



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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL  
CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO.  
AREQUIPA, 2017”**

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

**BACHILLER: ELENA JESÚS FLORES PASTRANA**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2018**

## DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional por su infinita bondad para conmigo y los míos.

A mis padres, por sus enseñanzas, esfuerzo, dedicación, tolerancia y ejemplo que me inculcaron y que me siguen dando en todo momento.

A mi hija que es una bendición que Dios me dio, y es el motivo por el cual continúo hacia adelante y todo lo que hago es por ella.

ELENA

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a DIOS todopoderoso, por haberme permitido llegar hasta este punto y brindarme mucho valor y salud para lograr mis objetivos.

A la Universidad Alas Peruanas, así como también al Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza por haberme permitido ingresar a sus instalaciones.

A mi esposo, por haberme apoyado en todo momento durante este proceso, por su aliento, consejos, valores inculcados y por su motivación constante.

A mi madre, por la constancia en mi educación, gracias a la cual me permitió formarme y no rendirme; seguir adelante frente a cualquier problema que se presenta y el cariño incondicional.

A mis docentes, amigos especiales por su apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales, y a todo el personal de la Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa.

## RESUMEN

La presente investigación se planteó como problema general de investigación: ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017? Tuvo como objetivo general determinar la relación del nivel de conocimiento y prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017. La hipótesis: El nivel de conocimiento tiene relación con las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017. Estuvo conformada por las pacientes mayores de 18 años que visitan al Servicio de Ginecología del Hospital, las que suman aproximadamente 200 pacientes por mes; se les aplicó los instrumentos, previamente validados. La metodología utilizada fue correlacional.

Se utilizó el programa Excell y el paquete estadístico SPSS, que sirvió para expresar los resultados en tablas, y comprobar la relación estadísticamente probada entre las variables a través de la prueba de chi cuadrado. Los resultados, el 53,5% de encuestadas tiene el nivel de medio, en el 32,3% es alto ese conocimiento y en el 14,1% es bajo ese nivel. En el 66,7% de encuestadas tienen inadecuadas prácticas preventivas, mientras que el 33,3% realizan adecuadas prácticas.

Las conclusiones: No se ha encontrado relación entre las variables el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de mama.

Palabras clave: Conocimientos, prácticas preventivas, cáncer de mama

## **ABSTRACT**

The present investigation was proposed as a general research problem: How is the level of knowledge and practices of breast cancer prevention related to patients of the Gynecology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital. Arequipa, 2017? Its general objective was to determine the relationship between the level of knowledge and practices of breast cancer prevention in patients of the Gynecology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital. Arequipa, 2017. The hypothesis: the level of knowledge is related to breast cancer prevention practices in patients of the Gynecology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital. Arequipa, 2017. It consisted of patients over 18 years of age who visit the Gynecology Service of the Hospital, which add approximately 200 patients per month; the previously validated instruments were applied to them. The methodology used was correlational.

The Excell program and the SPSS statistical package were used, which served to express the results in tables, and to verify the statistically proven relationship between the variables through the chi-squared test. The results, 53.5% of respondents have the level of means, in 32.3% that knowledge is high and in 14.1% it is below that level. In 66.7% of respondents have inadequate preventive practices, while 33.3% perform appropriate practices.

The conclusions: No relationship was found between the variables, the level of knowledge and the practices of breast cancer prevention.

Key words: Knowledge, preventive practices, breast cancer

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.	ii
AGRADECIMIENTOS.	iii
RESUMEN.	iv
ABSTRACT.	v
ÍNDICE GENERAL.	vi
ÍNDICE DE TABLAS.	ix
INTRODUCCIÓN.	x
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación del problema.	4
1.3. Objetivos de la investigación.	5
1.3.1. Objetivo general.	5
1.3.2. Objetivos específicos.	5
1.4. Justificación del estudio.	5
	vi

1.5. Limitaciones de la investigación.	7
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes del estudio.	8
2.2. Bases teóricas.	13
2.3. Definición de términos.	32
2.4. Hipótesis.	33
2.4.1 Hipótesis general.	33
2.4.2 Hipótesis específicas.	34
2.5. Variables.	34
2.5.1. Definición conceptual de la variable.	35
2.5.2. Definición operacional de la variable.	36
2.5.3. Operacionalización de la variable.	37
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.</b>	<b>39</b>
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.	40
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento.	42
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos.	43
CAPÍTULO IV RESULTADOS.	44
5.1. Presentación de resultados.	44
CAPITULO V DISCUSIÓN.	55
CONCLUSIONES.	57
RECOMENDACIONES.	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.	59
ANEXOS.	63



