embargo, muestra una correlación baja pero estadísticamente significativa con la Dimensión 3, con un coeficiente de 0.270 y una significancia bilateral de .015, lo cual está por debajo del umbral de .05, indicando una relación significativa entre estas dos dimensiones.

La Dimensión 3 tiene una correlación perfecta consigo misma y correlaciones no significativas con la Dimensión 1. Además, como se mencionó, comparte una correlación baja pero significativa con la Dimensión 2. El tamaño de la muestra (N) para todas las correlaciones es de 80, lo que proporciona una base razonable para la confiabilidad de las correlaciones calculadas.

Tabla 9. Correlaciones

		Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	
Rho de Spearman	Dimensión 1	Coefficiente de correlación	1.000	-.033	-.125
		Sig. (bilateral)	.	.769	.270
		N	80	80	80
	Dimensión 2	Coefficiente de correlación	-.033	1.000	.270*
		Sig. (bilateral)	.769	.	.015
		N	80	80	80
	Dimensión 3	Coefficiente de correlación	-.125	.270*	1.000
		Sig. (bilateral)	.270	.015	.
		N	80	80	80

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

8.6. CONFIABILIDAD

La **Tabla 10** muestra los coeficientes Alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad de las dimensiones individuales y global de un instrumento o conjunto de ítems. La Dimensión 1 tiene un coeficiente de 0.732, lo que sugiere una confiabilidad aceptable. La Dimensión 2 tiene un coeficiente más alto de 0.846, lo que indica una excelente confiabilidad interna. La Dimensión 3 muestra también una buena confiabilidad con un coeficiente de 0.791. La confiabilidad global del instrumento, que considera todas las dimensiones conjuntamente, tiene un coeficiente de 0.784. Esto implica que, en general, el instrumento es bastante confiable para medir los constructos que pretende evaluar, y cada dimensión contribuye adecuadamente a la consistencia general del mismo.

Tabla 10. Confiabilidad

	Alfa Cronbach
Dimensión 1	0.732
Dimensión 2	0.846
Dimensión 3	0.791
Global	0.784

9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio tienen implicaciones significativas para la práctica y la investigación en enfermería, especialmente en el contexto de intervenciones para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama. La composición sociodemográfica de los participantes, con un alto nivel educativo, una distribución de género casi equitativa y una diversidad en el estado civil y la antigüedad laboral, refleja la complejidad y la heterogeneidad de la fuerza laboral en enfermería. Esta diversidad enriquece la aplicabilidad y la generalización de los hallazgos, sugiriendo que el instrumento validado puede ser efectivo en diversos contextos clínicos y poblaciones. El hecho de que una mayoría sustancial de los participantes no haya recibido capacitación previa específica relacionada con la guía del estudio destaca una importante área de necesidad en la educación continuada en enfermería. Esto subraya la importancia de desarrollar y proporcionar recursos educativos pertinentes y accesibles que puedan empoderar a los profesionales de enfermería para la implementación efectiva de estrategias de prevención y detección del cáncer de mama; La validación de contenido del instrumento, con puntuaciones en el índice de validez de Lawshe que oscilan entre 0.751 y 0.927, indica una alta pertinencia y relevancia de los ítems incluidos. Esto sugiere que el instrumento abarca aspectos cruciales de las intervenciones de enfermería en este ámbito, lo cual es fundamental para asegurar que las prácticas recomendadas sean integralmente consideradas y aplicadas en el primer nivel de atención en salud; La corrección de un único error ortográfico en la validación aparente subraya la meticulosidad en la preparación del instrumento y refleja su alta calidad. Esta atención al detalle es esencial para la precisión y la profesionalidad en la comunicación de las prácticas de salud, afectando directamente la claridad y la efectividad de las intervenciones de enfermería; El análisis factorial exploratorio que revela tres factores subyacentes y explica un 68% de la varianza, junto con los índices confirmatorios de ajuste del modelo que indican un buen ajuste general, proporciona una sólida base teórica para el instrumento. Estos resultados demuestran que el instrumento mide constructos significativos y relevantes para las intervenciones de enfermería en la

prevenición y detección del cáncer de mama, ofreciendo una herramienta empíricamente validada para la evaluación y mejora de estas prácticas; Las correlaciones de Rho de Spearman utilizadas en la validez de criterio revelan la coherencia interna del instrumento, así como la distinción clara entre diferentes dimensiones, lo cual es crucial para su utilidad práctica. La existencia de correlaciones bajas pero significativas entre ciertas dimensiones sugiere complejidades en las relaciones entre diferentes aspectos de las intervenciones de enfermería, lo cual podría informar futuras investigaciones y desarrollos teóricos en este campo. Así mismo, los altos coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos en todas las dimensiones confirman la confiabilidad del instrumento. Esta alta confiabilidad asegura que el instrumento es consistente y fiable en la medición de las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama, facilitando su aplicación en la investigación y la práctica clínica para evaluar y mejorar continuamente la calidad de la atención en salud.

Con relación al alto nivel educativo del grupo estudiado (74% con nivel de licenciatura) sugiere una población altamente capacitada, similar a los estudios anteriores que también valoraron la importancia de participantes bien formados para asegurar respuestas de calidad y relevancia en la validación de los instrumentos. Sin embargo, el notable 86% de los participantes sin capacitación previa específica relacionada con la guía del estudio subraya la necesidad de formación continua y específica en áreas especializadas, una observación que podría ampliar el enfoque de estudios futuros hacia la educación continua en enfermería; En cuanto a la validación de contenido, las puntuaciones obtenidas en el índice de validez de Lawshe, que oscilaron entre 0.751 y 0.927, indican una alta relevancia y pertinencia de los ítems, superando los umbrales utilizados por Henao Castaño y Amaya Rey (1), y reflejando un proceso de validación riguroso comparable al aplicado en los estudios de Santos y Fugulin (2), y Silva et al (4). Esta rigurosidad asegura que el instrumento es altamente específico y relevante para las intervenciones de enfermería en la detección temprana del cáncer de mama, marcando un avance significativo en la precisión de las herramientas de evaluación en este campo; La validación aparente, corroborada por la corrección de un único error ortográfico por

parte de un grupo focal, demuestra la calidad del instrumento desarrollado, destacando la importancia de la percepción del usuario final en el proceso de validación, un aspecto que fue parcialmente explorado en los estudios mencionados pero no con la misma profundidad; El análisis factorial exploratorio que reveló tres factores subyacentes, explicando un 68% de la varianza, y los índices confirmatorios de ajuste del modelo (SRMR de 0.044, CFI de 0.931, RMSEA de 0.0437, y TLI de 0.904) resaltan la robustez del instrumento desde una perspectiva de validez de constructo. Estos resultados son comparables a la varianza total explicada del 73% en el estudio de Henao Castaño y Amaya Rey (1), indicando un nivel comparable de precisión y relevancia de los constructos medidos.

Por último, la confiabilidad demostrada a través de los coeficientes Alfa de Cronbach para cada dimensión (0.732 para la Dimensión 1, 0.846 para la Dimensión 2, 0.791 para la Dimensión 3, y una confiabilidad global de 0.784) supera los umbrales de confiabilidad aceptables, evidenciando una consistencia interna superior a la reportada en algunos de los estudios previos, como el de Silva et al., donde la confiabilidad varió significativamente entre los dominios.

9.1. LIMITACIONES

Una limitación importante es el uso de muestreo no probabilístico por conveniencia, restringido al personal de enfermería de una única unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Aguascalientes. Esto limita la generalización de los resultados a otros contextos y poblaciones, dado que las percepciones, experiencias y niveles de conocimiento pueden variar significativamente en diferentes entornos geográficos y organizacionales. La selección de una muestra específica podría no capturar la diversidad de prácticas y opiniones presentes en la profesión de enfermería a nivel nacional o internacional. Otra limitación es el tamaño de la muestra, determinado a partir de los ítems que resultan de la fase de validez de contenido. Aunque se sigue una regla de 5 participantes por reactivo, este enfoque podría no ser suficiente para explorar completamente la variabilidad y las sutilezas en las respuestas de los participantes,

especialmente cuando se evalúan comportamientos, conocimientos y actitudes complejas.

La restricción del estudio a aquellos que aceptan participar mediante la firma de un consentimiento informado también puede introducir un sesgo de selección, ya que es posible que los participantes tengan una predisposición hacia el interés o la motivación en temas de prevención y detección del cáncer de mama, lo cual podría no ser representativo de la población total de enfermería. Además, la exclusión de enfermeros en periodo vacacional o en incapacidad durante el periodo del estudio podría omitir perspectivas valiosas de aquellos con experiencias o conocimientos relevantes que estaban temporalmente ausentes por razones justificadas.

9.2. RECOMENDACIONES

En cuanto a las recomendaciones para estudios futuros, se sugiere ampliar el universo de estudio para incluir personal de enfermería de diversas unidades de medicina familiar y hospitales en diferentes regiones, aumentando así la diversidad y representatividad de la muestra. Esto podría facilitar la generalización de los resultados y proporcionar una comprensión más holística de las intervenciones de enfermería en el contexto de la prevención y detección del cáncer de mama.

Implementar un diseño de muestreo probabilístico estratificado o aleatorio podría mejorar la validez externa de los resultados, permitiendo extrapolaciones más precisas a la población de enfermería en general.

