



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOEXAMEN DE
MAMA, COMO ESTRATEGIA DE DETECCION TEMPRANA DE
CANCER MAMARIO, EN LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AYACUCHO 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

**BACHILLER: HUILLCAPURI SANTIAGO,
NAYDITHER MILUSCA**

AYACUCHO-PERÚ

2017

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA, COMO ESTRATEGIA DE DETECCION TEMPRANA DE CANCER MAMARIO, EN LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AYACUCHO 2015”.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el entendimiento sobre el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 134 estudiantes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: inicio, frecuencia, signos de alarma, momento oportuno, técnica, posición. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 13,31 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de entendimiento sobre autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio. Estos niveles se presentan por las respuestas quienes señalan que desconocen las técnicas, frecuencias y el momento preciso en el autoexamen de mamas, así como las posiciones y estructuras que se examina en el autoexamen de mamas, asimismo desconocen qué se busca en las mamas con la técnica de palpación.

PALABRAS CLAVES: *Entendimiento sobre el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, inicio, frecuencia, signos de alarma, momento oportuno, técnica, posición.*

ABSTRACT

The objective of the present research was: To determine the understanding of breast self-examination as a strategy for the early detection of breast cancer in Alas Peruanas University students. Ayacucho, 2015. It is descriptive investigation, we worked with a sample of 134 students, for the gathering of information of a multiple alternative of 18 items organized by dimensions was used: start frequency, warning signs, time timely, technical, position. The validity of the instrument was performed by the test of agreement of the expert judgment obtaining a value of (0.871); reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 13.31 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of understanding about breast self-examination, as an early detection strategy for breast cancer in UAP students, Ayacucho, is Medium. These levels are presented by the responses who say they do not know the techniques, frequencies and the precise moment breast self-examination, and the positions and structures examined in breast self-examination, also known to be looking at the mamen with palpation technique.

KEY WORDS: *Understanding breast self-examination, as a strategy for the early detection of breast cancer, beginning, frequency, alarm signs, timing, technique, position.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

4

1.3. Objetivos de la investigación

4

1.3.1. Objetivo general

4

1.3.2. Objetivos específicos

5

1.4. Justificación del estudios

5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

7

2.2. Base teórica

12

2.3. Definición de términos

30

2.4. Hipótesis

31

2.5. Variables

31

2.5.1. Operacionalización de la variable

32

| | |
|---|----|
| CAPITULOIII: METODOLOGIA | |
| 3.1. Tipo y nivel de investigación | 39 |
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación | 39 |
| 3.3. Población y muestra | 40 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 41 |
| 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento | 42 |
| 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos | 43 |
| | |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 45 |
| | |
| CAPÍTULO V: DISCUSION | 52 |
| | |
| CONCLUSIONES | 56 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 58 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |
| | |
| ANEXOS | |
| Matriz | |
| Instrumento | |

INTRODUCCIÓN

La causa del cáncer de mama no se conoce pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad. Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que tengan mayores antecedentes de riesgo deben tomar medidas preventivas que reduzcan esa probabilidad como revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida.

Es importante conocer que existen una serie de factores de riesgo que, aunque no son determinantes para el desarrollo de un cáncer de mama, sí pueden favorecer su aparición; de allí la importancia de conocerlos para evitarlos o en todo caso si no es posible evitarlos controlarnos regularmente a fin de diagnosticar el cáncer precozmente.

El cáncer de mama puede llegar a ser una enfermedad devastadora, especialmente si no es detectado a tiempo- durante las primeras etapas del mismo. No obstante, a través de controles y exámenes frecuentes, usted podría contribuir a disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de mamas, y además podría incrementar sus probabilidades de obtener un diagnóstico temprano. Esto permitiría que el tratamiento para curar esta enfermedad pudiera ser más efectivo, mejorando su calidad de vida y contribuyendo a que recupere su salud completamente.

El autoexamen de mama podría ayudarla a tomar un rol activo en el cuidado de su propia salud y en su bienestar, y además podría ayudarla a salvar su propia vida.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO : EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento se define como el nivel de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica el manejo de datos concretos para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. (Sáenz y Sánchez, 2011)

El autoexamen de la mama (AEM) es una técnica de exploración del órgano mamario y sus estructuras accesorias, para detectar la presencia de alteraciones que pudieran indicar un proceso maligno (Mendoza, 2013).

El cáncer de mama en la mujer constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en los países desarrollados, debido a su alta incidencia y elevada mortalidad, ocasionando además repercusiones físicas y psicológicas en las mujeres afectadas. (Gonzales,2013)

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial (Itriago y Silva, 2013) y amenaza seria para la salud de la mujer como para el bienestar de sus familias, Sistemas de Salud y la sociedad misma. (Porter, 2008)

En España, el cáncer de mama según localización topográfica corresponde al 11,7%, luego del cáncer colorrectal(15,0%), próstata (12,9%) y del pulmón (12,4%). (SEOM, 2014)

En Perú, el cáncer de mama según localización topográfica corresponde al 10,3%, luego del cáncer de cérvix (14,9%) y de estómago (11,1%). La distribución del cáncer de mama según sexo devela mayor afectación absoluta en mujeres (11,271) que en varones (69). En Tumbes, el cáncer de mama corresponde al 13,2%, luego del cáncer de cérvix (16,3%) y se presentó exclusivamente en mujeres. En Ica, el cáncer de mama corresponde al 12,9%, al igual que el cáncer de cérvix y las mujeres (409) fueron más vulnerables que los varones (3). En Lima, el cáncer de mama corresponde al 12,1%, luego del cáncer de cérvix (13,1%) y las mujeres (5,166) fueron más vulnerables que los varones (25). En Piura, el cáncer de mama corresponde al 11,5%, luego del cáncer de cérvix (11,8%) y las mujeres (696) fueron más vulnerables que los varones (6). En La Libertad, el cáncer de mama corresponde al 11,0%, luego del cáncer de cérvix (15,4%) y las mujeres (1,077) fueron más vulnerables que los varones (10). En Cajamarca, el cáncer de mama corresponde al 8,1%, luego del cáncer de cérvix (18,0%), estómago (13,7) y de piel (9,4%) y se presentó exclusivamente en mujeres (307). En Cusco, el cáncer de mama corresponde al 6,2%, luego del cáncer de cérvix (18,8%), estómago (6,9) y de piel (5,1%). Las mujeres (174) fueron más afectadas que los varones (10). En Puno, el cáncer de mama corresponde al 5,3%, luego del cáncer de cérvix (16,9%), estómago (5,7) y de próstata (5,3%). Las mujeres (71) fueron más vulnerables que los varones (1). (MINSa, 2013)

En Ayacucho, el cáncer de mama según localización topográfica corresponde al 4,6%, luego del cáncer de estómago (15,9%), cérvix (15,7), piel (7,6%), hematológico (6,5%) como de hígado y vías biliares (5,4%). La distribución del cáncer de mama según sexo devela afectación absoluta en mujeres (62). (MINSa, 2013)

Frente a este escenario, el autoexamen de mamas es una medida apropiada para el diagnóstico precoz de neoplasia mamaria, una

intervención sencilla, inocua y sin costo adicional; constituyendo el primer elemento dentro del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.

Acerca del nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas se han identificado investigaciones con resultados heterogéneos: En Guatemala, Gonzales (2013) sustenta que el 53% no conoce el autoexamen de mama y el 47% si refiere conocerlo. En México, Cumpián (2012), afirma que el 91% conoce el autoexamen de mamas. En Perú, Suasnabar (2012), en Lima, muestra que el 46% tiene un bajo nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas. Pacohuanaco (2012), en Tacna muestra que el 65% evidencia un nivel de conocimiento insuficiente sobre el autoexamen de mamas. En Ayacucho, Paredes (2013) describe que el 60.8% tiene conocimiento regular, 27,2% bueno y el 12,0% malo sobre autoexamen de mamas.

En la Universidad Alas Peruanas, en la Escuela Académica profesional de Enfermería, durante el desarrollo de las clases y prácticas (como estudiante) se ha escuchado expresiones diferentes respecto al autoexamen de mama : “No sé cómo debo realizarme el autoexamen de mama por qué no me lo han enseñado”, “me realizo el autoexamen de mama solo cuando me acuerdo”, “no me realizo el autoexamen de mama porque aún soy joven”, “no recuerdo como es la técnica del autoexamen de mama a pesar que sé que es importante para todas las mujeres”, “no sé en qué momento debo realizar el autoexamen de mama”, “no sé cómo identificar alguna anomalía”, etc. Dichas expresiones, denotan la necesidad de identificar el conocimiento y la importancia sobre la prevención del cáncer de mama. Como estudiantes de enfermería deberíamos ser las primeras interesadas en conocer y llevar a cabo las medidas de prevención del cáncer de mama, enfatizando la práctica de la autoexploración mamaria, de esta manera poder adquirir la habilidad necesaria para poder enseñar con seguridad a toda la población femenina con la que nos corresponda trabajar en el futuro profesional.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el entendimiento sobre autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en estudiantes de la Escuela profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a) ¿Cuál es el entendimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas?
- b) ¿Cuáles el entendimiento sobre las posiciones para el autoexamen de mamas?
- c) ¿Cuál es el entendimiento sobre el inicio del autoexamen de mamas?
- d) ¿Cuál es entendimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas?
- e) ¿Cuál es el entendimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama?
- f) ¿Cuál es el entendimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mamas?
- g) ¿Cuál es el entendimiento sobre la población de riesgo para el autoexamen de mamas?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determina el entendimiento sobre el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar el entendimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas.
- b) Identificar el entendimiento sobre las Posiciones para el autoexamen de mamas.
- c) Identificar el entendimiento sobre el inicio del autoexamen de mamas.
- d) Identificar el entendimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas.
- e) Identificar el entendimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama.
- f) Identificar el entendimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mamas.
- g) Identificar el entendimiento sobre la población de riesgo para el autoexamen de mamas.

1.4. JUSTIFICACION

La justificación de la presente presentación se sustenta en los siguientes aspectos: en la esfera legal, la Ley General de Salud (N° 26842) establece que la salud es condición indispensable en desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bien estar individual y colectivo. Por tanto, la protección de la salud es de interés público y es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla. Siendo así, toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establecen la Ley. De allí que, el derecho de protección a la salud es irrenunciable. **Teóricamente**, los resultados obtenidos amplían el marco teórico y empírico sobre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario. En el aspecto **práctico**, la investigación proporcionará información confiada y actualizada a la directora de la Escuela Profesional de Enfermería, para la toma de decisiones a fin de que formule estrategias orientadas a promover el autocuidado y efectivizar el autoexamen de mamas. **Metodológicamente**, la investigación

ameritará el diseño de prueba cognitiva, que será sometido a pruebas de confiabilidad y validez para ser utilizado en futuras investigaciones. Éticamente la investigación tendrá en consideración los principios de confidencialidad y consentimiento informado en la administración de los instrumentos y en el tratamiento de la información.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Gonzales (2013), en la investigación descriptiva y transversal *“Autoexamen de mama estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012”*, Guatemala, sobre una muestra de 247 pacientes, aplicando la boleta de recolección de datos, determinó que el 53%(131) no conoce el auto examen de mama y el 47%(116) si conoce; de las 116 pacientes que refiere conocerlo hay un 59%(69) que no lo practica. La población que la práctica, evidencia que la técnica utilizada no es correcta en un 69%(69). En conclusión, las pacientes que se realizaron el autoexamen no toman en cuenta los aspectos generales ni la forma adecuada en su realización.