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA 1 Factores sociodemográficos.	45
TABLA 2. Variable nivel de conocimientos.	46
TABLA 3. Variable prácticas de prevención de cáncer de mama.	47
TABLA 4. Conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la prevención.	48
TABLA 5. Contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la información.	49
TABLA 6. Conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la educación en medios de detección temprana.	50
TABLA 7. Conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la Alimentación saludable.	51
TABLA 8. Conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación al consumo de alcohol y tabaco.	52
TABLA 9. Conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la Actividad física .	53
TABLA 10. Tabla de relación de las variables conocimientos y prevención del cáncer de mama.	54

## INTRODUCCIÓN

La prevención del cáncer de mama es un aspecto importante para que toda mujer tenga una buena calidad de vida, lo que generará que no pase por situaciones que le generen problemas que le pueden llevar a enfermar o tomar decisiones fatales sobre su salud. Esta situación nos llevó a plantear la presente investigación para estudiar los conocimientos y las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

Para desarrollar esta investigación considere la importancia que tiene el conocimiento sobre el cáncer de mama y la importancia que tiene la prevención.

El objetivo de esta investigación es la relación del nivel de conocimiento y prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

La presente investigación está estructurada por cinco capítulos: El Primero: Se refiere al problema de investigación. El Segundo: Este capítulo está referido al marco teórico. El Tercero: Este capítulo comprende la metodología de la investigación. El Cuarto: Este capítulo muestra los resultados de la investigación y El Quinto: Se refiere a la discusión donde comprende las conclusiones y resultados.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Cáncer, es un conjunto de enfermedades que pueden presentarse en diversas órganos del cuerpo humano, y que en las últimas décadas ha presentado una alarmante incidencia a nivel mundial, afectando a millones de personas de características sociodemográficas, raciales, culturales y económicas muy disimiles; siendo el cáncer de mama uno de los que más incidencia tiene.

El Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos de Norteamérica (1), señala que en el año 2016, se estima que fueron diagnosticados 1 685 210 casos nuevos de cáncer sólo en Estados Unidos y 595 690 personas murieron por la enfermedad. La misma fuente reporta que en el año 2015 a nivel mundial hubo 16 millones de casos nuevos y 8,5 millones de muertes a causa de la enfermedad. Más del 60% de casos nuevos de cáncer tienen lugar en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica y en estas regiones ocurren el 70% de casos de muerte por cáncer (1).

El Cáncer de mama, es la segunda enfermedad neoplásica que afecta con mayor incidencia a las mujeres del Perú; A nivel nacional, se presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer al año y más de 25,000 peruanos fallecen a causa de la enfermedad debido a la falta de cultura preventiva. Según el Ministerio de Salud, aproximadamente el 8% de las mujeres presentará cáncer de mama a lo largo de su vida. El cáncer de mama no sólo es una grave enfermedad que afecta de sobremanera la salud física de la mujer, también repercute gravemente en su estado emocional, psicológico, bienestar personal y, origina consecuencias como ansiedad, depresión, desajustes familiares, laborales, alta mortalidad, entre otros (2). El 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad.(3)

La incidencia de esta enfermedad aumenta desde los 35 años hasta la edad de la menopausia, en donde continúa incrementándose. En Arequipa, el IREN Sur, ha reportado que los casos de cáncer aumentaron de 151 a 228 por cada 100 mil habitantes entre los años 2002 y 2010, siendo el cáncer de mama, la segunda enfermedad neoplásica que más afecta a las mujeres, teniendo una incidencia de 37 casos por cada 100 000 mujeres (4).

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a un órgano que puede ser de fácil acceso para el médico especialista, tanto para la evaluación clínica como para la realización de pruebas de detección, que puede ser precozmente, lo cual ofrece indudables ventajas para el estadiaje de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento menos agresivo y principalmente para el pronóstico y supervivencia. En nuestra realidad muchas mujeres no realizan las pruebas de detección de manera oportuna y muchos casos se detectan en estadios avanzados requiriendo por tanto tratamientos mucho más agresivos e invasivos, entre los que se encuentra la mastectomía, operación quirúrgica que puede ser difícil de afrontar para las pacientes que se someten a ella, además que suele estar asociadas a una serie de complicaciones crónicas como el linfedema, cicatrices deformantes, afectación de la imagen corporal, depresión entre otras.(4)

Es importante que las mujeres tengan conocimientos adecuados acerca de la prevención del cáncer de mama, para que desarrollen prácticas que les posibilite la detección oportuna de la enfermedad, lo que evitará realizar tratamientos agresivos, mayor morbilidad y mortalidad por la enfermedad y su tratamiento.