10. CONCLUSIONES

El estudio ha alcanzado resultados significativos en diversas áreas, comenzando por las características sociodemográficas de los participantes. La mayoría (74%) ha logrado un nivel de licenciatura, mientras que un 14% ha completado la educación media superior y un 12% ha alcanzado estudios de posgrado. Estos datos indican un alto nivel educativo en el grupo estudiado. La distribución de género es casi equitativa, con un ligero predominio femenino (51% mujeres, 49% hombres). En cuanto al estado civil, los solteros representan el 48%, seguidos por los casados o en unión libre con un 45%, y una minoría de separados, divorciados o viudos con un 7%. Profesionalmente, la antigüedad laboral se distribuye con un 53% de los empleados teniendo de 4 a 6 años de experiencia, un 35% con 7 años o más, y la mayoría (73%) ocupando puestos de enfermería general. Los Auxiliares de Enfermería constituyen un 11%, los Especialistas un 10% y los puestos de Jefatura un 4%. En cuanto a la antigüedad en el puesto actual, un 41% ha estado de 0 a 3 años, un 35% de 4 a 6 años y un 24% durante 7 años o más. Sorprendentemente, el 86% de los participantes no ha recibido capacitación previa relacionada con la guía específica del estudio. La escala final consta de 55 ítems, de la cual se le aplicó una validación de contenido mediante un panel de 5 expertos calificados que evaluó el instrumento, obteniendo puntuaciones en el índice de validez de Lawshe que oscilaron entre 0.751 y 0.927, indicando una alta relevancia y pertinencia de los ítems. La validación aparente, realizada con un grupo focal de 11 participantes, resultó en la corrección de un solo error de ortografía, demostrando la alta calidad del instrumento. En la validez de constructo, las medias de las respuestas variaron significativamente, con algunas inclinaciones hacia puntuaciones más altas y otras hacia respuestas extremas. Un análisis factorial exploratorio reveló la presencia de tres factores subyacentes, representando constructos medidos por el instrumento, y explicando un 68% de la varianza. Los índices confirmatorios de ajuste del modelo estadístico mostraron un buen ajuste general, con un SRMR de 0.044, un CFI de 0.931, un RMSEA de 0.0437 y un TLI de 0.904. La validez de criterio, evaluada mediante las correlaciones de Rho de Spearman, mostró correlaciones perfectas

dentro de las mismas dimensiones, pero correlaciones bajas y no significativas entre diferentes dimensiones, excepto entre la Dimensión 2 y la Dimensión 3, donde se observó una correlación baja pero significativa. Finalmente, la confiabilidad del instrumento, evaluada a través de los coeficientes Alfa de Cronbach, fue alta en todas las dimensiones, con la Dimensión 1 obteniendo un coeficiente de 0.732, la Dimensión 2 un 0.846, la Dimensión 3 un 0.791 y una confiabilidad global de 0.784.

La forma de interpretar los resultados globales de esta prueba para evaluar las intervenciones en enfermería se interpretará de la siguiente manera por dimensión: La sección 1 está compuesta por 9 ítems que miden el grado de acuerdo con diferentes afirmaciones sobre la prevención y la detección oportuna del cáncer de mama, cuyas respuestas estarán codificadas en escala Likert de 5 opciones, las cuales serán evaluadas con valores del 1 al 5 evidenciando el grado de acuerdo correcto. (Total 45 puntos)

La sección 2 está conformada por 26 afirmaciones relacionadas con las intervenciones preventivas por parte de enfermería, estas evalúan de manera dicotómica en términos de "correcto" o "incorrecto" cada respuesta, asignando un 1 a cada respuesta correcta. (Total 26 puntos)

La sección 3 quedó conformada por 20 reactivos que evalúan el conocimiento sobre la protección específica y detección oportuna del cáncer de mama, y se evalúan de la misma manera que la sección 2. (Total 20 puntos)

Al finalizar la encuesta se contabilizan los puntos de y se evalúan de la siguiente manera:

Puntos	Interpretación
70-91 puntos	Conocimientos adecuados
50-69 puntos	Conocimientos moderados
49 o menos	Conocimientos limitados

11. GLOSARIO

Intervenciones de Enfermería: Acciones planificadas y realizadas por profesionales de enfermería dirigidas a promover, mantener o restaurar la salud de los individuos o comunidades, o a prevenir la enfermedad.

Prevención del Cáncer de Mama: Conjunto de estrategias y actividades enfocadas en reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama y detectar precozmente la enfermedad para mejorar los pronósticos y reducir la mortalidad.

Validación de Instrumentos: Proceso mediante el cual se evalúa la eficacia y fiabilidad de una herramienta o instrumento de medición, asegurando que mide adecuadamente lo que pretende medir.

Confiabilidad: Grado en el que la aplicación repetida de un instrumento bajo las mismas condiciones produce resultados consistentes y estables a lo largo del tiempo.

Validez de Contenido: Asegura que el instrumento refleje adecuadamente el dominio o los aspectos específicos del constructo que se desea medir.

Validez de Criterio: Grado en que los resultados de un instrumento se correlacionan con un criterio externo considerado como la medida estándar.

Cáncer de Mama: Enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado de células en el tejido mamario, pudiendo diseminarse a otras partes del cuerpo.

Teoría Clásica del Test (TCT): Marco teórico que asume que la puntuación obtenida en un test es la suma de la verdadera habilidad del individuo más un error de medición.

Teoría de Respuesta al Ítem (TRI): Modelo que establece una relación matemática entre la probabilidad de que un individuo responda correctamente a un ítem y su nivel en el rasgo que mide el test.

Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I): Juicios clínicos sobre las respuestas de los individuos, familias o comunidades a problemas de salud actuales o potenciales, que proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Casta H, Rey PA. Instrumento Para Evaluar El Cuidado De Enfermería, Intervenciones de enfermería en el paciente en UCI. 2017;104–13.
2. Santos NC, Fugulin FMT. Creation and validation of an instrument to identify nursing activities in pediatric wards: Information for determining workload. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2013;47(5):1052–9.
3. Mazzo MHS da N, Brito RS de. Instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016;69(2):316–25.
4. Da Silva RS, Pereira Á, Da Nóbrega MML, Mussi FC. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25.
5. Girondi JBR, Bussolo P, Rosa LM da, Amante LN, Sebold LF, Gelbeck FL, et al. Validação De Conteúdo De Checklist De Intervenções De Enfermagem Pré-Operatórias Para Angioplastia TT - Validation of preliminary angioplasty nursing intervention checklist content. *Enferm foco (Brasília)*. 2020;11(2):11–7.
6. Acioly PGM, Paiva ED, Reis AT, Gomes TDO, da Silva LR, da Silva LF. Development and validation of an instrument for nursing consultation with pediatric patients in the preoperative period. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2022;56:1–9.
7. Intervenciones NIC.pdf.
8. Naranjo Hernández Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem
Meta-paradigmatic models of Dorothea Elizabeth Orem. *Rev Arch Med Camagüey*. 2019;23(6):814–25.
9. Secretaría de Salud. GPC SS 743 15. *Gac Med Méx*. 2014;78.
10. Cárdenas Sánchez J, Bargalló Rocha JE, Erazo Valle A, Poitevin Chacón A, Valero Castillo V, Pérez Sánchez V. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario
Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Quinta revisión.
Consenso De Colima 2015 Sexta Revision. 2015;12(Supl 3):1–149.

11. Pilar L. Artemisa. 2006;157–66.
12. Yépez RD, De la Rosa AG, Guerrero AC, Gómez MJM, Yépez RD. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012;20(2):79–84.
13. Guía Técnica para la Atención Integral del Cáncer de Mama. Instituto Mexicano Del Seguro Social. 2019;1–61.
14. Tests CR. Sección Monográfica. 2010;31(1):57–66.
15. Pallás JM a A. Métodos de Investigación clínica y epidemiológica. EL SEVIER. 2013;522.
16. Mena D. Cuidados Generales de Enfermería. 2016;200.
17. Abad FJ. TEORIA CLASICA Y RESPUESTA AL ITEM. 2006;75.
18. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Revista Cubana de Educacion Medica Superior. 2015;28(3):547–58.
19. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la Educación. 2009;19(33):228–47.
20. IARC. Mexico Source: Globocan 2020. International Agency for Research on Cancer WHO. 2020;929:1–2.
21. Anuario INEGI 2017. 2017.

13. ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Nombre (_____)
Lugar y fr. _____
Número de registro institucional _____
Justificación y objetivo del estudio _____
Procedimientos: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Construcción y validación de un instrumento que mida las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención en salud
Aguascalientes, Ags. 2023

En trámite

Construir y validar un instrumento que mide las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en enfermería en el primer nivel de atención

Se me ha explicado la estructura del instrumento, constará de 4 apartados, la parte 1 contendrá datos sociodemográficos que nos permiten conocer las características de la población. La parte 2 incluirá las actividades de prevención primaria, evaluando los conocimientos que tiene el personal de enfermería a través de enunciados que deberán ser contestados utilizando la escala Likert y así conocer su opinión en dicho tema. La parte 3 tratará de las actividades de protección específica y detección oportuna para el cáncer de mama, enlistando enunciados donde el participante deberá contestar con SI o NO respecto a lo que considere correcto en el tema, así como identificar los signos y síntomas de riesgo para cáncer de mama. Finalmente, la parte 4 evaluará los conocimientos sobre exploración de mama, autoexploración, identificación por mamografía e identificación de riesgo ante hallazgos anormales, con enunciados de respuesta dicotómica con SI o NO de acuerdo a lo que el participante considere correcto.