Rodríguez (2009), en la investigación descriptiva y transversal *“Auto examen de mama en mujeres de área rural”*, México, sobre una muestra intencional de 100 mujeres de

20 a 25 años, aplicando el cuestionario, determinó que el 54% se realiza el autoexamen de pie y frente al espejo; el 22% utiliza dos técnicas acostada y de pie frente al espejo, el 46% se palpa toda la mama, el 29% lo realiza de manera correcta; el 46% lo realiza cada mes y solo el 15% nunca se ha realizado el examen a pesar de tener el conocimiento. En conclusión, el 100% mencionan que es importante realizarse el autoexamen de mama como método de detección precoz de cáncer mamario y el medio del cual obtuvieron la información corresponde a la enfermera.

Elena Rabanal Bodelon llevó a cabo una investigación titulada: "Evaluación de una unidad de patología mamaria en la atención primaria", en el año 2007 en España con el objetivo de evaluar la evolución y el desarrollo de una unidad de imagen en un centro de atención primaria y de definir el papel del radiólogo en el equipo mediante el cual, determinó que la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en los países en que se han establecido programas de screening poblacional realizando mamografías periódicamente a las mujeres a partir de una cierta edad, llegando a la conclusión que es posible y recomendable atender en los centros de primaria el diagnóstico de la patología mamaria, evitando sobrecarga innecesarios a los hospitales y garantizando una excelencia en la atención sanitaria.

En Washington, las investigadoras Sylvia C. Robles y Eleni Galanis; hablaron sobre el enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de la mama. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama y que hoy en día se ponga en tela de juicio el valor real de una medida de detección temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen mamario, o sea, el examen periódico de la mama por las propias mujeres, el cual ha resultado ineficaz, según parecen indicar las altas tasas de mortalidad.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Mendoza (2013), en la investigación descriptiva y transversal *“Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud, 2013”*, Lima, sobre una muestra no probabilístico consecutiva de 89 mujeres de una población total 1,250(100%), aplicando el cuestionario, determinó que el 73% tienen una cultura de prevención sobre autoexamen de mama y mamografía del orden media-alta. El indicador para autoexamen de mama, fue de orden media-alta para 74% de las pacientes y para mamografía un 71% de orden media-alta. En conclusión, existe cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico.

Suasnabar(2012), en la investigación correlacional y transversal *“Relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S.Villa San Luis: San Juan de Miraflores, 2011”*, Lima, sobre una muestra por conveniencia de 75 mujeres de una población de 250(100%), aplicando el cuestionario, determinó que del 100% (75) de mujeres, 46% (34) tiene un nivel bajo de conocimiento, seguido de un 41% (31) con un nivel medio de conocimiento y solo el 13% (10) un nivel alto de conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama; 74% (55) tienen prácticas inadecuadas y solo un 26% (20) prácticas adecuadas en la prevención del cáncer de mama. En conclusión, existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama, comprobado por la prueba estadística Chi-cuadrado.

Pacohuanaco (2012), en la investigación correlacional y transversal *“Conocimiento, actitud y su relación con la práctica del autoexamen de mama en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Tacna-2012”*, sobre una

población de 100 adolescentes, aplicando el cuestionario, determinó que el 65% evidencia un nivel de conocimiento insuficiente, el 66% presentaron una actitud positiva y el 78% no practica el autoexamen de mama. En conclusión, si existe relación entre dichas variables.

Bazán (2011), en la investigación descriptiva y transversal "*Conocimiento, actitudes y prácticas acerca del autoexamen de mamas de estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010*", Lima, sobre una muestra probabilística estratificada de 123 estudiantes de sexo femenino de una población de 330(100%), aplicandola guía de entrevista, cuestionario y escala modificada tipo Likert, determinó que los estudiantes del 1° año de estudios tienen conocimiento bajo (72%), en los de 2° a 5° año predomina el conocimiento medio con más del 50% en cada año. En actitudes, en todos los años se identificó la actitud de aceptación abarcando más del 55 % de la muestra. Más del 40 % no practica la técnica del autoexamen de mama. En conclusión, la mayoría de estudiantes poseen conocimiento medio y su tendencia es de aceptación hacia el autoexamen de mama; sin embargo la mayoría no realiza la técnica del autoexamen de mama.

Sáenz y Sánchez (2011), en la investigación descriptiva y transversal "*Conocimiento, actitudes y prácticas acerca del autoexamen de mamas en mujeres de 15-45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto-diciembre, 2010*", Lima, sobre una muestra al azar de 203 usuarias de una población de 18,534, se aplicó la prueba cognitiva, la escala de actitud y el guión de observación, determinaron que el 89.16% afirma que es un examen necesario; el 81.28% afirma que ésta técnica sirve para detectar algo anormal y un 95.57% que el personal de Salud debería de difundir

la práctica del examen más exhaustivamente. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama. En conclusión, el nivel de conocimiento que prevaleció fue el malo con un 44.38%, y un gran porcentaje tuvo una actitud desfavorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 35.96% tuvo práctica de autoexamen de mama y la técnica que utilizaron en el momento de aplicarles la guía de observación, fue inadecuada en un 67%.

Jara y Peña (2011), en la investigación descriptiva y transversal *“Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención de cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero-febrero 2011”*, Lima, sobre una muestra por conveniencia de 217 usuarias, de una población total de 519(100%), aplicando la prueba cognitiva y el guión de entrevista, determinaron que sólo un 17.1% presenta alto nivel de conocimiento, el mayor porcentaje (68.7%) presenta nivel de conocimiento medio y el 14.3% bajo. El nivel de conocimientos fue similar entre los diferentes grupos etáreos. El mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las usuarias de 19 a 29 años con 25.2%, las usuarias de 30 a 39 en cambio tiene porcentaje de conocimiento medio en su mayoría llegando a formar el 56.5% y las usuarias de 40 a 49 tienen un mayor porcentaje de conocimiento bajo con 30.8%. En conclusión, el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama es de un nivel medio en su mayoría, lo cual para la situación socioeconómica y educativa del lugar es aceptable.

Salazar, Torres y Távara (2010), en la investigación descriptiva y transversal *“Nivel de conocimiento sobre cáncer de mamas y características socio demográficas en mujeres privadas de su libertad Lima-Perú, 2010”*, sobre una población objetivo de 85 mujeres, aplicando el cuestionario, determinaron que el nivel de

conocimiento es medio en el 90,6% y un nivel de conocimiento alto como bajo en el 4,7%. Considerando las dimensiones, el 45,9% tuvo conocimiento medio sobre definición, conceptos y factores predisponentes, el 40% acerca de prevención y el 82,3% del autoexamen de mama. En cuanto a conocimiento bajo se obtuvo un 48,2% sobre signos y síntomas y un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento. En conclusión, el nivel de conocimiento sobre cáncer de mamas es aceptable; sin embargo, se muestra un nivel bajo en el reconocimiento de sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Paredes (2013), en la investigación correlacional y transversal *“Nivel de conocimiento relacionado a prácticas de autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en estudiantes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga Ayacucho-2012”*, sobre una muestra estratificada de 367 estudiantes de sexo femenino de una población de 4,217 matriculados en el semestre 2012-II, aplicando el cuestionario, determinó que el 60,8% tiene conocimiento regular, 27,2% conocimiento bueno y el 12,0% conocimiento malo, sobre autoexamen de mama respectivamente. Sin embargo, solo el 54,2% practica el autoexamen de mamas, de ellas, el 20,4% realiza un adecuado examen de mamas y el 79,6% lo realiza de forma inadecuada. En conclusión, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre autoexamen de mamas.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1 CONOCIMIENTO

Según Bunge (1960), el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándole en conocimiento científico y vulgar, el científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el

conocimiento vulgar es vago, inexacto, limitado por la observación.

Para Rosental (1945), el conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano.

El conocimiento es el conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente“(Carrión, 1999).

2.2.1.1. GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Para Nonaka y Takeuchi(1995), la generación del conocimiento se realiza en cuatro fases:

- **Socialización.** De compartir experiencias e ideas personales del conocimiento tácito personal al conocimiento colectivo.
- **Externalización.** Del paso del conocimiento tácito colectivo al explícito
- **Combinación.** En la que se efectúa el intercambio de conocimientos explícitos, documentos compartidos por diferentes modalidades, principalmente electrónicas y virtuales.
- **Interiorización o de aprendizaje.** En la que el conocimiento explícito colectivo se transforma en tácito individual

2.2.2. APRENDIZAJE

El aprendizaje es un proceso por el cual se adquiere o se cambia una conducta en forma más o menos permanente, cuando ello no es debido a tendencias innatas de respuesta, a la maduración o a estados transitorios del organismo. Destaquemos en esta definición varias ideas. (Cazau,2007):

a) El aprendizaje es un 'proceso', lo cual significa principalmente que es algo que lleva tiempo, poco o mucho: no se puede aprender a manejar o aprender a leer en forma instantánea. Esto vale también para el llamado aprendizaje por 'insight' o comprensión 'súbita' el que, aun siendo más veloz que otros aprendizajes como los de ensayo-error, sigue requiriendo un determinado tiempo para cumplirse.

b) Lo que se aprenden son 'conductas': se aprende a leer, a sumar, a mentir, a amar, a pelear, a bailar, a robar, a pensar, etc., y hasta se aprende a aprender. Gracias a que podemos observar estas conductas, nos damos cuenta que el sujeto aprende, lo cual no significa necesariamente que no haya aprendido si no ejecutó la conducta correspondiente: un niño puede aprender a apagar la luz viendo cómo lo hace otra persona y sin haber ejecutado él mismo esa acción.

c) El aprendizaje implica siempre la 'adquisición' de una conducta nueva o un 'cambio' o modificación de alguna conducta anterior. Un ejemplo de adquisición de una conducta que antes no existía es: "antes no sabía nadar y ahora sí", mientras que un ejemplo de cambio de una conducta previamente existente puede ser "antes nadaba mal y ahora nado mejor". Señalan Woodworth y Schlosberg: "El aprendizaje no es un tipo específico de actividad; es un cambio que ocurre en el organismo durante muchos tipos

de actividad y se muestra más tarde como un pos efecto [resultado] de ésta" (Woodworth y Schlosberg, 1971).

d) La conducta aprendida debe establecerse en forma permanente, no transitoria. Cuando aprendemos a manejar o a sumar, lo hacemos 'para siempre', incluso cuando permanecemos algún tiempo sin manejar o sin sumar. Sin embargo, esta permanencia de la conducta aprendida es relativa, ya que en ciertos casos la no ejecución de la conducta aprendida puede hacer que la olvidemos, es decir, puede producir un 'desaprendizaje'.

e) Hay aprendizaje cuando la conducta aprendida no es el resultado de otros factores como las respuestas innatas, la maduración o ciertos estados transitorios del organismo. Esto nos conduce a pensar que hay conductas que resultan del aprendizaje y otras que no resultan del aprendizaje, o, si se quiere, que hay conductas que resultan del aprendizaje pero que también son el producto de otros factores ajenos al aprendizaje.