Posibles riesgos y molestias:

No existen riesgos potenciales en la aplicación del instrumento. Únicamente la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Recibiré el beneficio personal en este estudio de percepción sobre la construcción y validación de un instrumento que mida las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El resultado es construir y validar un instrumento que mida las intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud

Participación o retiro:

Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. Entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento en que yo lo considere pertinente. Me informaron que en caso de que me sienta vulnerable al responder las preguntas, ésta será suspendida.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez Especialista en Medicina Familiar Matrícula 99013010 Unidad de Adscripción: Medicina Familiar N° 1, OOAD Aguascalientes Domicilio de trabajo Blvd José María Chávez No. 1202 Fraccionamiento Lindavista C.P. 20270, Aguascalientes, Ags. Teléfono: 449 911 2134 Correo electrónico: otara_lizeth@hotmail.com

Dra. Claudia Georgina Rivera Vega. Médico residente de la especialidad en Medicina Familiar. Lugar de adscripción: Hospital General de Zona No. 1, OOAD Aguascalientes. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1, OOAD Aguascalientes. Domicilio de trabajo: Blvd José María Chávez No. 1202 Fraccionamiento Lindavista C.P. 20270 Aguascalientes, Ags. Teléfono: 449 911 2134 Correo electrónico: georve92@gmail.com

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticalnv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO B. CARTA DE NO INCONVENIENCIA DEL DIRECTOR



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



GOAD Aguascalientes
Unidad de Medicina Familiar NO.1

Aguascalientes, Ags. a 28 de Junio del 2023

OFICIO NO.123

Dr. Carlos Armando Sanchez Navarro
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCOVENIENTE** para que la **Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez** investigadora principal adscrita Unidad de Medicina Familiar NO.1 realice el proyecto con el nombre **CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD.**

El cual es un protocolo de tesis del Médico Residente Dra. Claudia Georgina Rivera Vega Con sede en el Hospital General de Zona No. 1. En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dr. Roberto Terrones Gomez

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No.1

Dr. Roberto Terrones Gómez
Director UMF No. 1
Matricula 9786953
Ced. Prof. 2004431
Ced. Esp.3914705 UAA- UAZ

ANEXO C. INSTRUMENTO FINAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1**

INSTRUMENTO

“INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD”

Sección 1: DATOS DEL ENCUESTADO:

1. Edad: _____
2. Sexo: Hombre () Mujer ()
3. Escolaridad:
Sin escolaridad () Primaria () Secundaria () Media Superior () Licenciatura () Posgrado ()
4. Estado Civil:
Soltero () Casado o Unión libre () Separado, Divorciado o Viudo ()
5. Ocupación: _____
6. Antigüedad laboral: _____
7. Categoría: _____
Jef. en Enf. () Especialistas () Enf. Gral. () Aux. en Enf. () Enf. Dental ()
8. Tiempo en dicha Categoría: _____
9. Capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía: SI () NO ()

Sección 2: INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN PARA CÁNCER DE MAMA

Lea atentamente cada enunciado y marque con una (X) la respuesta que usted considere conveniente respecto a su opinión en el tema

ÍTEM	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
1. Los factores demográficos (edad, educación superior, ingresos económicos y estar casada) se asocian positivamente para visitas subsecuentes de las mujeres a exámenes de detección					
2. El diagnóstico precoz permite reducir los índices de mortalidad en el cáncer de mama					
3. Los enfermeros (as) tienen la tarea de fomentar en las mujeres el crear conciencia en el tema del cáncer de mama como enfermedad.					
4. Los enfermeros (as) deben informar a las mujeres sobre el programa de tamizaje del cáncer de mama.					
5. Brindar información adecuada a las mujeres durante la valoración					

<p>de las mamas, mejora el afrontamiento a la posibilidad de tener cáncer de mama</p>					
<p>6. Informar adecuadamente a las mujeres sobre el cáncer de mama, impacta en el grado de confianza que tengan las pacientes en el equipo de atención médica.</p>					
<p>7. Informar a la mujer sobre sus factores de riesgo para contraer cáncer de mama, tiene implicación directa en mantener un nivel adecuado de actividades de prevención.</p>					
<p>8. La interacción de la mujer con el equipo de salud influye positivamente en la experiencia de someterse a una exploración clínica de las mamas.</p>					
<p>9. Las mujeres de grupos desfavorecidos y de zonas rurales son igual de vulnerables a la enfermedad que el resto de las mujeres.</p>					

<p>10. Fomentar actividades educativas a mujeres respecto al cáncer de mama, eleva el grado de consciencia del riesgo y la realización de acciones positivas para la salud.</p>					
<p>11. Las intervenciones deben dirigirse a las mujeres mayores de edad, con énfasis en mujeres de menor acceso a la información.</p>					

Sección 3: INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCION OPORTUNA PARA CÁNCER DE MAMA

Seleccione con una (X) en la opción SI o NO de acuerdo a lo que usted considere correcto.

	SI	NO
<p>1. Factores de riesgo altamente modificables con implicación social, dificultan estrategias eficaces en las mujeres para reducir la incidencia del cáncer de mama.</p>		
<p>2. El retraso en la detección del cáncer de mama no es atribuible a la falta de acceso en la atención médica.</p>		
<p>3. El retaso diagnóstico del cáncer de mama se ha asociado al aumento de la morbilidad y mortalidad entre mujeres de bajos ingresos.</p>		

4. El personal de enfermería puede utilizar modelos de evaluación del riesgo del cáncer de mama como asesoramiento individual sobre factores de riesgo, por ejemplo. el Modelo de Gail con identificación de riesgo a 5 años.		
5. La actividad física favorece en la prevención del riesgo para desarrollar cáncer de mama		
6. Mujeres obesas o en sobrepeso tienen mayor riesgo de cáncer de mama postmenopáusico.		
7. El tiempo recomendado de actividad física "intencional" debe ser de 45-60 minutos 5 o más días a la semana a manera de caminata rápida.		
8. La ingesta de alcohol no modifica el riesgo de cáncer de mama.		
9. Existe asociación entre el aumento de consumo de alcohol y el aumento de probabilidad de desarrollar cáncer de mama		
10. El uso de anticonceptivos orales incrementa el riesgo de cáncer de mama		
11. El uso de vitamina D funge como protector para el desarrollo de cáncer de mama.		

<p>12. Dieta baja en grasas totales (grasas polis insaturadas y grasas saturadas) disminuye el riesgo de cáncer de mama.</p>		
<p>13. Mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama</p>		
<p>14. Mujeres primigestas después de los 30 años, tienen riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama</p>		
<p>15. Mujer multigesta o con embarazos a edad temprana reducen el riesgo de cáncer de mama.</p>		
<p>16. La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama.</p>		
<p>17. El uso de terapia hormonal combinada utilizada para aliviar síntomas de menopausia aumenta la probabilidad del cáncer de mama.</p>		
<p>18. Fumar incrementa el riesgo de cáncer de mama</p>		
<p>19. Tratamiento con tamoxifeno durante 5 años ha demostrado reducir el riesgo de cáncer de mama</p>		
<p>20. Raloxifeno reduce el riesgo en mujeres postmenopáusicas para desarrollar cáncer de mama.</p>		

<p>21.El nivel educativo está asociado en la detección temprana del cáncer de mama.</p>		
<p>22. Ser mujer es el principal factor de riesgo de padecer cáncer de mama</p>		
<p>23. La historia familiar y la genética juegan un papel en el riesgo de padecer cáncer de mama</p>		
<p>24. Factores ambientales impactan en el riesgo de padecer cáncer de mama.</p>		
<p>25. Mutación en los genes BRCA 1 y BRCA 2 son la causa más común de cáncer de mama hereditario.</p>		
<p>26. Salpingo-ooforectomía bilateral (SOR 2) se asocia con reducción en riesgo de cáncer de mama en portadoras de la mutación BRCA 1 y BRCA 2.</p>		
<p>27. La mastectomía profiláctica se contraindica a mujeres con historia familiar de BRCA 1 y BRCA 2</p>		
<p>28. Una mujer con cáncer en un seno no repercute en el riesgo de desarrollar un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte de la misma mama.</p>		

<p>29. Existe de 1 a 2 veces mayor riesgo de desarrollar cáncer en cualquiera del seno en mujeres con carcinoma lobular insitu (CLIS)</p>		
<p>30. Mujeres de madres que tomaron Dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo, tienen riesgo ligeramente alto de presentar cáncer de mama</p>		
<p>31. Disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama en aquellas mujeres de madres que tomaron Dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo.</p>		
<p>32. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad</p>		
<p>33. Las mujeres de raza blanca son más propensas a desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p>34. Aumento en la densidad del tejido mamario no es factor de riesgo para cáncer de mama.</p>		
<p>35. El síntoma más común relacionado con cáncer de mama es la presencia de un nuevo bulto o masa en la mama</p>		
<p>36. El personal de enfermería de atención secundaria debe realizar exámenes clínicos de mama</p>		
<p>37. Los enfermeros deben proporcionar información acerca de la mamografía y el autoexamen de seno.</p>		

38. El personal de enfermería es no es responsable en la toma de decisiones basadas en criterios de referencia ante resultados palpables y visibles.		
39. Enfermería debe informar a las mujeres de cualquier anormalidad clínica detectada.		
40. Los enfermeros deben referenciar al médico familiar para la valoración al detectar anormalidades.		

41. Marque con una (X) los síntomas relacionados con cáncer de mama que conoce:

- () Hinchazón de toda o una parte del pecho
- () Irritación de la piel o formación de hoyuelos
- () Dolor de pecho o pezón
- () Retracción del pezón
- () Enrojecimiento, descamación o engrosamiento del pezón a la piel de la mama
- () Secreción del pezón que no sea leche materna
- () Todas las anteriores

Sección 4: INTERVENCIONES EN LA EXPLORACIÓN CLÍNICA, AUTOEXPLORACIÓN, DETECCIÓN POR MAMOGRAFÍA E IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS ANORMALES

Seleccione la opción SI o NO de acuerdo a lo que usted considere correcto.

	SI	NO

1. El uso de mamografía de los senos aumenta el riesgo de cáncer de mama.		
2. La detección temprana de cambios en los senos reduce el riesgo de cáncer de mama		
3. La valoración adecuada de la mama en la paciente, determina las valoraciones posteriores en la misma		
4. La exploración clínica de la mama es un requisito previo para la obtención de una mamografía		
5. El personal de enfermería debe realizar la valoración física, psicológica y social de las pacientes.		
6. El personal de enfermería debe asegurar una intervención adecuada en la paciente durante la valoración.		
7. El personal de enfermería no tiene la responsabilidad de evaluar las necesidades de información de la paciente		
8. Es irrelevante la presencia del personal de enfermería durante la valoración clínica para proporcionar apoyo.		
9. El personal de enfermería debe proporcionar información durante la exploración.		