2.2.2.1. MEDICIÓN DEL APRENDIZAJE

La evaluación del aprendizaje es un proceso pedagógico continuo, sistemático, participativo y flexible, que forma parte del proceso de enseñanza – aprendizaje. En él confluyen y se entrecruzan dos funciones distintas: una pedagógica y otra social.

-Pedagógica. Inherente a la enseñanza y al aprendizaje, permite observar, recoger, analizar e interpretar información relevante acerca de las necesidades, posibilidades, dificultades y aprendizajes de los estudiantes, con la finalidad de reflexionar, emitir juicios de valor y tomar decisiones pertinentes y oportunas para organizar de una manera más pertinente y eficaz las actividades de enseñanza y aprendizaje, tratando de mejorar los aprendizajes.

-Social. Permite la certificación de las capacidades de los estudiantes para el desempeño de determinadas actividades y tareas en el escenario local, regional, nacional o internacional. La evaluación del aprendizaje tiene dos finalidades:

- a) Formativa.** Proporciona información continua que le permite al docente, luego de un análisis, interpretación y valoración; regular y realimentar los procesos de enseñanza y de aprendizaje en coherencia con las necesidades, intereses, ritmos de aprendizaje y características de los estudiantes. De igual forma, permite al estudiante tomar conciencia sobre su aprendizaje, verificar sus logros, avances, potencialidades, así como sobre sus dificultades y errores para controlarlos y modificarlos. También permite verificar el nivel de logro alcanzado por los estudiantes al final de un período o del año académico, con relación a las competencias, capacidades, conocimientos y actitudes previstas en la programación curricular.
- b) Informativa.** Permite que las familias y la sociedad estén informados de los resultados académicos de los estudiantes y puedan involucrarse en acciones educativas que posibiliten el éxito de los mismos en la institución educativa y en su proyecto de vida. Así también permite a los estudiantes conocer mejor sus avances, logros y dificultades.

La evaluación debe ser concebida como un proceso permanente, para lo cual las escalas de calificación se plantean como una forma concreta de informar cómo ese proceso va en evolución, por ello hay que ser muy cuidadosos en la forma en que calificamos, sin perder de vista que es producto del proceso evaluativo. En la práctica diaria debemos utilizar varias estrategias que nos permitan dar seguimiento a los avances y dificultades de los estudiantes, hay que formular criterios e indicadores claros en función de las competencias que hayamos previsto desarrollar a lo largo del año, de modo que de manera efectiva evaluemos y no

nos quedemos en una simple medición poco fiel a los verdaderos logros de los estudiantes.

El Ministerio de Educación (2009) considera los siguientes niveles de aprendizaje.

| Nivel Educativo Tipo de calificación | Escalas de Calificación | Descripción |
|--|------------------------------|---|
| Educación Inicial Literal y Descriptiva | A Logro previsto | Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado. |
| | B En proceso | Cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para los cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo. |
| | C En inicio | Cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje. |
| Educación Primaria Literal y Descriptiva | AD Logro destacado | Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos, demostrando incluso un manejo solvente y muy satisfactorio en todas las tareas propuestas. |
| | A Logro previsto | Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado. |
| | B En proceso | Cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo. |
| | C En inicio | Cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de estos y necesita |

| | | |
|---|----------------|---|
| | | mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje. |
| Educación Secundaria Numérica y Descriptiva | 20 – 18 | Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos, demostrando incluso un manejo solvente y muy satisfactorio en todas las tareas propuestas. |
| | 17 – 14 | Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado. |
| | 13 – 11 | Cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo. |
| | 10 – 00 | Cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de estos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje. |

2.2.2.2. TEORIAS DEL APRENDIZAJE

a) Teoría cognitivista. Se preocupan por las cogniciones (percepciones, actitudes, creencias) que tiene el sujeto sobre su medio ambiente y por la forma en que ellas determinan su conducta. Los cognitivistas arguyen que el aprendizaje no depende solamente de experiencias pasadas, sino de cómo en el aquí y ahora les es presentado el problema al sujeto, porque de ello dependerá si puede hacer un 'discernimiento repentino' [insight], es decir, una reestructuración perceptual que conduce a la comprensión de las relaciones esenciales del caso.

Las teorías cognitivas, están expresadas en un lenguaje más riguroso, de índole matemático, y suelen distinguir las variables independientes, dependientes e intervinientes con precisión. Su meta es crear un sistema de postulados y teoremas, donde

muchas leyes pueden deducirse de unos pocos postulados. Son más difíciles de leer, pero muestran con claridad la estructura lógica de los razonamientos de la teoría, con lo que es más fácil detectar alguna incorrección. Por último, cabe señalar que hay teorías intermedias entre las informales y las formales (Hill, 1985:45-46,106-107).

b) Teoría cognoscitiva. Los teóricos del aprendizaje cognoscitivo se enfocan en los intentos activos de la mente humana por comprender el mundo. Las maneras en que consideramos las situaciones -junto con nuestras creencias, expectativas y sentimientos- influyen en qué y cómo aprendemos. Los teóricos cognoscitivistas consideran el conocimiento como el elemento guía del aprendizaje.(Hilgard, 1983:21)

c) Teoría conductista. Los teóricos conductistas enfatizan la función de los estímulos del entorno en el aprendizaje y se enfocan en la conducta -respuestas observables-. Los procesos de aprendizaje conductual incluyen contigüidad del aprendizaje, condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje por observación(Woodfolk ,1996).

d) Teoría conexionista. Consideran el aprendizaje como una cuestión de conexiones entre estímulos y respuestas, conexiones llamadas hábitos, respuestas condicionadas, nexos E-R, etc. Atienden los estímulos, o las respuestas, o las maneras en que la experiencia cambia estas relaciones E-R. Skinner es en cierta forma una excepción: no considera que los estímulos produzcan la conducta operante, pero sí que son importantes para controlarla.El aprendiz responde o bien a los elementos en común que el nuevo problema tiene con problemas ya conocidos, o bien conforme a los aspectos de la nueva situación que son semejantes a los de circunstancias ya conocidas. Cuando todo ello no conduce a la solución, recurre al ensayo-error sacando de su repertorio una respuesta tras otra, hasta resolver el problema.

Ejemplos de interpretaciones conexionistas son "Creo que es una mala costumbre la que he aprendido" o "con tanta práctica, sus respuestas llegaron a ser más rápidas y uniformes (Hill ,1985:132)

e) Teoría asociacionista. En mayor o menor grado conciben al aprendizaje como un proceso ciego y mecánico de asociación de estímulos y respuestas provocado y determinado por las condiciones externas, ignorando la intervención mediadora de variables referentes a la estructura interna.

Todos los asociacionistas ven en el aprendizaje una conexión gradual de E-R de lo más simple a lo complejo, por oposición a las teorías del campo que ven el aprendizaje más bien como una solución repentina que el sujeto capta. (Pérez, 1989:36)

f) Teoría constructivista. Para la concepción constructivista el aprendizaje es un proceso interno inobservable en lo inmediato, que compromete toda la actividad cognitiva del sujeto y cuyo objetivo es construir un significado "Se llama Constructivismo al proceso y resultado de la práctica educativa, en el sentido de que los nuevos aprendizajes se incardinan y estructuran sobre los anteriores de una forma activa y potencialmente creadora y no meramente acumulativa. El proceso es interactivo entre todos los elementos y variables que intervienen en el mismo y pretende explicar la calidad del aprendizaje» (Cool, 1991)

2.2.2. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos. (Sánchez ,2003: 159).

2.2.3. HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE MAMA

Ante un estímulo determinado algunas células aparentemente normales inician una división progresiva incrementándose en número y actividad nuclear. Es la fase de hiperplasia, cuando estas células tienen características potenciales para formar un cáncer se denominan células de hiperplasia atípica. Si la hiperplasia sigue evolucionando aparece un cáncer que será inicialmente in situ, es decir que se mantendrá dentro de los límites anatómicos de la estructura normal de la mama. La progresión del carcinoma in situ hacia la infiltración de los tejidos vecinos en el seno de la mama y posteriormente la invasión de tejidos alejados de ella, lo que se denomina metástasis. Esta invasión alejada se realiza a través de los ganglios linfáticos regionales y posteriormente la invasión de tejidos alejados como pulmones, hígado, huesos, encéfalo, entre otros.

A medida que el cáncer va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia. En un principio, cuando las células se encuentran en fase de hiperplasia los signos clínicos son mínimos, a veces tan solo la precipitación de sales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a las micro calcificaciones. Cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementa también aumentan estas micro calcificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones. Más adelante si el tumor se hace invasor aparecerán tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares. (Suasnabar 2012:14)

2.2.3.2. TEORÍAS SOBRE EL CRECIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

a) Teoría del contínium. Postula que después de un período variable de lesión in situ confinada al ducto, invade la membrana basal convirtiéndose en enfermedad invasiva. Basándose en un extenso análisis de la mama, se ha postulado una progresión

lógica de la lesión epitelial a cáncer in situ. El modelo más frecuentemente aceptado del desarrollo del cáncer de mama describe las fases reversibles de hiperplasia e hiperplasia atípica; cuando la hiperplasia atípica se convierte en carcinoma in situ es probablemente irreversible y, pasado un tiempo la lesión progresa a cáncer infiltrante.

b). Teoría dual. Por su parte, defiende la existencia de dos tipos de cánceres: 1) el cáncer rápidamente invasivo desde el origen que se hace sistémico e incurable antes de que pueda ser detectado y 2) el cáncer encontrado en biopsias hechas al azar en mamas asintomáticas y que no parece afectar a la vida de la mujer. Un soporte para la teoría dual viene de la observación de que el cáncer in situ puede ser encontrado en una localización del ducto mientras que en otra parte del ducto encontramos un cáncer invasivo aparentemente no relacionado con el anterior. Estudios más recientes de toda la mama, sin embargo, sugieren que todas las fases de cáncer están directamente conectadas y representan una diseminación contigua.

Prescindiendo de la discutida historia natural del cáncer de mama está claro que un diagnóstico precoz del cáncer de mama disminuye la tasa absoluta de la mortalidad de la enfermedad en la población a la que se le ha hecho el screening según se ha demostrado en los estudios al azar controlados desde los años 60. (Mendoza 2013:24-27)

2.2.3.3. CLASIFICACIÓN DE CÁNCER DE MAMAS

a) Carcinoma Ductal In Situ. El carcinoma ductal in situ se encuentra en los conductos mamarios o galactóforos, a través de los cuales la leche llega hasta el pezón. Si no se trata, puede extenderse más allá de los conductos mamarios y originar metástasis. Por eso es muy importante detectar a tiempo su presencia, para evitar la progresión hacia el cáncer. Esta detección solo puede realizarse a través de pruebas específicas,

como una mamografía, puesto que el carcinoma in situ no suele producir ningún síntoma. El carcinoma ductal invasor, invade el tejido adiposo del seno desde uno de los conductos.

b) Carcinoma Lobulillar In Situ lobular. También llamado neoplasia lobular. El carcinoma lobular invasor sigue el mismo proceso de infiltración que el carcinoma ductal invasor hacia el tejido adiposo, pero desde los lobulillos.

c) Cáncer de Paget. Se propaga por la piel del pezón y de la areola. En este tipo de cáncer, la piel del pezón y de la areola aparece escamosa y rojiza, con ocasionales pérdidas de sangre. En ocasiones, la enfermedad de Paget puede estar asociada con un carcinoma in situ o infiltrante.

d) cáncer inflamatorio de mama. Menos frecuente se trata de un cáncer bastante agresivo, que crece rápido. Se denomina inflamatorio por que las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos y esto se manifiesta en piel, que adquiere una apariencia gruesa y ahuecada similar a la de una cascara de naranja (Paredes, 2013:19-20).

2.2.3.4. Detección temprana del Cáncer de Mama.

| DETECCION | EDAD QUE SE RECOMIENDA | FRECUENCIA DE REALIZACION |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Autoexamen de las mamas | Desde la menarquia | Mensual |
| Examen clínico de mamas | Mujeres a partir de los 30 años de edad | Anual |
| Mamografía | Mujeres a partir de los 40 años de edad | Anual |

2.2.4. AUTOEXAMEN DE MAMA

Autoexamen mamario es un método recomendado sencillo de llevarse a cabo, el cual se realiza mediante la inspección y la palpación. Es de aplicación inmediata y que lo efectúa la propia mujer, de esta manera puede conocer el aspecto normal de sus senos y detectar con más facilidad cualquier signo o síntoma si se produce algún cambio.(Rodríguez 2009:6)

El autoexamen de mama (AEM) mensual es el mejor método para detectar precozmente bultos en las mamas. Una mujer que conoce la textura y el tacto de sus mamas tiene más probabilidad de detectar cambios. (Bazán 2010:28)

2.2.4.1. TÉCNICA

Las técnicas de auto examen deben ser las siguientes:

A. Inspección

Parada

1.Póngase frente al espejo, con los brazos caídos a lo largo de cuerpo. Fíjese en la piel de las mamas por si aparecen zonas salientes (nódulos) u hoyuelos, o cambios en el tamaño o aspecto de las mamas. Observe si los pezones están normales, comprobando que no estén invertidos, retraídos o fijados hacia el interior.

2. Luego ponga las manos en sus caderas, observando lo mismo.

3.Después ponga los brazos extendidos, para realizar, una vez más, la misma observación.

B. La Palpación

Acostada

Sobre una superficie firme y colocándose una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha, y luego repitiendo la misma operación con la mama izquierda.

- 4.** Posteriormente, estando las mamas secas después del baño, ponga su mano izquierda detrás de la cabeza y examine la mama izquierda con la mano derecha del siguiente modo:
- 5.** Imaginando que su mama es una esfera de reloj ponga su mano derecha a las 12 en punto(arriba). Deje su mano relajada y presione con las puntas de los dedos (todos juntos) haciendo lentamente un movimiento circular, intentando palpar la posible presencia de nódulos.
- 6.** Realice la misma operación en la posición de la 1 del reloj, luego de las 2 y así, sucesivamente, todo el horario.
- 7.** Cuando termine el horario, vuelva a ponerlos dedos y la mano en la misma actitud pero ahora alrededor del pezón y con movimientos circulares, desde las 12 horas y en el sentido de las agujas del reloj vaya haciendo círculos concéntricos.
- 8.** Haga círculos cada vez más pequeños para llegar hasta el pezón. Fíjese en la posible existencia de nódulos y en una posible exudación de líquido por el pezón.
- 9.** Para terminar realice una pequeña palpación del área cercana a la axila, donde puede haber tejido mamario.
- 10.** Al terminar esta exploración, debe realizar la misma operación en su otra mama, utilizando su mano contraria y siguiendo los mismos pasos. (MINSa, 2008

Inicio del autoexamen de mamas. Es importante que la mujer desarrolle el hábito de practicar un AEM sistemático tan pronto como sea posible, preferentemente en la adolescencia, a partir de la menarquía.

Frecuencia del autoexamen de mamas. Se debe de realizar sistemáticamente una vez por mes con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios que pudiesen presentarse entre un mes y otro.

Signos de alarma:

- Masa o nódulo en la mama o axila.
- Secreción espontanea del pezón que no sea de leche materna
- Retracción o inversión del pezón
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama
- Depresiones o rugosidades en la piel
- Hendiduras en la piel
- Enrojecimiento o escamosidad de los pezones o de la piel de los senos

(Otto, 1999: 95)

Momento. La realización de este procedimiento a toda mujer después de la menarquia una vez al mes, luego de una semana post menstruación. En mujeres en edad fértil hacerlo 6 días después de la menstruación y las post menopáusicas se lo deben realizar un día fijo al mes.

Población en riesgo

Sexo. Las mujeres tiene mayor probabilidad que los hombres de padecer de cáncer de mama, la razón principal por la que ellas padecen más cánceres de seno consiste en que las células del seno están constantemente a los efectos de estimulación de crecimiento de las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona.

Edad. A mayor edad, mayor riesgo. La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres mayores de 40 años. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que alrededor de dos a tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más.

Antecedentes personales de cáncer de mama. Una mujer con cáncer en un seno tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno. Esto es diferente a la recurrencia (regreso) del primer cáncer.

Antecedentes familiares de cáncer de mama: El riesgo del cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos familiares directos (consanguíneos) desarrollaron esta condición. El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca cáncer de seno casi duplica el riesgo de una mujer. Si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad, el riesgo aumenta aproximadamente cinco veces.

Menarquía Precoz y Menopausia tardía. Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) y/o que experimentaron la menopausia a una mayor edad (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Esto puede estar relacionado con una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida.

Edad al primer embarazo y nuliparidad. Las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo de cáncer de seno ligeramente mayor. El primer embarazo se vincula con una elevada división celular mamaria seguida por la diferenciación terminal del tejido glandular. Esto representa un doble efecto: un incremento transitorio del riesgo de Cáncer de mama debido a la mayor división celular; y por otro lado, un efecto protector prolongado debido a la diferenciación celular terminal e irreversible. Este

incremento transitorio del riesgo de Cáncer de mama es mayor cuando las mujeres tienen a su primer hijo a una edad más avanzada, dado que las células viejas tienen una mayor probabilidad sufrir daño genético que las jóvenes.

Terapia de Reemplazo Hormonal. Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo(más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.

Obesidad. Se ha demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres posmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estrona y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia las mujeres obesas pueden tener niveles altos de estrógenos circulantes que pueden afectar células cancerosas en la mama dependientes de las hormonas. Además se sugiere que la reducción en el consumo del total de calorías en 30% y el incremento de alimentos altos en fibras, es un hábito dietético sano debido a que reduce el potencial de riesgo de cáncer, así como el riesgo de adquirir otras enfermedades.

Alcohol. El consumo de alcohol durante años está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo. Aquéllas que toman de dos a cinco bebidas al día tienen alrededor de 1 ½ veces más riesgo que las mujeres que no toman alcohol. También se sabe que el consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cánceres de la boca, garganta, esófago e hígado.

Sedentarismo. Se sabe que el 75% de la población de América Latina no realiza actividad física regular y de ellos la tercera parte, lleva una vida sedentaria. Las mujeres que son inactivas físicamente en su vida pueden tener un riesgo mayor de cáncer de seno. (Suasnabar, 2012:18-21)

TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se tomó en cuenta las siguientes teóricas:

DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

En este modelo de enfermería tenemos a la “Teoría del Autocuidados,” que define al paciente como un ser que tiene la capacidad para auto conocerse.

Y puede aprender a satisfacer los requisitos de auto cuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados como es el caso de las enfermeras que uno de sus roles es el cuidar y velar por el bienestar del individuo⁸.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem se tendrá que: Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de auto cuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería; diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del auto cuidado de su salud; poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN”

La enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo, El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

En unos de sus metas paradigmas tenemos que en lo que respecta a la Salud, esta adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión, y en cuanto al Ambiente, se refiere a las condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- ❖ **Conocimiento.** Información que se adquiere y retiene a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto.
- ❖ **Nivel de conocimiento.** Es la cantidad de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje estimado en una escala cualitativa o cuantitativa.
- ❖ **Autoexamen de mama.** Método de exploración física a las glándulas mamarias con la finalidad de detectar anomalías
- ❖ **Técnica del autoexamen de mamas.** Procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado determinado.
- ❖ **Posiciones autoexamen de mamas.** Postura que debe adoptar el cuerpo para facilitar el adecuado autoexamen de mamas.
- ❖ **Inicio del autoexamen de mamas.** Edad mínima para el inicio del autoexamen de mamas.
- ❖ **Frecuencia de autoexamen de mamas.** Número de repeticiones por unidad de tiempo del autoexamen de mamas.
- ❖ **Signos de alarma de autoexamen de mamas.** Manifestaciones físicas perceptibles que requieren atención médica
- ❖ **Momento ideal del autoexamen de mamas.** Lapso apropiado para realizar el adecuado autoexamen de mama
- ❖ **Población de riesgo.** Personas con mayor probabilidad de contraer cáncer de mamas.

2.4. HIPÓTESIS

La presente investigación prescindirá de la formulación de hipótesis, por su naturaleza descriptiva (Hernández, Fernández y Batista).