<p>10. Es función del personal médico demostrar la práctica basada en la evidencia durante la valoración clínica.</p>		
<p>11. Debe otorgarse información verbal apropiada de la detección realizada por parte del personal de salud</p>		
<p>12. El personal de enfermería debe registrar la información detallada del apoyo e información proporcionada.</p>		
<p>13. Es función del médico elaborar un plan de acción con el equipo de control de calidad para identificar las áreas de interés y de oportunidad donde no se estén cumpliendo las normas mínimas de la práctica.</p>		
<p>14. Las mujeres a partir de los 20 años deben realizarse un examen clínico de las mamas anualmente.</p>		
<p>15. Las mujeres a partir de los 40 años deben realizar auto exploración mamaria mensualmente</p>		
<p>16. A mujeres embarazadas se debe ofrecer el examen clínico de mama cada 9 meses</p>		
<p>17. A mujeres en periodo de lactancia se debe ofrecer el examen clínico de mama cada 6 meses.</p>		

<p>18. Se debe realizar un examen clínico de mama con énfasis en la inspección y palpación de tejido mamario incluyendo las cuencas de los ganglios linfáticos.</p>		
<p>19. No se requiere la realización de un ultrasonido de mama para diferenciar entre quiste y tumoración mamario.</p>		
<p>20. Debe realizarse aspiración con aguja para diferenciar entre quiste y tumoración mamario</p>		
<p>21. La autoexploración mamaria no se recomienda parte de la detección de rutina.</p>		
<p>22. La detección temprana implica identificar cambios en el tejido mamario detectando masa palpable a partir de los 5 mm.</p> <p>23. La auto exploración mamaria ayuda a las mujeres a desarrollar una memoria táctil y el reconocimiento de su cuerpo.</p>		
<p>24. Factores como apatía, falta de conciencia o el desconocimiento sobre el cáncer de mama limitan la detección oportuna en mujeres latinas.</p>		
<p>25. La auto exploración es el método de detección menos común entre las mujeres.</p>		
<p>26. Se debe promover la auto exploración mamaria a partir de los 40 años de edad</p>		
<p>27. El personal de salud debe capacitar a las mujeres en la técnica de auto exploración.</p>		

28. Se recomienda la detección por mamografía a partir de los 45 años en mujeres con factores de riesgo.		
29. La radiación utilizada en mamografías modernas aumenta el riesgo de cáncer de mama.		
30. Mujeres mayores de 40 años deben realizarse mamografía anualmente		
31. La mamografía reduce la mortalidad para cáncer de mama		
32. La mamografía bianual es menos efectiva que la mamografía anual en mujeres mayores de 50 años.		
33. La mamografía de rutina en mayores de 40 años da falsos positivos por las diferencias en la densidad mamaria.		
34. El personal de salud debe recomendar a la paciente acudir a una institución especializada en mamografía para su realización.		
35. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente mencionar al técnico que realiza la mamografía sobre algún síntoma existente de la mama.		
36. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente mencionar al médico cualquier antecedente que pudiera incrementar el riesgo de cáncer de mama.		

37. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente consultar cualquier problema en sus senos con el médico o enfermero antes de realizar una mamografía.		
38. La realización de mamografía en mujeres de 60 años o más depende de la esperanza de vida y el deseo de la paciente.		
39. Se recomienda realizar ecografía como complemento diagnóstico en mujeres de alto riesgo con tejido mamario denso.		
40. Debe realizarse Resonancia Magnética para detección de cáncer de mama.		
41. El personal de enfermería está capacitado en brindar información sobre cualquier anomalía clínica al momento de la visita.		
42. La enfermera debe referir a la paciente al médico familiar para revaloración ante cualquier anomalía.		
43. Ante casos de ansiedad o depresión detectadas en las pacientes, se recomienda referirlas oportunamente para disminuir el sufrimiento emocional.		
44. Las pacientes requieren compasión y apoyo por parte del personal de salud para sentir un trato de respeto y cuidado durante el proceso diagnóstico.		

45. El personal de enfermería deberá informar verbalmente a las mujeres sobre las pruebas diagnósticas y la preparación para las mismas.		
--	--	--



**ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1
DELEGACION AGUASCALIENTES**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y DETECCION
OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION EN SALUD**

La realización de este instrumento lleva por finalidad medir la validez y confiabilidad del mismo acerca de las “Intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención en salud” en el contexto de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes”.

1. Se solicitará autorización para la realización de este protocolo al Comité de Ética e Investigación, además del comité local de investigación en salud. Posteriormente será solicitado el permiso del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 para efectuar el instrumento en el personal de enfermería adscrita a la Unidad Familiar.
2. La residente de Medicina Familiar de tercer año aplicará el instrumento al total del personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes, quienes serán abordados en cada turno tanto matutino como vespertino. Los participantes deberán firmar la carta de consentimiento informado donde aceptan participar de forma voluntaria en el estudio.

Los criterios para excluir a los participantes serán: Personal de enfermería que no estén asignados a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes y el personal de enfermería que no acepte la participación en el estudio, se encuentre en periodo vacacional o en incapacidad durante el periodo de la realización del estudio, esté ausente

por cualquier motivo. Los criterios de eliminación serán: Personal de enfermería adscrito a la unidad de medicina familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes que no haya contestado al menos el 60% del instrumento.

3. La duración aproximada del instrumento será de 30 a 40 minutos. La información obtenida del mismo será conducida de manera confidencial, sin presentar cambios en dinámica futura de trabajo con el personal.
4. Se le informará al personal de enfermería participante que en caso de no querer continuar con la realización del instrumento se puede retirar en el momento que considere pertinente, puesto que su participación es voluntaria.
5. El cuestionario consta de 97 preguntas, 11 en Escala tipo Likert y 86 en Escala Nominal Dicotómica, divididas en 4 secciones. La primera sección con Datos sociodemográficos con 9 preguntas (3 de opción múltiple y 6 preguntas abiertas). La segunda sección plantea 11 preguntas de opinión, con respuestas en escala tipo Likert, la tercera sección con preguntas en escala Dicotómica Nominal acerca de las intervenciones de enfermería respecto a la protección específica y detección oportuna para cáncer de mama. Finalmente, la cuarta sección con preguntas de igual forma en escala Dicotómica Nominal que tratan sobre intervenciones de enfermería en la exploración clínica, autoexploración, detección por mamografía e identificación de hallazgos anormales
6. En caso de que el personal de enfermería acepte participar en el estudio, se le entregará la carta de consentimiento informado, se realizará la lectura de la misma y se solicitará la firma del participante.
7. Se entregará al participante el instrumento para su contestación
8. La primera parte del instrumento corresponde a la identificación del participante, comenzando por la edad, la cual se solicitará en años cumplidos, por ejemplo 31 años, Posteriormente se solicitará señale con una "X" el sexo eligiendo la opción Hombre o Mujer. Después que señale con una "X" su escolaridad, es decir el último grado de escuela que cursó, por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ejemplo: (X) Media Superior. Posteriormente se solicitará escriba su Estado Civil, el cual es la situación del enfermero (a), determinada por su relación interpersonal, por ejemplo: Casado. Luego indicará su ocupación, es decir, la actividad que realizan que genera remuneración económica, por ejemplo: Enfermero (a). Posterior se pedirá especificar la antigüedad laboral en años, por ejemplo "14 años". El siguiente dato será la categoría, donde deberá seleccionar con una "X" en la cual se desempeña actualmente, por ejemplo "Enfermería General". Posteriormente se solicitará mencione el tiempo en dicha categoría especificada en años, por ejemplo "2 años". Finalmente se solicita señale con una "X" si ha recibido o no capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía, por ejemplo "NO".

9. En la sección 2 del instrumento, se pretende recabar información acerca de la opinión que tiene el personal de enfermería respecto a las intervenciones de prevención para cáncer de mama. El participante marcará la respuesta que le parezca indicada con una "X". Esta sección es basada en escala tipo Likert con las siguientes opciones: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, con puntuaciones que van desde 5 a 1 de acuerdo con la aseveración.

ÍTEM	Totalment e de acuerdo	De acuerd o	Ni de acuerdo ni en desacuerd o	En desacuerd o	Totalmente en desacuerd o
<p>1. Los factores demográficos (edad, educación superior, ingresos económicos y estar casada) se asocian positivamente para visitas subsecuentes de las mujeres a exámenes de detección</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante sobre la relevancia de los factores demográficos en el cáncer de mama.</p>	5	4	3	2	1
<p>2. El diagnóstico precoz permite una reducción en los índices de mortalidad en el cáncer de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante respecto al diagnóstico precoz del</p>	5	4	3	2	1

<p>cáncer de mama y su impacto en la mortalidad.</p>					
<p>3. Los enfermeros (as) tienen la tarea de fomentar en las mujeres a hacer consciencia del cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante sobre la concientización del cáncer de mama en la paciente por parte del personal de enfermería.</p>	5	4	3	2	1
<p>4. Los enfermeros (as) deben informar a las mujeres sobre el programa de tamizaje del cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante sobre el programa de tamizaje del cáncer de mama.</p>	5	4	3	2	1
<p>5. Brindar información adecuada a las mujeres durante la</p>	5	4	3	2	1

<p>valoración de las mamas, mejora el afrontamiento a la posibilidad de tener cáncer de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante respecto a la información impartida por el personal de enfermería sobre el cáncer de mama a la paciente.</p>					
<p>6. Informar adecuadamente a las mujeres sobre el cáncer de mama, impacta en el grado de confianza que tengan las pacientes en el equipo de atención médica.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante respecto a la información impartida por el personal de enfermería sobre el cáncer de mama a la paciente.</p>	5	4	3	2	1
.	5	4	3	2	1

<p>7. Informar a la mujer sobre sus factores de riesgo para contraer cáncer de mama, tiene impacto en mantener un nivel adecuado de actividades de prevención.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante acerca del impacto de informar a la mujer sobre factores de riesgo en el cáncer de mama,</p>					
<p>8. La interacción de la mujer con el equipo de salud influye positivamente en la experiencia de someterse a una exploración clínica de las mamas.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante respecto a la influencia del personal de salud en la exploración clínica de las mamas.</p>	5	4	3	2	1

	5	4	3	2	1
<p>9. Las mujeres de grupos desfavorecidos y de zonas rurales son igual de vulnerables a la enfermedad que el resto de las mujeres.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante sobre factores de riesgo del cáncer de mama.</p>					
<p>10. Fomentar actividades educativas a mujeres respecto al cáncer de mama, eleva el grado de consciencia del riesgo y la realización de acciones positivas para la salud.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante sobre las actividades educativas del cáncer de mama.</p>					
<p>11. Las intervenciones deben dirigirse a las mujeres mayores de edad, con énfasis en mujeres de menor acceso a la información.</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la opinión del participante</p>					

sobre situaciones específicas que incrementan el riesgo del cáncer de mama.					
---	--	--	--	--	--