2.5. VARIABLES

PRINCIPALES

X: Nivel de conocimiento

X₁: Técnica

X.2. Posiciones

X.3. Inicio

X.4. Frecuencia

X.5. Signos de alarma

X.6. Momento ideal

X.7. Población de riesgo

SECUNDARIOS

Y: Características sociodemográficas:

Y₁: Edad

Y₂: ciclo

2.5.1. OPERACIÓN DE VARIABLES

| Variables | Dimensión | Indicador | Ítems | Opción | Escala | Índice de dimensión | Valor de dimensión | Índice de variable | Valor variable | Instrumento |
|--|-----------|-----------|---|--|---------|---------------------|--------------------|--------------------|----------------|------------------|
| Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas | Técnica | Pregunta | ¿Qué técnicas incluye el autoexamen de mamas? | a) Inspección, palpación b) Percusión c) Auscultación e) No sé | Nominal | 5-6 | a)Conoce | a)0-5 | a)Deficiente | Prueba cognitiva |
| | | | | | | 0-5 | b)No conoce | b)6-10 | b)Malo | |
| | | Pregunta | ¿Cuáles son las estructuras que se examina en el autoexamen de mamas? | a) Pezón, axila, piel, areola. b)Areola, mamas, ganglio c)mama, piel, pezón d)todas las anteriores e)No se | Nominal | | | c)11-14 | c)Regular | |
| | | Pregunta | En la técnica de la inspección: ¿Qué se observa en las mamas? | a)Cambios en la textura de la piel b)cambios en el tamaño de las mamas c) Retracción d) Inversión de pezón. e)Todas las anteriores f) No se | Nominal | | | d)15-18 | d)Bueno | |
| | | | | | | | | e)19-20 | e)Excelente | |

| Variable | Dimensión | Indicador | Ítems | Opción | Escala | Índice de dimensión | Valor de dimensión | Índice de variable | Valor de variable | Instrumento |
|--|------------|-----------|--|--|---------|---------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas | Posiciones | Pregunta | ¿Qué posiciones están indicadas en el autoexamen de mamas? | a) sentada y parada b)Acostada y sentada c)Parada y acostada d) arrodillada y parada e)No sé | Nominal | 1 0 | a) Conoce b)No conoce | | | Prueba cognitiva |
| | Inicio | Pregunta | ¿En qué etapa de la vida reproductiva las mujeres inician el autoexamen de mama? | a)menarquía b) Embarazo c)Menopausia d) Todas las anteriores e) No sé | Nominal | 1 0 | a) Conoce b) No conoce | | | |
| | Frecuencia | Pregunta | ¿Cuál es la frecuencia del autoexamen de mama? | a)Cada quince días b)Cada mes c)Cada dos meses e) cada año d) No sé | Nominal | 1 0 | a) Conoce b) No conoce | | | |

| Variables | Dimensión | Indicador | Ítems | Opción | Escala | Índice de dimensión | Valor de dimensión | Índice de variable | Valor de variable | Instrumento |
|--|------------------|-----------|--|--|---------|---------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas | Signos de alarma | Pregunta | ¿Cuáles son los signos de alarma que se considera en el autoexamen de mamas? | a) Nódulos en la mama y axila b) Secreción del pezón c) Retracción del pezón d) Inversión del pezón e) Cambios en el tamaño y forma de la mama f) Rugosidades en la piel de la mama g) Hendiduras en la piel de la mama h) Enrojecimiento | Nominal | 1 0 | a) Conoce b) No conoce | | | Prueba cognitiva |

| Variables | Dimensión | Indicador | Ítems | Opción | Escala | Índice de dimensión | Valor de dimensión | Índice de variable | Valor de variable | Instrumento |
|--|-----------|-----------|---|--|---------|---------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas | Momento | Pregunta | En relación al ciclo menstrual ¿Cuándo cree que es el momento preciso para el autoexamen de mama? | a) Entre el 5° Y 7° día de iniciada la menstruación b) Días antes de la menstruación c) durante la etapa menstrual d) después de la etapa menstrual e) No sé | Nominal | 1-2 0-1 | a) Conoce b) No conoce | | | prueba cognitiva |
| | | Pregunta | En una mujer en la etapa menopáusica ¿Cuándo cree que es el momento preciso para el autoexamen de mama? | a) Un mismo día de cada mes b) En diferentes días de cada mes c) Todas las anteriores e) Ninguna las anteriores f) No sé | Nominal | | | | | |

| Variables | Dimensión | Indicador | Ítems | Opción | Escala | Índice de dimensión | Valor de dimensión | Valor de dimensión | Valor variable de | Instrumento |
|--|---------------------|-----------|--|---|---------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas | Población en riesgo | Pregunta | ¿Quiénes son las personas más propensas a contraer el cáncer de mamas? | a)varones b)mujeres c) ambos d) No sé | Nominal | 1-2 0-1 | Conoce No conoce | | | Prueba cognitiva |
| | | Pregunta | ¿Cuáles crees que son las mujeres que están en mayor riesgo de contraer el cáncer de mama? | () () las mujeres con familiares directos con cáncer de mama () () las mujeres con cáncer de mama en un seno () () Menarquia precoz(antes de los 12 años) () () Menopausia tardía (después de los 55 años) () () Mujeres que no han tenido hijos () () Mujeres que tuvieron hijos después de 30 años | Nominal | | | | | |

3.3.2. VARIABLE SECUNDARIO

| Variable | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Opciones | Valor | Escala | Instrumentos |
|-------------------------|-------------|-------------|----------------------|--|-------|-----------|------------------|
| Sociodemográfico | Edad | Pregunta | ¿Cuál es tu edad? | a) <18 años b) 20-25 años c) 25 años a mas | | Intervalo | Prueba cognitiva |
| | Ciclo | Pregunta | ¿En qué ciclo estas? | a) III b) IV c) V d) VI e) VII f) VIII g) IX | | Ordinal | Prueba cognitiva |
| | Lugar | Pregunta | ¿De dónde vienes? | a) Del lugar b) Foráneo c) Aledaños al lugar | | Ordinal | Prueba cognitiva |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, porque la información será sistematizada, presentada, analizada e interpretada estadísticamente.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicado, porque utilizará las teorías de la investigación básica en busca de posibles aplicaciones prácticas.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, porque medirá el comportamiento de los valores de una variable en un espacio y tiempo definido.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental Transversal, porque prescindirá de la manipulación intencional de variables y el acopio de la información se realizara por única vez.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO

Escuela Académica Profesional de Enfermería, de la Universidad Alas Peruanas –sede Ayacucho- situada en Av. Mariscal Cáceres N° 550 distrito de Jesús Nazareno, provincia de Huamanga, de la región de Ayacucho.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población muestreada estará constituida por 150 estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, teniendo en consideración los siguientes criterios.

| CRITERIOS | INCLUSIÓN | EXCLUSIÓN |
|-----------|------------------|---------------|
| Sexo | Femenino | Masculino |
| Ciclos | V,VI.VII.VIII.IX | I,II,III,IV,X |

MUESTRA

El tamaño de muestra estará constituido por 134(64.4%) estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, determinado con las siguientes formulas:

$$n \geq \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2}$$

$$n_f \geq \frac{n}{1 + (\frac{n}{N-1})}$$

DONDE:

$Z_{\alpha/2}$: Nivel de confianza 95% (1.96)

p: Probabilidad de éxito 50% (0.5)

q: 1-p 50% (0.5)

E: Error muestral 5% (0.05)

N: Población (150)

El cálculo de la ecuación sigue este procedimiento:

$$n \geq \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n \geq \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n \geq 384.16$$

$$n \geq 385$$

$$n_f \geq \frac{385}{1 + \left(\frac{385}{207-1}\right)} \dots$$

$$n_f \geq \frac{385}{1 + \left(\frac{385}{207-1}\right)} \dots$$

$$n_f \geq \frac{385}{1 + \left(\frac{385}{206}\right)}$$

$$n_f \geq \frac{385}{1 + 1.868932039}$$

$$n_f \geq \frac{385}{2.868932039}$$

$$n_f \geq 134$$

Tipo de muestra

El tipo de muestreo será probabilístico estratificado. Para la selección de unidades de muestra se utilizará la tabla de números aleatorios.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Evaluación Pedagógica: por que mide el nivel de conocimiento.

Instrumentos

Prueba cognitiva: sobre autoexamen de mamas

Autora:(HUILLCAPURI, 2015)

Descripción. La prueba estará constituida por ítems (13) de elección múltiple distribuida en 7 dimensiones. Técnica, posiciones, inicio, frecuencia, signos de alarma, momento, población en riesgo.

Forma de administración. Colectiva- auto administrado

Tiempo de administración. En promedio 25 minutos

Población objetiva. Estudiantes universitarios.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad: En una muestra piloto aplicado a 15 estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas aplicando el coeficiente Kuder Richardson. Un coeficiente mayor o igual de 0,80 será indicativo de una confiabilidad aceptable. La fórmula referencial será la siguiente:

$$KR - 20 = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_t^2} \right)$$

Donde:

K= números de ítems

p= Probabilidad de éxito 50% (0.5)

q= probabilidad de fracaso

σ_t^2 =Varianza total

Validez. Será determinada a través de la opinión de expertos en la que participaran profesionales en Ciencias de la Salud y áreas fines

| N° | EXPERTOS | GRADO ACADÉMICO | REFERENCIA |
|----|----------------------------|--|---|
| 01 | Elsa Jovita, Castro Ochoa. | Magíster en Gerencia de Salud Pública. | Universidad Alas Peruanas. |
| 02 | Walter, Vázquez León | Licenciado en Enfermería. | Universidad Alas Peruanas, CS San Juan Bautista |
| 03 | Judit, Avilés Osnayo. | Licenciada en Enfermería. | Universidad Alas Peruanas, |

| | | | |
|----|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | | | CLAS, Belén |
| 04 | Elvira, Bravo Rodríguez | Licenciada en Enfermería. | Universidad Alas Peruanas. |
| 05 | Milagros, Pariona Gonzales | Licencia en Enfermería. | Universidad Alas Peruanas. |

Norma de administración. La prueba se compone de siete bloques, cada una de las cuales consta de preguntas que a su vez, comprenden re preguntas. Encierre en un círculo la letra de la alterativa que considere correcta y si el caso lo amerita marque con un aspa (X) en los espacios que corresponde a “verdadero” o “falso”. En caso de no seguir estrictamente estas instrucciones las respuestas serán calificadas con 0 puntos.

Norma de Evaluación.

La calificación máxima total será de 20 puntos, estando indicada en cada bloque su puntuación parcial. El nivel de conocimiento será estratificado en las siguientes categorías.

| | |
|------------|--------------|
| Deficiente | 0-5 puntos |
| Malo | 6-10 puntos |
| Regular | 11-14 puntos |
| Bueno | 15-18 puntos |
| Excelente | 19-20 puntos |

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A través del docente del curso de Elaboración de Proyectos de Investigación se solicitará la autorización de la directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, para acceder a los estudiantes. Previa coordinación con los profesores del aula se realizará un cronograma de acopio de información. La aplicación de los instrumentos se efectivizará en las propias aulas de los estudiantes, previa sensibilización y consentimiento informado. Acopiado los instrumentos, se

realizará el control de calidad de los mismos. Se realizará el control de calidad de los instrumentos para asegurar que todos los ítems sean resueltos.