10. La sección 3 del instrumento tiene el propósito de dar a conocer las intervenciones de enfermería respecto a las acciones de protección específica y detección oportuna para cáncer de mama utilizando preguntas en escala Dicotómica Nominal, donde seleccionarán la opción con un “SI” o “NO” dependiendo la aseveración

	SI	NO
<p>1. Factores de riesgo altamente modificables con implicación social, dificultan estrategias eficaces en las mujeres para reducir la incidencia del cáncer de mama.</p> <p>Esta pregunta pretende identificar las intervenciones de enfermería en la identificación de factores de riesgo del cáncer de mama.</p>		
<p>2. El retraso en la detección del cáncer de mama no es atribuible a la falta de acceso en la atención médica.</p> <p>Esta pregunta pretende conocer el impacto de la detección oportuna del cáncer de mama respecto a la falta de acceso en la atención médica.</p>		

<p>3. El retraso diagnóstico del cáncer de mama se ha asociado al aumento de la morbilidad y mortalidad entre mujeres de bajos ingresos.</p> <p>Esta pregunta pretende identificar el impacto en la morbilidad y mortalidad respecto al retraso diagnóstico del cáncer de mama.</p>		
<p>4. El personal de enfermería puede utilizar modelos de evaluación del riesgo del cáncer de mama como asesoramiento individual sobre factores de riesgo.</p> <p>En esta pregunta se pretende identificar el conocimiento del personal de enfermería con respecto a los modelos de evaluación de riesgo del cáncer de mama.</p>		
<p>5. La actividad física favorece en la prevención del riesgo para desarrollar cáncer de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer el impacto de la actividad física en la prevención del cáncer de mama.</p>		
<p>6. Mujeres obesas o en sobrepeso tienen mayor riesgo de cáncer de mama postmenopáusico.</p> <p>Esta pregunta pretende identificar la relación del peso con respecto al riesgo del cáncer de mama.</p>		

<p>7. El tiempo recomendado de actividad física debe ser de 45-60 minutos 5 o más días a la semana.</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer el tiempo recomendado de actividad física como prevención para el cáncer de mama.</p>		
<p>8. La ingesta de alcohol no modifica el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende identificar la relación de la ingesta de alcohol como factor de riesgo para el cáncer de mama.</p>		
<p>9. Existe asociación entre el aumento de consumo de alcohol y el aumento de probabilidad de desarrollar cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer la relación de la ingesta de alcohol como factor de riesgo para el cáncer de mama.</p>		
<p>10. El uso de anticonceptivos orales incrementa el riesgo de cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende identificar la relación del uso de anticonceptivos orales y el riesgo de padecer cáncer de mama.</p>		
<p>11. El uso de vitamina D funge como protector para el desarrollo de cáncer de mama.</p>		

<p>Esta pregunta pretende identificar la relación del uso de vitamina D y su impacto en el desarrollo del cáncer de mama.</p>		
<p>12. Dieta baja en grasas totales disminuye el riesgo de cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretender identificar el impacto de la dieta en el desarrollo del cáncer de mama.</p>		
<p>13. Mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende conocer las situaciones especiales como la paridad y su impacto como factor de riesgo para cáncer de mama.</p>		
<p>14. Mujeres primigestas después de los 30 años, tienen riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende relacionar la paridad y su impacto como factor de riesgo para cáncer de mama.</p>		
<p>15. Mujer multigesta o con embarazos a edad temprana reducen el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>Esta pregunta pretende conocer la relación de la paridad como factor de riesgo para cáncer de mama.</p>		
<p>16. La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama.</p>		

<p>Esta pregunta pretende conocer la relación de la lactancia materna con el desarrollo del cáncer de mama.</p>		
<p>17. El uso de terapia hormonal combinada utilizada para aliviar síntomas de menopausia, aumenta la probabilidad del cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende identificar el uso de terapia hormonal como factor de riesgo para cáncer de mama.</p>		
<p>18. Fumar incrementa el riesgo de cáncer de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer el impacto del tabaquismo en el desarrollo de cáncer de mama.</p>		
<p>19. Tratamiento con tamoxifeno durante 5 años ha demostrado reducir el riesgo de cáncer de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende conocer la relación del uso de tamoxifeno con el riesgo de cáncer de mama.</p>		
<p>20. Raloxifeno reduce el riesgo en mujeres postmenopáusicas para desarrollar cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende identificar el uso de Raloxifeno y su impacto en el riesgo de cáncer de mama.</p>		
<p>21. El nivel educativo está asociado en la detección temprana del cáncer de mama.</p>		

<p>Esta pregunta pretende conocer la relación del nivel educativo respecto a la detección temprana del cáncer de mama.</p>		
<p>22. Ser mujer es el principal factor de riesgo de padecer cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende conocer la relación del género como riesgo para cáncer de mama.</p>		
<p>23. La historia familiar y la genética juegan un papel en el riesgo de padecer cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique como riesgo para cáncer de mama la historia familiar.</p>		
<p>24. Factores ambientales impactan en el riesgo de padecer cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique el impacto de los factores ambientales para desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p>25. Mutación en los genes BRCA 1 y BRCA 2 son la causa más común de cáncer de mama hereditario.</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique los genes implicados para desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p>26. Salpingo-ooforectomía bilateral (SOR 2) se asocia con reducción en riesgo de cáncer de mama en portadoras de la mutación BRCA 1 y BRCA 2.</p>		

<p>En esta pregunta se pretende conocer la asociación de la SOR 2 y su impacto en el desarrollo del cáncer de mama.</p>		
<p>27. La mastectomía profiláctica se contraindica a mujeres con historia familiar de BRCA 1 y BRCA 2</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la mastectomía profiláctica y su relación con los genes BRCA 1 y BRCA 2.</p>		
<p>28. Una mujer con cáncer en un seno no repercute en el riesgo de desarrollar un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte de la misma mama.</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer la repercusión de antecedente previo en un seno para desarrollar un nuevo cáncer.</p>		
<p>29. Existe de 1 a 2 veces mayor riesgo de desarrollar cáncer en cualquiera del seno en mujeres con carcinoma lobular insitu (CLIS)</p> <p>En esta pregunta se pretende dar a conocer el impacto de un antecedente de CLIS para desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p>30. Mujeres de madres que tomaron Dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo, tienen riesgo ligeramente alto de presentar cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende identificar como riesgo para presentar cáncer de mama el uso de Dietilestilbestrol.</p>		

<p>31. Disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama en aquellas mujeres de madres que tomaron Dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo.</p> <p>Esta pregunta pretende identificar como riesgo para presentar cáncer de mama el uso de Dietilestilbestrol.</p>		
<p>32. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante relacione la edad como factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p>33. Las mujeres de raza blanca son más propensas a desarrollar cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la raza como factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p>34. Aumento en la densidad del tejido mamario no es factor de riesgo para cáncer de mama.</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique como factor de riesgo al aumento en la densidad del tejido mamario.</p>		
<p>35. El síntoma más común relacionado con cáncer de mama es la presencia de un nuevo bulto o masa en la mama</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique como síntoma más común relacionado con el cáncer de mama a la aparición de un nuevo bulto o masa.</p>		

<p>36. El personal de enfermería de atención secundaria debe realizar exámenes clínicos de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante conozca como función del personal de enfermería de atención Primaria, la realización de exámenes clínicos de mama.</p>		
<p>37. Los enfermeros deben proporcionar información acerca de la mamografía y el autoexamen de seno.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como intervención del personal de salud el proporcionar información sobre mamografía y el auto examen de seno.</p>		
<p>38. El personal de enfermería es no es responsable en la toma de decisiones basadas en criterios de referencia ante resultados palpables y visibles.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique al personal de enfermería como responsable en la toma de decisiones en base a resultados palpables y visibles durante la exploración mamaria.</p>		
<p>39. Enfermería debe informar a las mujeres de cualquier anomalía clínica detectada.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función de enfermería el informar a las mujeres de cualquier anomalía clínica detectada.</p>		

<p>40. Los enfermeros deben referenciar al médico familiar para la valoración al detectar anomalías.</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique como función de enfermería, el referenciar al médico familiar en caso de detectar anomalías.</p>		
--	--	--

41. Marque con una (X) los síntomas relacionados con cáncer de mama que conoce:

- () Hinchazón de toda o una parte del pecho
- () Irritación de la piel o formación de hoyuelos
- () Dolor de pecho o pezón
- () Retracción del pezón
- () Enrojecimiento, descamación o engrosamiento del pezón a la piel de la mama
- () Secreción del pezón que no sea leche materna
- () Todas las anteriores

En esta pregunta se pretende que el participante identifique todos los síntomas relacionados con cáncer de mama que menciona la guía, seleccionando la opción “todas las anteriores”.

11. La sección 4 del instrumento lleva como propósito la identificación de las intervenciones de enfermería en la exploración clínica, autoexploración, detección por mamografía e identificación de hallazgos anormales, al igual que en la sección 3, se utilizarán preguntas en escala tipo Dicotómica Nominal, seleccionando con una “X” en la opción SI o NO de acuerdo a lo que el participante considere correcto.