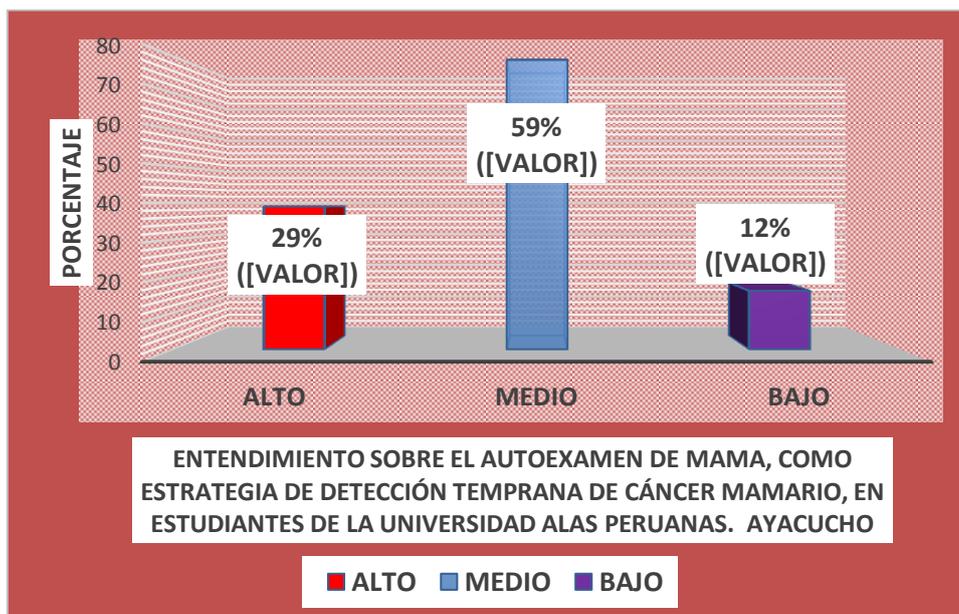
Tratamiento estadístico.

El tratamiento estadístico será informático con aplicación del Software IBM – SPSS versión 22,0; con el que se realizará la presentación tabular y gráfica de los datos. A nivel descriptivo se efectuará el cálculo de las medidas del resumen (tendencia central, dispersión, posición y forma) y las proporciones

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO 1

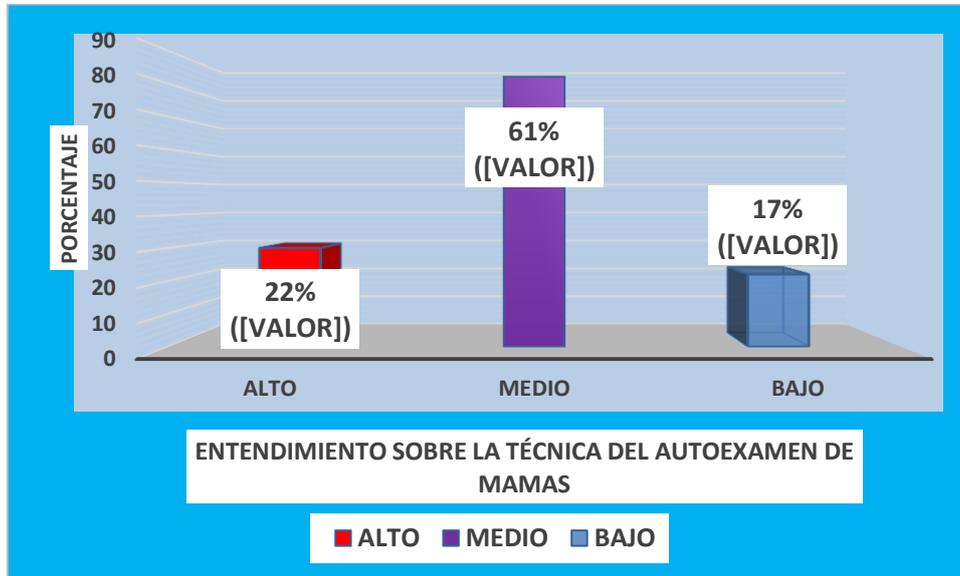
ENTENDIMIENTO SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA, COMO ESTRATEGIA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER MAMARIO, EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de entendimiento sobre autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 59%(79), Alto en un 29%(39) y Bajo en un 12%(16). Estos niveles se presentan por las respuestas quienes señalan que desconocen las técnicas, frecuencias y el momento preciso en el autoexamen de mamas, así como las posiciones y estructuras que se examina en el autoexamen de mamas, asimismo desconocen qué se busca en las mamas con la técnica de palpación.

GRAFICO 2

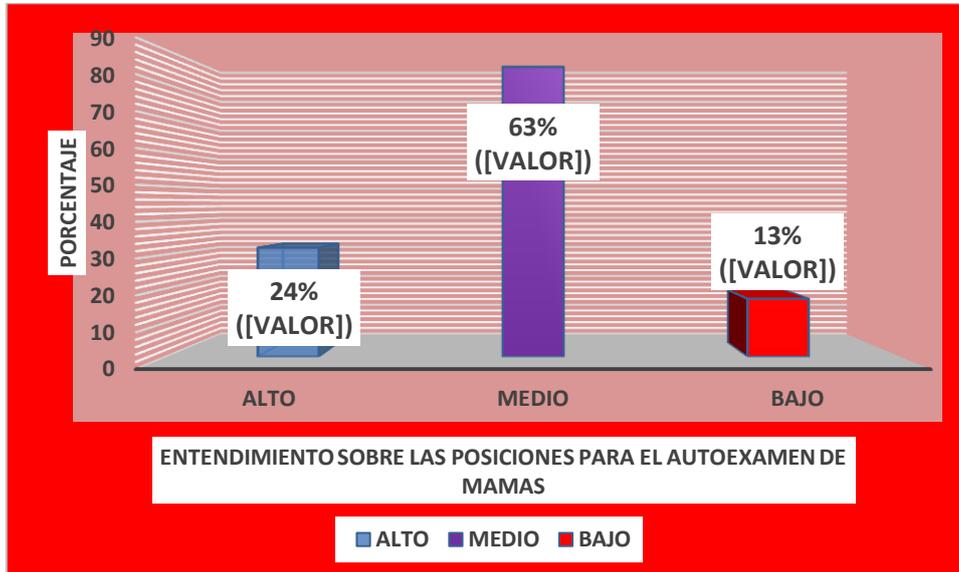
ENTENDIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS.



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de entendimiento sobre la técnica del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 61%(82), Alto en un 22%(30) y Bajo en un 17%(22).

GRAFICO 3

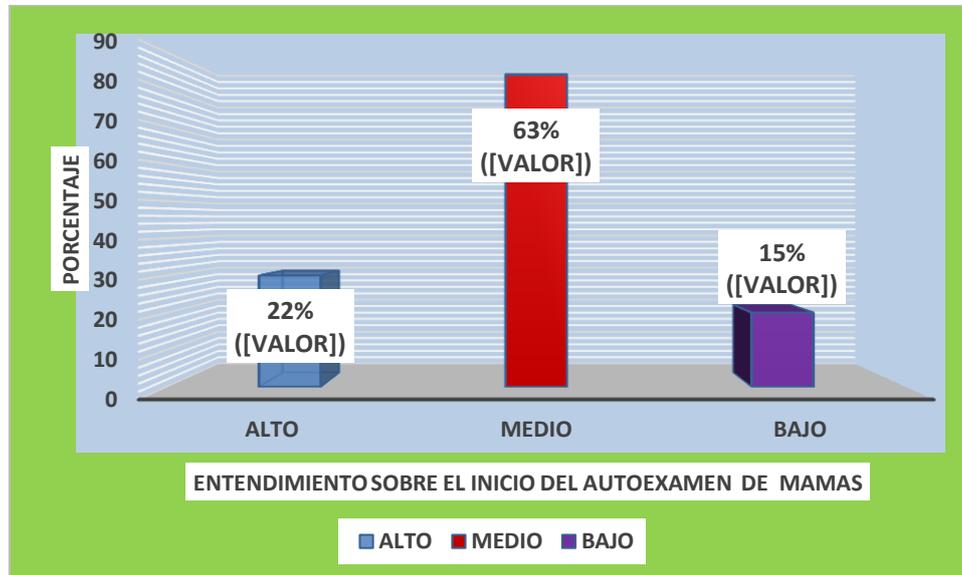
ENTENDIMIENTO SOBRE LAS POSICIONES PARA EL AUTOEXAMEN DE MAMAS.



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de entendimiento sobre las posiciones del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 63%(85), Alto en un 24%(32) y Bajo en un 13%(17).

GRAFICO 4

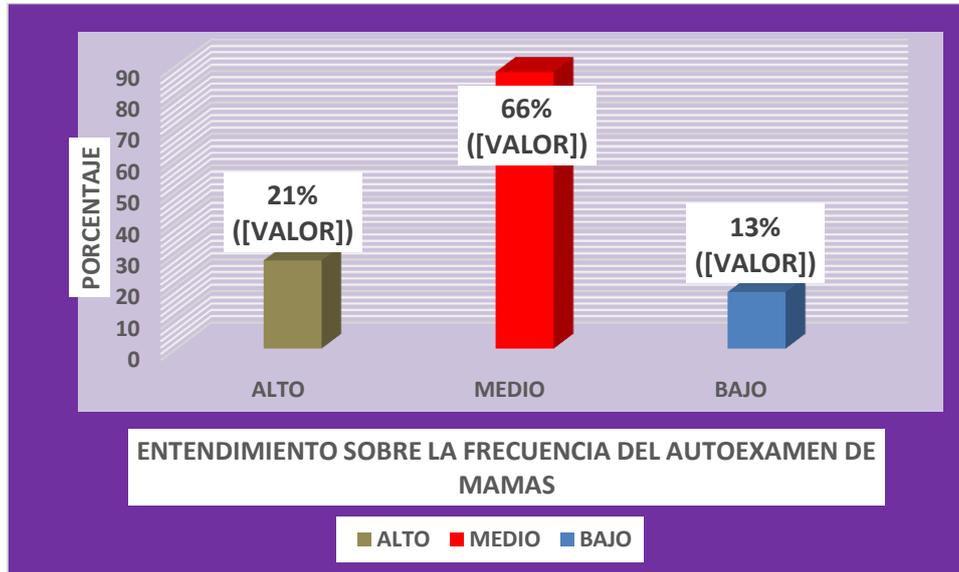
ENTENDIMIENTO SOBRE EL INICIO DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS.



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de entendimiento sobre el inicio del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 63%(84), Alto en un 22%(30) y Bajo en un 15%(20).

GRAFICO 5

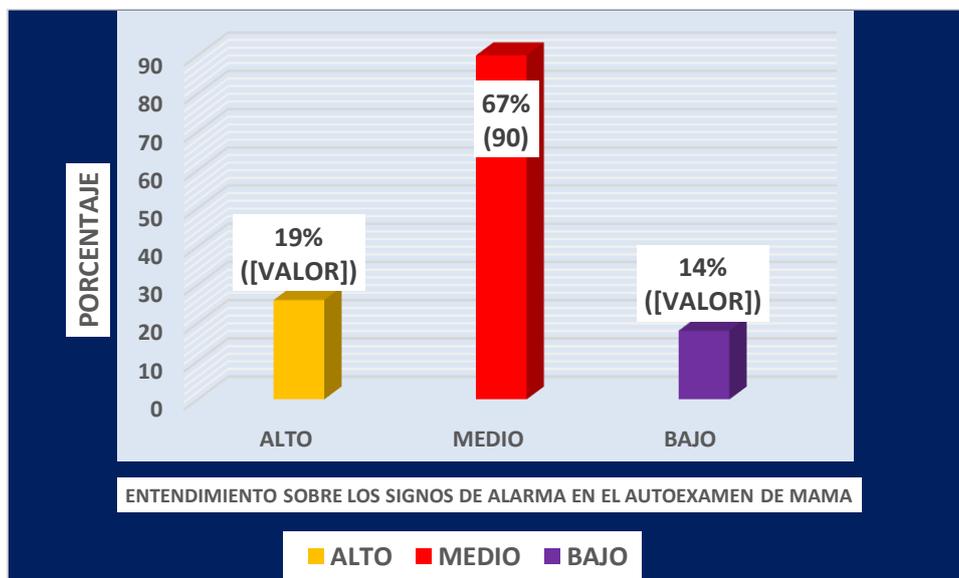
ENTENDIMIENTO SOBRE LA FRECUENCIA DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS.