	SI	NO
<p>1. El uso de mamografía de los senos aumenta el riesgo de cáncer de mama.</p>		

<p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique el uso de mamografía como factor para desarrollar cáncer de mama.</p>		
<p style="text-align: center;">2. La detección temprana de cambios en los senos reduce el riesgo de cáncer de mama</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante relacione los cambios en los senos como parte de la detección temprana del cáncer de mama.</p>		
<p style="text-align: center;">3. La valoración adecuada de la mama en la paciente determina las valoraciones posteriores en la misma</p> <p>Esta pregunta va orientada a conocer la importancia de una valoración clínica adecuada por parte del personal de salud para futuras valoraciones a la paciente.</p>		
<p style="text-align: center;">4. La exploración clínica de la mama es un requisito previo para la obtención de una mamografía</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique las indicaciones para realizar mamografía en la paciente.</p>		
<p style="text-align: center;">5. El personal de enfermería debe realizar la valoración física, psicológica y social de las pacientes.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique las funciones del personal de enfermería de forma integral tanto en la valoración física, psicológica y social de las pacientes.</p>		

<p>6. El personal de enfermería debe asegurar una intervención adecuada en la paciente durante la valoración.</p> <p>Esta pregunta va orientada a conocer la importancia de una valoración clínica adecuada por parte del personal de enfermería hacia las pacientes</p>		
<p>7. El personal de enfermería no tiene la responsabilidad de evaluar las necesidades de información de la paciente</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante conozca la importancia de otorgar información adecuada a la paciente sobre el cáncer de mama.</p>		
<p>8. Es irrelevante la presencia del personal de enfermería durante la valoración clínica para proporcionar apoyo.</p> <p>Esta pregunta va orientada a conocer la importancia de una valoración clínica adecuada por parte del personal de enfermería como apoyo a las pacientes</p>		
<p>9. El personal de enfermería debe proporcionar información durante la exploración.</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante conozca la importancia de otorgar información adecuada durante la exploración clínica en la paciente sobre el cáncer de mama.</p>		

<p style="text-align: center;">10. Es función del personal médico demostrar la práctica basada en la evidencia durante la valoración clínica.</p> <p>En esta pregunta se pretende dar a conocer al participante la importancia de otorgar información basada en evidencia por parte del personal médico a la paciente durante su valoración</p>		
<p style="text-align: center;">11. Debe otorgarse información verbal apropiada de la detección realizada por parte del personal de salud</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante conozca la importancia de otorgar información verbal adecuada de la detección realizada a la paciente</p>		
<p style="text-align: center;">12. El personal de enfermería debe registrar la información detallada del apoyo e información proporcionada.</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante conozca la importancia del registro de la información proporcionada detallada de la paciente.</p>		
<p style="text-align: center;">13. Es función del médico elaborar un plan de acción con el equipo de control de calidad para identificar las áreas de interés y de oportunidad donde no se estén cumpliendo las normas mínimas de la práctica.</p>		

<p>Esta pregunta lleva como objetivo que el participante identifique como acción por parte del médico, el conocer las áreas de interés y de oportunidad donde no se estén cumpliendo las normas mínimas de la práctica para elaborar un plan de acción con el equipo de calidad.</p>		
<p style="text-align: center;">14. Las mujeres a partir de los 20 años deben realizarse un examen clínico de las mamas anualmente.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la edad recomendada para realizar un examen clínico de las mamas y la periodicidad.</p>		
<p style="text-align: center;">15. Las mujeres a partir de los 40 años deben realizar auto exploración mamaria mensualmente</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la edad recomendada para realizar auto exploración mamaria y la periodicidad de la misma.</p>		
<p style="text-align: center;">16. A mujeres embarazadas se debe ofrecer el examen clínico de mama cada 9 meses</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la periodicidad recomendada para realizar examen clínico de mamas en embarazadas.</p>		

<p>17. A mujeres en periodo de lactancia se debe ofrecer el examen clínico de mama cada 6 meses.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la periodicidad recomendada para realizar examen clínico de mamas durante la lactancia.</p>		
<p>18. Se debe realizar un examen clínico de mama con énfasis en la inspección y palpación de tejido mamario incluyendo las cuencas de los ganglios linfáticos.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante conozca los aspectos importantes para realizar un adecuado examen clínico.</p>		
<p>19. No se requiere la realización de un ultrasonido de mama para diferenciar entre quiste y tumoración mamario.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique los criterios para realizar ultrasonido de mama.</p>		
<p>20. Debe realizarse aspiración con agujan para diferenciar entre quiste y tumoración mamario</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique los criterios para realización de aspiración con aguja</p>		
<p>21. La autoexploración mamaria no se recomienda parte de la detección de rutina.</p>		

<p>Esta pregunta pretende que el participante identifique la autoexploración como parte de la detección de rutina.</p>		
<p>22. La detección temprana implica identificar cambios en el tejido mamario detectando masa palpable a partir de los 5 mm.</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer en el participante los cambios en el tejido mamario de relevancia como parte de la detección temprana.</p>		
<p>23. La auto exploración mamaria ayuda a las mujeres a desarrollar una memoria táctil y el reconocimiento de su cuerpo.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante conozca la importancia de la autoexploración mamaria para desarrollar en la paciente una memoria táctil y el reconocimiento de su cuerpo</p>		
<p>24. Factores como apatía, falta de conciencia o el desconocimiento sobre el cáncer de mama limitan la detección oportuna en mujeres latinas.</p> <p>Esta pregunta va orientada a detectar los aspectos limitantes como la apatía, falta de conciencia o el desconocimiento del cáncer de mama para realizar una detección oportuna en mujeres latinas.</p>		
<p>25. La auto exploración es el método de detección menos común entre las mujeres.</p>		

<p>Esta pregunta pretende que el paciente identifique la auto exploración como el método de detección para cáncer de mama más común en las mujeres</p>		
<p style="text-align: center;">26. Se debe promover la auto exploración mamaria a partir de los 40 años de edad</p> <p>Esta pregunta pretende que el paciente conozca el momento indicado para iniciar la auto exploración mamaria en las mujeres.</p>		
<p style="text-align: center;">27. El personal de salud debe capacitar a las mujeres en la técnica de auto exploración.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de salud, el capacitar a las mujeres en la técnica de auto exploración.</p>		
<p style="text-align: center;">28. Se recomienda la detección por mamografía a partir de los 45 años en mujeres con factores de riesgo.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante reconozca la edad en la que se recomienda realizar mamografía como parte de la detección oportuna parra cáncer de mama ante factores de riesgo existentes.</p>		
<p style="text-align: center;">29. La radiación utilizada en mamografías modernas aumenta el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer en el participante la utilidad de la mamografía y su impacto como factor de riesgo para cáncer de mama.</p>		

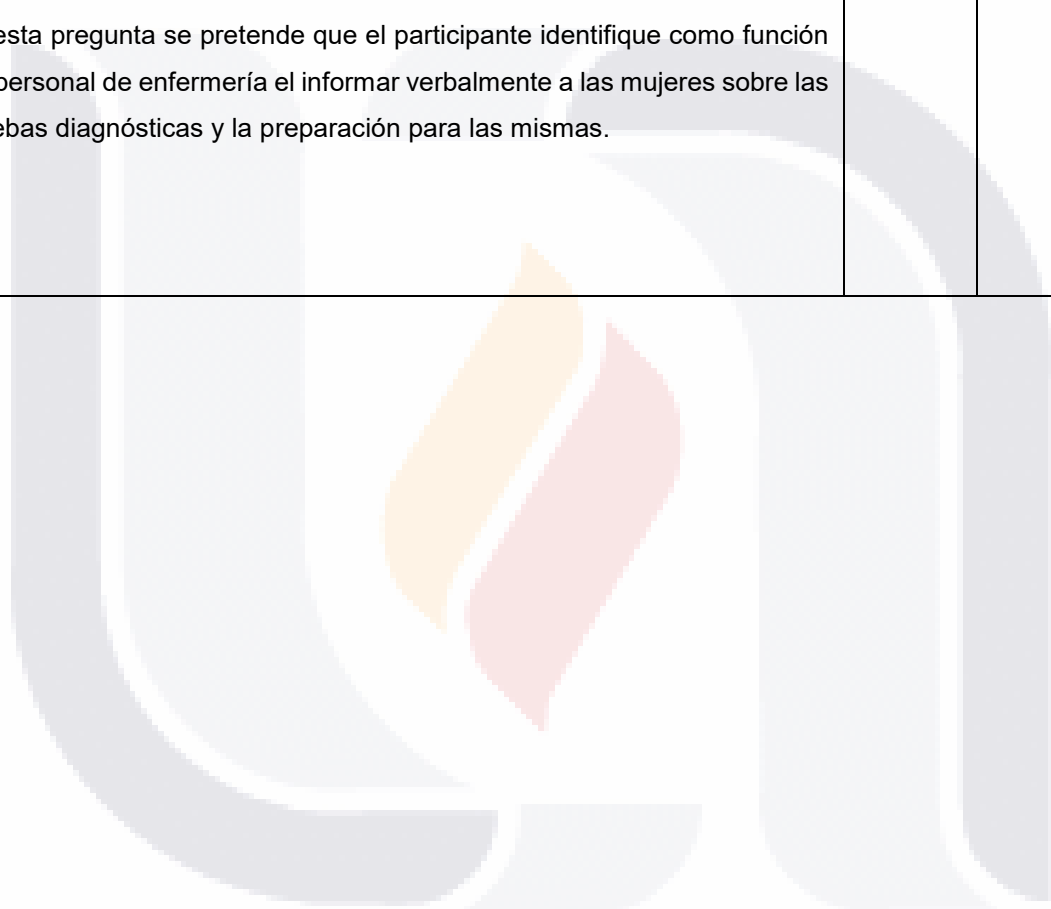
<p style="text-align: center;">30. Mujeres mayores de 40 años deben realizarse mamografía anualmente</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer en el participante la edad recomendada y la periodicidad para realizar mamografía en las pacientes.</p>		
<p style="text-align: center;">31. La mamografía reduce la mortalidad para cáncer de mama</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer en el participante la importancia de realizar mamografía y su impacto en los índices de mortalidad para cáncer de mama.</p>		
<p style="text-align: center;">32. La mamografía bianual es menos efectiva que la mamografía anual en mujeres mayores de 50 años.</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer en el participante la importancia de realizar mamografía tanto anual como bianual, la edad recomendada y la periodicidad de la misma.</p>		
<p style="text-align: center;">33. La mamografía de rutina en mayores de 40 años da falsos positivos por las diferencias en la densidad mamaria.</p> <p>En esta pregunta se pretende dar a conocer en el participante el resultado de falsos positivos en la mamografía por las diferencias en la densidad mamaria.</p>		

<p>34. El personal de salud debe recomendar a la paciente acudir a una institución especializada en mamografía para su realización.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de salud el recomendar a la paciente acudir a una institución especializada en mamografía para su realización</p>		
<p>35. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente mencionar al técnico que realiza la mamografía sobre algún síntoma existente de la mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de enfermería el recomendar a la paciente mencionar al técnico que realiza la mamografía sobre algún síntoma existente de la mama.</p>		
<p>36. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente mencionar al médico cualquier antecedente que pudiera incrementar el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de enfermería el recomendar a la paciente mencionar al médico cualquier antecedente que pudiera incrementar el riesgo de cáncer de mama.</p>		
<p>37. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente consultar cualquier problema en sus senos con el médico o enfermero antes de realizar una mamografía.</p>		

<p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de enfermería el recomendar a la paciente consultar cualquier problema en sus senos con el médico o enfermero antes de realizar una mamografía.</p>		
<p>38. La realización de mamografía en mujeres de 60 años o más depende de la esperanza de vida y el deseo de la paciente.</p> <p>Esta pregunta pretende dar a conocer en el participante las situaciones especiales para la realización de mamografía en el adulto mayor de 60 años.</p>		
<p>39. Se recomienda realizar ecografía como complemento diagnóstico en mujeres de alto riesgo con tejido mamario denso.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique las indicaciones para realizar ecografía como complemento diagnóstico.</p>		
<p>40. Debe realizarse Resonancia Magnética para detección de cáncer de mama.</p> <p>Esta pregunta pretende que el participante identifique los estudios de gabinete de utilidad para detección de cáncer de mama, donde la Resonancia Magnética no ha demostrado ser uno de ellos en la actualidad.</p>		

<p>41. El personal de enfermería está capacitado en brindar información sobre cualquier anomalía clínica al momento de la visita.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de enfermería el brindar información sobre cualquier anomalía clínica al momento de la visita</p>		
<p>42. La enfermera debe referir a la paciente al médico familiar para revaloración ante cualquier anomalía.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de enfermería el referir a la paciente al médico familiar para revaloración ante cualquier anomalía.</p>		
<p>43. Ante casos de ansiedad o depresión detectadas en las pacientes, se recomienda referirlas oportunamente para disminuir el sufrimiento emocional.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de salud el referir oportunamente ante casos de ansiedad o depresión detectadas a las pacientes para disminuir el sufrimiento emocional</p>		
<p>44. Las pacientes requieren compasión y apoyo por parte del personal de salud para sentir un trato de respeto y cuidado durante el proceso diagnóstico.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique la importancia del papel que ocupa el personal de salud para otorgar compasión y apoyo</p>		

<p>a las pacientes y logren sentir un trato de respeto y cuidado durante el proceso diagnóstico.</p>		
<p>45. El personal de enfermería deberá informar verbalmente a las mujeres sobre las pruebas diagnósticas y la preparación para las mismas.</p> <p>En esta pregunta se pretende que el participante identifique como función del personal de enfermería el informar verbalmente a las mujeres sobre las pruebas diagnósticas y la preparación para las mismas.</p>		



ANEXO E. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Características biológicas, sociales y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio

Definición Conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala	Ítem
Edad: Estado psicofísico. Tiempo que ha vivido una persona	Edad: Años de vida cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento del cuestionario		Cuantitativa Continua	1.- Edad
Sexo:	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Masculino Femenino	Cualitativa/ Nominal	2.- Sexo
Escolaridad Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Último nivel académico cursado al momento de responder el cuestionario	Sin escolaridad. Primaria. Secundaria. Medio Superior. Superior Posgrado	Cualitativo/ Ordinal	3.- Escolaridad
Ocupación Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Trabajo, empleo, oficio.	Actividad productiva realizada por el participante para obtener remuneración económica al momento de realizar el cuestionario.	Sin ocupación. Funcionarios, directores y jefes. Profesionistas y técnicos. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas. Trabajadores en servicios personales y vigilancia. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca. Trabajadores artesanales. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte. Trabajadores de actividades elementales y de apoyo.	Cualitativo/ Nominal	4.- Ocupación
Estado Civil Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el	Situación de la participante determinada por su relación interpersonal al momento de realizar el cuestionario	Soltero. Casado o Unido. Separado, divorciado o Viudo	Cualitativo/ Nominal	5.- Estado civil

derecho reconoce a las personas naturales.				
Antigüedad Laboral: Tiempo de servicio efectivo que un trabajador tiene en su lugar de trabajo, desde su ingreso o vinculación laboral	Años de servicio efectivo que un trabajador tiene en su lugar de trabajo, desde su ingreso o vinculación laboral		Cuantitativa/ Continua	6.- Antigüedad laboral
Categoría:	Evaluación objetiva de las funciones y actividades de la enfermera conforme a la legislación vigente, a los conceptos de delegación/encargo y a la capacidad resolutive frente a determinados problemas	Jefatura en Enfermería, Especialistas Enfermería General, Auxiliar en Enfermería, Dental	Cualitativa/ Nominal	7.- Categoría
Tiempo en dicha Categoría	Años ejerciendo las funciones y actividades de la enfermera conforme a la legislación vigente, a los conceptos de delegación/encargo y a la capacidad resolutive frente a determinados problemas		Cuantitativa/ Continua	8.- Tiempo en dicha Categoría
Capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía:	Consiste en una serie de actividades planeadas y basadas en las necesidades de la empresa que se orientan hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y aptitudes de los empleados que les permitan desarrollar sus actividades de manera eficiente.	Si ha recibido capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía. No ha recibido capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía.	Escala dicotómica Si o NO	9.- Capacitación previa respecto a la información que recolecta la guía.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DOMINIOS	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM
<p>Intervención de enfermería en cáncer de mama: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad,</p> <p>Cáncer de mama: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado su enormemente su capacidad reproductiva diseminándose a través de la sangre o de vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, allí</p>	<p>Prevención primaria en intervenciones de enfermería en cáncer de mama: actividades de prevención y protección específica del cáncer de mama. Integrado por las dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones de enfermería en la prevención del cáncer de mama ▪ Intervenciones de enfermería de protección específica del cáncer de mama ▪ Intervenciones de enfermería para la Detección Oportuna <p>Prevención secundaria en intervenciones de enfermería en cáncer de mama: actividades para la detección oportuna de cáncer de mama, para la exploración clínica de la mama, autoexploración mamaria, detección por mamografía y detección</p>	<p>Intervenciones de enfermería en la prevención del cáncer de mama</p>	<p>Presencia o ausencia del conocimiento</p>	<p>Sumatoria del resultado de los ítems de acuerdo a cada dimensión.</p>	<p>Escala tipo Likert:</p> <p>Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo. Totalmente en desacuerdo</p>	<p>46. Los factores demográficos se asocian positivamente para visitas subsecuentes de las mujeres a exámenes de detección</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>47. El diagnóstico precoz permite una reducción en los índices de mortalidad en el cáncer de mama</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>48. Los enfermeros (as) tienen la tarea de fomentar en las mujeres a hacer consciencia del cáncer de mama.</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p>

<p>pueden activarse a los tejidos y crecen formando metástasis.</p>	<p>de hallazgos anormales. El cual es integrado por las dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervención: Exploración clínica de la mama ▪ Intervenciones de enfermería en la detección por Mamografía ▪ Intervenciones de enfermería ante hallazgos Anormales 					<p>2 En Desacuerdo 1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>49. Los enfermeros (as) deben informar a las mujeres sobre el programa de tamizaje del cáncer de mama. 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En Desacuerdo 1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>50. Brindar información adecuada a las mujeres durante la valoración de las mamas, mejora el afrontamiento a la posibilidad de tener cáncer de mama 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En Desacuerdo 1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>51. Informar adecuadamente a las mujeres sobre el cáncer de mama, impacta en el grado de confianza que tengan las</p>
---	---	--	--	--	--	---

		<p>Intervenciones de enfermería de protección específica del cáncer de mama la cual se conforma por 3 subdimensiones, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de riesgos ▪ Intervenciones para la disminución de riesgo ▪ Intervenciones para la disminución del Riesgo: Factores No Modificables <p>Intervenciones de enfermería para la Detección Oportuna</p> <p>Intervención: Exploración clínica de la mama</p> <p>Intervenciones de enfermería en la auto exploración mamaria</p> <p>Intervenciones de enfermería en la detección por Mamografía</p> <p>Intervenciones de enfermería ante hallazgos Anormales</p>		<p>Escala Dicotómica Nominal</p>	<p>pacientes en el equipo de atención médica.</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>52. Informar a la mujer sobre sus factores de riesgo para contraer cáncer de mama, tiene impacto en mantener un nivel adecuado de actividades de prevención.</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>53. La interacción de la mujer con el equipo de salud influye positivamente en la experiencia de someterse a una exploración clínica de las mamas.</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p>
--	--	--	--	----------------------------------	---

						<p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>54. Las mujeres de grupos desfavorecidos y de zonas rurales son igual de vulnerables a la enfermedad que el resto de las mujeres. (no)</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>55. Fomentar actividades educativas a mujeres respecto al cáncer de mama, eleva el grado de consciencia del riesgo y la realización de acciones positivas para la salud. (si)</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>56. Las intervenciones deben dirigirse a las mujeres mayores de edad, con énfasis en</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>mujeres de menor acceso a la información.</p> <p>5 Totalmente de acuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>2 En Desacuerdo</p> <p>1 Totalmente en Desacuerdo</p> <p>CONOCIMIENTOS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCION OPORTUNA PARA CÁNCER DE MAMA</p> <p>57. Factores de riesgo altamente modificables con implicación social, dificultan estrategias eficaces en las mujeres para reducir la incidencia del cáncer de mama. SI o NO</p> <p>58. El retraso en la detección del cáncer de mama no es atribuible a la falta de acceso en la atención médica. SI o NO</p> <p>59. El retaso diagnóstico del cáncer de mama se ha asociado al</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>aumento de la morbilidad y mortalidad entre mujeres de bajos ingresos.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>60. El personal de enfermería puede utilizar modelos de evaluación del riesgo del cáncer de mama como asesoramiento individual sobre factores de riesgo.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>61. La actividad física favorece en la prevención del riesgo para desarrollar cáncer de mama</p> <p>SI o NO</p>
						<p>62. Mujeres obesas o en sobrepeso tienen mayor riesgo de cáncer de mama postmenopáusico.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>63. El tiempo recomendado de actividad física debe ser de 45-60 minutos 5 o más días a la semana.</p> <p>SI o NO</p>