Según los resultados presentados en la Grafica 5, el nivel de entendimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 66%(88), Alto en un 21%(28) y Bajo en un 13%(18).

GRAFICO 6

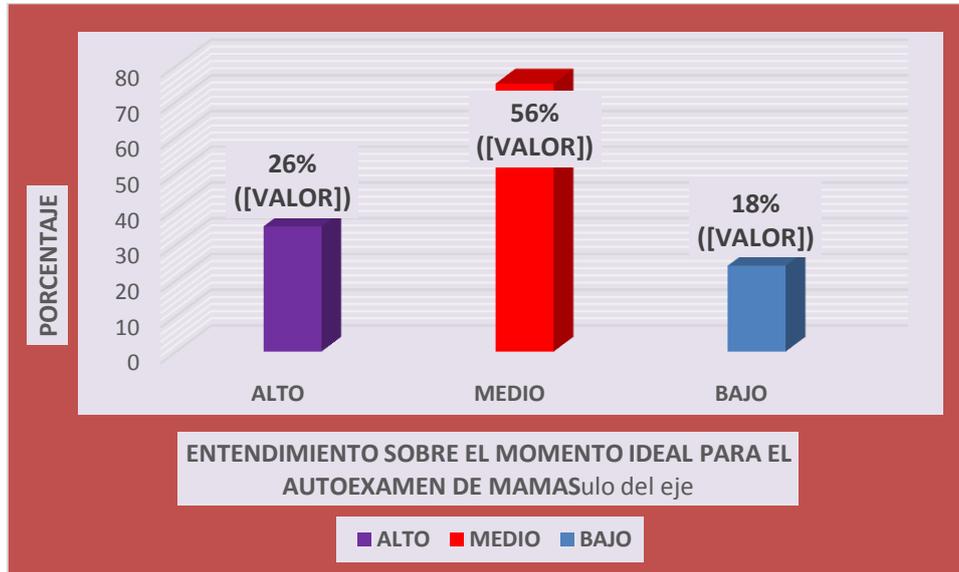
ENTENDIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL AUTOEXAMEN DE MAMA.



Según los resultados presentados en la Grafica 6, el nivel de entendimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 67%(90), Alto en un 19%(26) y Bajo en un 14%(18).

GRAFICO 7

ENTENDIMIENTO SOBRE EL MOMENTO IDEAL PARA EL AUTOEXAMEN DE MAMAS.



Según los resultados presentados en la Grafica 7, el nivel de entendimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 56%(75), Alto en un 26%(35) y Bajo en un 18%(24).

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de entendimiento sobre autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 59%(79), Alto en un 29%(39) y Bajo en un 12%(16). Estos niveles se presentan por las respuestas quienes señalan que desconocen las técnicas, frecuencias y el momento preciso en el autoexamen de mamas, así como las posiciones y estructuras que se examina en el autoexamen de mamas, asimismo desconocen qué se busca en las mamas con la técnica de palpación. Coincidiendo con Gonzales (2013) determinó que el 53%(131) no conoce el auto examen de mama y el 47%(116) si conoce; de las 116 pacientes que refiere conocerlo hay un 59%(69) que no lo practica. La población que la práctica, evidencia que la técnica utilizada no es correcta en un 69%(69). En conclusión, las pacientes que se realizaron el autoexamen no toman en cuenta los aspectos generales ni la forma adecuada en su realización.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de entendimiento sobre la técnica del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 61%(82), Alto en un 22%(30) y Bajo en un 17%(22).

Coincidiendo con Rodríguez (2009) determinó que el 54%se realiza el autoexamen de pie y frente al espejo; el 22% utiliza dos técnicas acostada y de pie frente al espejo, el 46% se palpa toda la mama, el 29% lo realiza de manera correcta; el 46% lo realiza cada mes y solo el 15% nunca se ha realizado el examen a pesar de tener el conocimiento. En conclusión, el 100% mencionan que es importante realizarse el autoexamen de mama como método de detección precoz de cáncer mamario y el medio del cual obtuvieron la información corresponde a la enfermera. Coincidiendo con Bazán (2011) determinó que los estudiantes del 1° año de estudios tienen conocimiento bajo (72%), en los de 2° a 5° año predomina el conocimiento medio con más del 50% en cada año. En actitudes, en todos los años se identificó la actitud de

aceptación abarcando más del 55 % de la muestra. Más del 40 % no practica la técnica del autoexamen de mama. En conclusión, la mayoría de estudiantes poseen conocimiento medio y su tendencia es de aceptación hacia el autoexamen de mama; sin embargo la mayoría no realiza la técnica del autoexamen de mama.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

el nivel de entendimiento sobre las posiciones del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 63%(85), Alto en un 24%(32) y Bajo en un 13%(17).Coincidiendo con Rabanal (2007) llegando a la conclusión que es posible y recomendable atender en los centros de primaria el diagnóstico de la patología mamaria, evitando sobrecarga innecesarios a los hospitales y garantizando una excelencia en la atención sanitaria. Coincidiendo además con Sáenz y Sánchez (2011) determinaron que el 89.16% afirma que es un examen necesario; el 81.28% afirma que ésta técnica sirve para detectar algo anormal y un 95.57% que el personal de Salud debería de difundir la práctica del examen más exhaustivamente. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama. En conclusión, el nivel de conocimiento que prevaleció fue el malo con un 44.38%, y un gran porcentaje tuvo una actitud desfavorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 35.96% tuvo práctica de autoexamen de mama y la técnica que utilizaron en el momento de aplicarles la guía de observación, fue inadecuada en un 67%.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

el nivel de entendimiento sobre el inicio del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 63%(84), Alto en un 22%(30) y Bajo en un 15%(20). Coincidiendo con Robles y Galanis; esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama y que hoy en día se ponga en tela de juicio el valor real de una medida de detección temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen mamario, o sea, el examen periódico de la

mama por las propias mujeres, el cual ha resultado ineficaz, según parecen indicar las altas tasas de mortalidad. Coincidiendo además con Jara y Peña (2011) determinaron que sólo un 17.1% presenta alto nivel de conocimiento, el mayor porcentaje (68.7%) presenta nivel de conocimiento medio y el 14.3% bajo. El nivel de conocimientos fue similar entre los diferentes grupos etáreos. El mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las usuarias de 19 a 29 años con 25.2%, las usuarias de 30 a 39 en cambio tiene porcentaje de conocimiento medio en su mayoría llegando a formar el 56.5% y las usuarias de 40 a 49 tienen un mayor porcentaje de conocimiento bajo con 30.8%. En conclusión, el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama es de un nivel medio en su mayoría, lo cual para la situación socioeconómica y educativa del lugar es aceptable.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

el nivel de entendimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 66%(88), Alto en un 21%(28) y Bajo en un 13%(18).

Coincidiendo con Mendoza (2013), El indicador para autoexamen de mama, fue de orden media-alta para 74% de las pacientes y para mamografía un 71% de orden media-alta. En conclusión, existe cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico.

OBJETIVO ESPECIFICO 5

El nivel de entendimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 67%(90), Alto en un 19%(26) y Bajo en un 14%(18). Coincidiendo con Suasnabar (2012) determinó que del 100% (75) de mujeres, 46% (34) tiene un nivel bajo de conocimiento, seguido de un 41% (31) con un nivel medio de conocimiento y solo el 13% (10) un nivel alto de conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama; 74% (55) tienen prácticas inadecuadas y solo un 26% (20) prácticas adecuadas en la prevención del cáncer de mama. En conclusión, existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos

y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama, comprobado por la prueba estadística Chi-cuadrado.

Coincidiendo además con Salazar, Torres y Távora (2010) determinaron que el nivel de conocimiento es medio en el 90,6% y un nivel de conocimiento alto como bajo en el 4,7%. Considerando las dimensiones, el 45,9% tuvo conocimiento medio sobre definición, conceptos y factores predisponentes, el 40% acerca de prevención y el 82,3% del autoexamen de mama. En cuanto a conocimiento bajo se obtuvo un 48,2% sobre signos y síntomas y un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento. En conclusión, el nivel de conocimiento sobre cáncer de mamas es aceptable; sin embargo, se muestra un nivel bajo en el reconocimiento de sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVO ESPECIFICO 6

El nivel de entendimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio en un 56%(75), Alto en un 26%(35) y Bajo en un 18%(24). Coincidiendo con Pacohuanaco (2012) determinó que el 65% evidencia un nivel de conocimiento insuficiente, el 66% presentaron una actitud positiva y el 78% no practica el autoexamen de mama. En conclusión, si existe relación entre dichas variables. Coincidiendo con Paredes (2013) determinó que el 60,8% tiene conocimiento regular, 27,2% conocimiento bueno y el 12,0% conocimiento malo, sobre autoexamen de mama respectivamente. Sin embargo, solo el 54,2% practica el autoexamen de mamas, de ellas, el 20,4% realiza un adecuado examen de mamas y el 79,6% lo realiza de forma inadecuada. En conclusión, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre autoexamen de mamas.

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de entendimiento sobre autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio. Estos niveles se presentan por las respuestas quienes señalan que desconocen las técnicas, frecuencias y el momento preciso en el autoexamen de mamas, así como las posiciones y estructuras que se examina en el autoexamen de mamas, asimismo desconocen qué se busca en las mamas con la técnica de palpación.

SEGUNDO

El nivel de entendimiento sobre la técnica del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio.

TERCERO

El nivel de entendimiento sobre las posiciones del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio.

CUARTO

El nivel de entendimiento sobre el inicio del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio.

QUINTO

El nivel de entendimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio.

SEXTO

El nivel de entendimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio.

SEPTIMO

El nivel de entendimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la UAP, Ayacucho, es Medio.

RECOMENDACIONES

Promover alianzas estratégicas con la inversión privada, pública y la Escuela de Enfermería de la UAP, Ayacucho, en la implementación y ejecución de programas en la lucha contra el cáncer de mama, en el marco de una cultura que permita generar calidad de vida.

Promover iniciativas para impulsar el entrenamiento en estudiantes de enfermería de la UAP. Ayacucho, en una exploración clínica competente y respetuosa que sea elemento indispensable para promover acciones desde la atención primaria y para reforzar la práctica de la autoexploración de mama entre las mujeres.

Ejecutar un programa educativo, de manera permanente en estudiantes de enfermería de la UAP. Ayacucho, de manera que permita sensibilizar sobre la importancia de la autoexploración mamaria; que permita aumentar la practica correcta de esta técnica entre mujeres de diversos grupos etarios; las cuales, a su vez, se conviertan en difusoras de la información recibida en sus grupos familiares y comunidades.

Exhortar a las autoridades para la adquisición de tecnologías médicas de vanguardia que permita ofrecer la realización de otros métodos de pesquisa como la mamografía y ecografía, de manera de poder ofrecer diagnósticos oportunos.

Promover la capacitación de los estudiantes de enfermería de la UAP, filial Ayacucho, para la prevención y manejo del cáncer de mama; así como la creación de consultas de oncología a través de la oficina de Bienestar Universitario y de Proyección social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aponte, M.& Mestanza, A. (2010) Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y sus características socio demográficas en mujeres privadas de su libertad Lima- Perú: revista enferm Herediana,3(2):58
2. Bazán, S. (2011) Conocimiento, actitudes y prácticas acerca del autoexamen de mamas de estudiantes de Enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos (tesis de Licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
3. Bunge, M.(1960)La Investigación científica. 3° ed. Editorial Ariel, España.
4. Gonzales, D. (2013)Autoexamen de mama sobre el conocimiento y practica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012(tesis de Médico cirujano).Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala Centro Universitario de Oriente Médico Cirujano.
5. Itriago, L ,Silva, N. &Cortes, G. (2013)Cáncer en Chile y el Mundo : una mirada epidemiológica, presente y futuro: revista Med. Clin.condes24 (4):531
6. Jara,A. & Peña, S. (2011)Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención de cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del centro de salud San Sebastián; enero- 2011(Tesis de Licenciatura).Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
7. MINSA (2008): Norma técnico-oncológica para la prevención, detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama a nivel nacional. (Edición 1^{ra}). Lima Perú.

8. MINSA (2013): Análisis Situacional del Cáncer en el Perú.
10. MINEDU (2009): Diseño curricular Nacional de la Educación Básica Regular.
11. Mendoza, B. (2013) Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud 2013(Tesis de Licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
12. Otto, M. (1999). Enfermería oncológica Ed. Harcourt Brace 3º ed. España.
13. Pardo, L. & Ramírez, C. (2001) modificación de conocimiento sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. Santiago de Cuba: revista Medisan 15(1): 93
14. Paredes, E. (2013) Nivel de conocimiento relacionado a prácticas de autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario en estudiantes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga Ayacucho-2012(Tesis de Licenciatura). Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
15. Pacohuanaco, M. (2012). Conocimiento, actitud y su relación con la práctica del autoexamen de mama en adolescentes del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres Tacna-2012 (tesis de Bachiller). Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
16. Rodríguez, M. (2009) Autoexamen de mama en mujeres de área rural, México 2009(Tesis para acreditar la Experiencia Educativa Experiencia Recepcional) México: Universidad Veracruzana.
17. Sáenz, A & Sánchez, A (2011) Conocimiento, actitudes y practicas acerca del autoexamen de mamas en mujeres de 15-45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto- diciembre de 2010 (Tesis de Licenciatura). Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

18. SEOM (2014): Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España disponible en
19. Suasnabar, S. (2012) Relación entre el nivel de conocimiento y las practicas sobre la prevención del cáncer de mama en mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis: San Juan de Miraflores ,2011(tesis para de Licenciatura). Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ANEXO

Anexo N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA, COMO ESTRATEGIA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER MAMARIO, EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AYACUCHO 2015.

AUTOR: HUILLCA PURI SANTIAGO, NAYDITHER

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METÓDICA |
|--|--|--|---|--|
| | GENERAL | GENERAL | VARIABLE PRINCIPAL | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en estudiantes de la Escuela profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015? | Determinar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015 | La presente investigación presentará de la formulación de hipótesis, por su naturaleza descriptiva (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) | X.Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas X ₁ . Técnica del autoexamen de mamas X ₂ . Posiciones para el autoexamen de mamas X ₃ . Inicio del autoexamen de mamas X ₄ . Frecuencia del autoexamen de mamas X ₅ . Signos de alarma en el autoexamen de mama X ₆ . Momento ideal para el autoexamen de mamas X ₇ . Población de riesgo para el autoexamen de mamas | Enfoque de investigación. Cuantitativo Tipo de investigación. Aplicativo Nivel de investigación. Descriptivo Diseño de investigación. Transversal Población. 208 estudiantes UAP Muestra. 134 estudiantes UAP |
| ESPECIFICOS | ESPECIFICOS | ESPECIFICAS | VARIABLE SECUNDARIA | Tipo de muestreo. Probabilístico estratificada |
| h) ¿Cuál es el conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas? | a) Identificar el conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas. | | Y. Perfil sociodemográfico Y1. Edad Y2. ciclo | Técnica. Evaluación Pedagógica Instrumento. Prueba cognitiva |

| | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| <p>i) ¿Cuáles el conocimiento sobre las posiciones para el autoexamen de mamas?</p> <p>j) ¿Cuál es el conocimiento sobre el inicio del autoexamen de mamas?</p> <p>k) ¿Cuál es el conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas?</p> <p>l) ¿Cuál es el conocimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama?</p> <p>m) ¿Cuál es el conocimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mamas?</p> <p>n) ¿Cuál es el conocimiento sobre la población de riesgo para el autoexamen de mamas?</p> | <p>b) Identificar el conocimiento sobre las Posiciones para el autoexamen de mamas.</p> <p>c) Identificar el conocimiento sobre el inicio del autoexamen de mamas.</p> <p>d) Identificar el conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas.</p> <p>e) Identificar el conocimiento sobre los signos de alarma en el autoexamen de mama.</p> <p>f) Identificar el conocimiento sobre el momento ideal para el autoexamen de mamas.</p> <p>g) Identificar el conocimiento sobre la población</p> | | <p>Y3.Lugarde procedencia</p> | <p>Tratamiento estadístico. Descriptivo con aplicación de Software IBM SPSS 22,0.</p> |
|---|---|--|--------------------------------------|--|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | de riesgo para el autoexamen de mamas | | | |
|--|---|--|--|--|

PRUEBA COGNITIVA SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMAS

INTRODUCCIONES GENERALES Y VALORACION

Estructura de la prueba. La prueba se compone de siete bloques, cada una de las cuales consta de preguntas que a su vez, comprenden re preguntas. Encierre en un círculo la letra de la alterativa que considere correcta y si el caso lo amerita marque con un aspa (X) en los espacios que corresponde a “verdadero” o “falso”. En caso de no seguir estrictamente estas instrucciones las respuestas serán calificadas con 0 puntos.

Puntuación. La calificación máxima total será de 20 puntos, estando indicada en cada bloque su puntuación parcial.

I. DATOS GENERALES DATOS GENERALES

1.1. ¿Cuál es tu edad? años_____cumplidos

1.2. ¿En qué ciclo estas?_____

II. DATOS ESPECÍFICOS

El autoexamen de mama es un método de exploración física a las glándulas mamarias con la finalidad de detectar anomalías.

BLOQUE I :TECNICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA (8 puntos)

1.1 ¿Qué técnicas incluye el autoexamen de mamas?

- a) Inspección, palpación.
- b) auscultación
- c) percusión
- d) No sé

1.2 ¿Cuáles son las estructuras que se examina en el autoexamen de mamas?

- a) Pezón, axila, piel, areola
- b) Areola, mamas, ganglios

- c) Piel, mamas, pezón
- d) Todas las anteriores
- e) No sé

1.3. En la técnica de la inspección: ¿Qué se observa en las mamas?

- a) Cambios en la contextura de la piel
- b) cambios en el tamaño de las mamas
- c) Retracción o inversión de pezón.
- d) Todas las anteriores
- e) No se

1.4 En la técnica de la palpación: ¿Qué parte de la mano se emplea?

- a) La palma de las manos
- b) Los dedos
- c) La yema de los tres dedos medios
- d) La yema de todos los dedos
- e) No sé

1.5 En la técnica de la palpación: ¿Qué se busca en las mamas?

- a) Nódulos, hoyuelos
- b) Exudación, líquido por el pezón
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna de las anteriores
- e) No sé

| |
|--|
| BLOQUE II : POSICIONES DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS(2 puntos) |
|--|

2.1 ¿Qué posiciones están indicadas en el autoexamen de mamas?

- a) sentada y parada
- b) acostada y sentada
- c) parada y acostada
- e) arrodillada y parada
- g) No sé

BLOQUE III: INICIO (1 punto)

3.1 ¿En qué etapa de la vida reproductiva de las mujeres se inicia el autoexamen de mama?

- a) menarquía
- b) Embarazo
- c) Menopausia
- e) No sé

BLOQUE IV: FRECUENCIA(1 punto)

4.1 ¿Cuál es la frecuencia del autoexamen de mama?

- a) Cada quince días
- b) Cada mes
- c) cada dos meses
- d) cada año
- e) No sé

BLOQUE V :SIGNOS DE ALARMA(1 punto)

5.1 ¿Cuáles son los signos de alarma que considera en el autoexamen de mamas? Marque con una "X" si es verdadero o falso

- | V | F | |
|----------|----------|---|
| () | () | Nódulos en la mama y axila |
| () | () | Secreción del pezón |
| () | () | Retracción del pezón |
| () | () | Inversión del pezón |
| () | () | Cambios en el tamaño y forma de la mama |
| () | () | Rugosidades en la piel de la mama |
| () | () | Hendiduras en la piel de la mama |
| () | () | Enrojecimiento |

BLOQUE VI : MOMENTO(3 puntos)

6.1 En relación al ciclo menstrual: ¿Cuándo cree que es el momento preciso para el autoexamen de mama?

- a) Entre el 5° Y 7° día de iniciada la menstruación
- b) Días antes de la menstruación
- c) durante la etapa menstrual
- e) No sé

2.7. En una mujer en la etapa menopáusica: ¿Cuándo cree que es el momento preciso para el autoexamen de mama?

- a) Un mismo día de cada mes
- b) En diferentes días de cada mes
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna las anteriores
- e) No sé

BLOQUE VII : POBLACION EN RIESGO(4puntos)

7.1. ¿Quiénes son las personas más propensas a adquirir el cáncer de mama?

- a) Mujeres
- b) Varones
- c) ambos
- e) No sé

7.2 En relación a los antecedentes familiares: ¿Quiénes crees que son las mujeres que están en mayor riesgo de adquirir el cáncer de mamas?

- | V | F | |
|----------|----------|--|
| () | () | Las mujeres con familiares directos con cáncer de mama |
| () | () | Las mujeres con cáncer de mama en un seno |
| () | () | Menarquia precoz(antes de los 12 años) |
| () | () | Menopausia tardía (después de los 55 años) |
| () | () | Mujeres que no han tenido hijos |
| () | () | Mujeres que tuvieron hijos después de 30 años |