						<p>64. La ingesta de alcohol no modifica el riesgo de cáncer de mama. SI o NO</p>
						<p>65. Existe asociación entre el aumento de consumo de alcohol y el aumento de probabilidad de desarrollar cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>66. El uso de anticonceptivos orales incrementa el riesgo de cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>67. El uso de vitamina D funge como protector para el desarrollo de cáncer de mama. SI o NO</p>
						<p>68. Dieta baja en grasas totales disminuye el riesgo de cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>69. Mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama</p>

						<p>SI o NO</p> <p>70. Mujeres primigestas después de los 30 años, tienen riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama</p> <p>SI o NO</p> <p>71. Mujer multigesta o con embarazos a edad temprana reducen el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>SI o NO</p> <p>72. La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>SI o NO</p> <p>73. El uso de terapia hormonal combinada utilizada para aliviar síntomas de menopausia, aumenta la probabilidad del cáncer de mama.</p> <p>SI o NO</p> <p>74. Fumar incrementa el riesgo de cáncer de mama</p> <p>SI o NO</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>75. Tratamiento con tamoxifeno durante 5 años ha demostrado reducir el riesgo de cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>76. Raloxifeno reduce el riesgo en mujeres postmenopáusicas para desarrollar cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>77. El nivel educativo está asociado en la detección temprana del cáncer de mama. SI o NO</p>
						<p>78. Ser mujer es el principal factor de riesgo de padecer cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>79. La historia familiar y la genética juegan un papel en el riesgo de padecer cáncer de mama SI o NO</p>
						<p>80. Factores ambientales impactan en el riesgo de padecer cáncer de mama.</p>

						<p>SI o NO</p> <p>81. Mutación en los genes BRCA 1 y BRCA 2 son la causa más común de cáncer de mama hereditario.</p> <p>SI o NO</p> <p>82. Salpingo-ooforectomía bilateral (SOR 2) se asocia con reducción en riesgo de cáncer de mama en portadoras de la mutación BRCA 1 y BRCA 2.</p> <p>SI o NO</p> <p>83. La mastectomía profiláctica se contraindica a mujeres con historia familiar de BRCA 1 y BRCA 2</p> <p>SI o NO</p> <p>84. Una mujer con cáncer en un seno no repercute en el riesgo de desarrollar un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte de la misma mama.</p> <p>SI o NO</p> <p>85. Existe de 1 a 2 veces mayor</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>riesgo de desarrollar cáncer en cualquiera del seno en mujeres con carcinoma lobular insitu (CLIS)</p> <p>SI o NO</p>
						<p>86. Mujeres de madres que tomaron Dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo, tienen riesgo ligeramente alto de presentar cáncer de mama.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>87. Disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama en aquellas mujeres de madres que tomaron Dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>88. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad</p> <p>SI o NO</p>
						<p>89. Las mujeres de raza blanca son más propensas a desarrollar cáncer de mama.</p>

						<p>SI o NO</p> <p>90. Aumento en la densidad del tejido mamario no es factor de riesgo para cáncer de mama.</p> <p>SI o NO</p> <p>91. El síntoma más común relacionado con cáncer de mama es la presencia de un nuevo bulto o masa en la mama</p> <p>SI o NO</p> <p>92. El personal de enfermería de atención secundaria debe realizar exámenes clínicos de mama</p> <p>SI o NO</p> <p>93. Los enfermeros deben proporcionar información acerca de la mamografía y el autoexamen de seno.</p> <p>SI o NO</p> <p>94. El personal de enfermería es no es responsable en la toma de decisiones</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>basadas en criterios de referencia ante resultados palpables y visibles.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>95. Enfermería debe informar a las mujeres de cualquier anomalía clínica detectada.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>96. Los enfermeros deben referenciar al médico familiar para la valoración al detectar anomalías.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>97. Síntomas relacionados con cáncer de mama que conoce:</p> <p>Hinchazón de toda o una parte del pecho</p> <p>Irritación de la piel o formación de hoyuelos</p> <p>Dolor de pecho o pezón</p> <p>Retracción del pezón</p> <p>Enrojecimiento, descamación o engrosamiento del pezón a la piel de la mama</p>

						<p>Secreción del pezón que no sea leche materna</p> <p>CONOCIMIENTOS EN EXPLORACIÓN CLÍNICA, AUTOEXPLORACIÓN, DETECCIÓN POR MAMOGRAFÍA E IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS ANORMALES</p> <p>98. El uso de mamografía de los senos aumenta el riesgo de cáncer de mama. SI o NO</p> <p>99. La detección temprana de cambios en los senos reduce el riesgo de cáncer de mama SI o NO</p> <p>100. La valoración adecuada de la mama en la paciente, determina las valoraciones posteriores en la misma SI o NO</p> <p>101. La exploración clínica de la mama es un requisito previo para la</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>obtención de una mamografía</p> <p>SI o NO</p>
						<p>102. El personal de enfermería debe realizar la valoración física, psicológica y social de las pacientes.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>103. El personal de enfermería debe asegurar una intervención adecuada en la paciente durante la valoración.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>104. El personal de enfermería no tiene la responsabilidad de evaluar las necesidades de información de la paciente</p> <p>SI o NO</p>
						<p>105. Es irrelevante la presencia del personal de enfermería durante la valoración clínica para proporcionar apoyo.</p> <p>SI o NO</p>

						<p>106. El personal de enfermería debe proporcionar información durante la exploración. SI o NO</p>
						<p>107. Es función del personal médico demostrar la práctica basada en la evidencia durante la valoración clínica. SI o NO</p>
						<p>108. Debe otorgarse información verbal apropiada de la detección realizada por parte del personal de salud SI o NO</p>
						<p>109. El personal de enfermería debe registrar la información detallada del apoyo e información proporcionada. SI o NO</p>
						<p>110. Es función del médico elaborar un plan de acción con el equipo de control de calidad para identificar las áreas de interés y</p>

						<p>de oportunidad donde no se estén cumpliendo las normas mínimas de la práctica.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>111. Las mujeres a partir de los 20 años deben realizarse un examen clínico de las mamas anualmente.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>112. Las mujeres a partir de los 40 años deben realizar auto exploración mamaria mensualmente</p> <p>SI o NO</p>
						<p>113. A mujeres embarazadas se debe ofrecer el examen clínico de mama cada 9 meses</p> <p>SI o NO</p>
						<p>114. A mujeres en periodo de lactancia se debe ofrecer el examen clínico de mama cada 6 meses.</p> <p>SI o NO</p>

						<p>115. Se debe realizar un examen clínico de mama con énfasis en la inspección y palpación de tejido mamario incluyendo las cuencas de los ganglios linfáticos.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>116. No se requiere la realización de un ultrasonido de mama para diferenciar entre quiste y tumoración mamario.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>117. Debe realizarse aspiración con agujan para diferenciar entre quiste y tumoración mamario</p> <p>SI o NO</p>
						<p>118. La autoexploración mamaria no se recomienda parte de la detección de rutina.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>119. La detección temprana implica identificar cambios en el tejido</p>

						<p>mamario detectando masa palpable a partir de los 5 mm</p> <p>SI o NO</p>
						<p>120. La auto exploración mamaria ayuda a las mujeres a desarrollar una memoria táctil y el reconocimiento de su cuerpo.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>121. Factores como apatía, falta de conciencia o el desconocimiento sobre el cáncer de mama limitan la detección oportuna en mujeres latinas.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>122. La auto exploración es el método de detección menos común entre las mujeres.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>123. Se debe promover la auto exploración mamaria a partir de los 40 años de edad</p> <p>SI o NO</p>

						<p>124. El personal de salud debe capacitar a las mujeres en la técnica de auto exploración. SI o NO</p> <p>125. Se recomienda la detección por mamografía a partir de los 45 años en mujeres con factores de riesgo. SI o NO</p> <p>126. La radiación utilizada en mamografías modernas aumenta el riesgo de cáncer de mama. SI o NO</p> <p>127. Mujeres mayores de 40 años deben realizarse mamografía anualmente SI o NO</p> <p>128. La mamografía reduce la mortalidad para cáncer de mama SI o NO</p> <p>129. La mamografía bianual es menos efectiva que la</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>mamografía anual en mujeres mayores de 50 años. SI o NO</p> <p>130. La mamografía de rutina en mayores de 40 años da falsos positivos por las diferencias en la densidad mamaria. SI o NO</p> <p>131. El personal de salud debe recomendar a la paciente acudir a una institución especializada en mamografía para su realización. SI o NO</p> <p>132. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente mencionar al técnico que realiza la mamografía sobre algún síntoma existente de la mama. SI o NO</p> <p>133. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente mencionar al médico cualquier</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>antecedente que pudiera incrementar el riesgo de cáncer de mama.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>134. El personal de enfermería debe recomendar a la paciente consultar cualquier problema en sus senos con el médico o enfermero antes de realizar una mamografía.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>135. La realización de mamografía en mujeres de 60 años o más depende de la esperanza de vida y el deseo de la paciente.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>136. Se recomienda realizar ecografía como complemento diagnóstico en mujeres de alto riesgo con tejido mamario denso.</p> <p>SI o NO</p>
						<p>137. Debe realizarse Resonancia Magnética para</p>

						<p>detección de cáncer de mama. SI o NO</p> <p>138. El personal de enfermería está capacitado en brindar información sobre cualquier anomalía clínica al momento de la visita. SI o NO</p> <p>139. La enfermera debe referir a la paciente al médico familiar para revaloración ante cualquier anomalía. SI o NO</p> <p>140. Ante casos de ansiedad o depresión detectadas en las pacientes, se recomienda referirlas oportunamente para disminuir el sufrimiento emocional. SI o NO</p> <p>141. Las pacientes requieren compasión y apoyo por parte del personal de salud para sentir</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>un trato de respeto y cuidado durante el proceso diagnóstico. SI o NO</p> <p>142. El personal de enfermería deberá informar verbalmente a las mujeres sobre las pruebas diagnósticas y la preparación para las mismas. SI o NO</p>
--	--	--	--	--	--	---