Es importante que las mujeres tengan conocimientos adecuados acerca de la prevención del cáncer de mama, que van a favorecer a la aplicación de prácticas adecuadas de autocuidado, el cual, es definido como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

La prevención es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (5) Es decir, que de acuerdo al concepto básico del autocuidado desarrollado por Orem, se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que inician y llevan a cabo en determinados momentos de su vida, para mantener su cuerpo sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (5). Se asume que ante la falta de conocimientos adecuados, las personas no podrían realizar un autocuidado adecuado dirigido a la prevención del cáncer de mama.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, se ha observado que muchas mujeres a las que se les detecta cáncer de mama, se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad, debido a que anteriormente no habían realizado las pruebas de detección precoz, aduciendo falta de conocimiento sobre la misma y la creencia de que ellas no podrían ser afectadas por el cáncer de mama. Además, acude un importante número de

mujeres con patología de mama, que luego de meses e incluso años de tener manifestaciones clínicas como dolor, aumento de volumen, tumoración, entre otras, acuden a la consulta médica, detectándose en muchos casos patología maligna; y esta situación podría evitarse si dichas mujeres se hubieran sometido a la prevención secundaria de la enfermedad, entonces podríamos afirmar que cuando deciden hacerse atender en un centro hospitalario, ya la enfermedad se ha manifestado y puede estar en un estadio avanzado y la madre de familia se sometería a procesos avanzados que permitan mejorar su calidad de vida.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer de mama en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017?

¿Como son las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Identificar las características sociodemográficas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

Determinar el nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

Identificar las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio trata un tema de actualidad, porque se está produciendo un incremento en la prevalencia e incidencia de cáncer de mama a nivel mundial, nacional y local. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, EsSalud, entre otros, al parecer no se ha logrado educar y orientar de manera correcta a la población respecto a la importancia de mejorar sus prácticas de prevención de la enfermedad, debido al desconocimiento sobre la misma, y porque muchas mujeres no se consideran vulnerables a presentar cáncer de mama, lo que dificulta su participación en programas preventivos.

El estudio es pertinente para la profesión de enfermería, porque el profesional cuenta con la preparación científica y humanista necesaria para atender a las mujeres en sus distintas etapas de vida. Las enfermeras evalúan a las

pacientes para prestarles los cuidados necesarios, orientados al mantenimiento y recuperación de la salud y sobre todo, a ofrecer las estrategias necesarias para el minucioso estudio de cada caso en particular de manera que se pueda realizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este último aspecto adquiere especial relevancia, considerando que Arequipa es una de las ciudades que viene presentando un mayor incremento en la incidencia de cáncer de mama, la misma que según últimos reportes es comparable con la incidencia de ciudades como New York y Chicago, que son las ciudades que tienen los índices mundiales más altos de la enfermedad, cifra que alcanza los 100 a 120 casos por cada 100,000 habitantes, es por ello que es necesario que las mujeres sean evaluadas y así detectar de modo oportuno y precoz la mayor cantidad de casos de cáncer de mama y así poder brindarles el tratamiento adecuado y disminuir la mortalidad.

El estudio es trascendente porque los resultados podrán ser generalizados a poblaciones con similares características y a partir de ellos se podrán realizar estudios acerca del tema con nuevos enfoques en aspectos específicos.

Es útil, porque el tema radica en que el cáncer de mama presenta una gran prevalencia en la población; y sin embargo, si esta enfermedad es detectada en estadios tempranos, es curable en un 99% de casos, evitándose las recidivas, metástasis y mortalidad, por lo que es necesario persistir en la información a la población, para hacerle conocer de la gran importancia que tiene la prevención, mediante la realización de prácticas adecuadas y en el momento oportuno que promuevan que el cáncer sea detectado de forma precoz, es decir, en el estadio 0 o 1 de la enfermedad.

Los resultados del estudio permitirán que se realicen intervenciones de salud dirigidas a fomentar una mayor adherencia de las mujeres respecto a las prácticas de prevención secundaria del cáncer de mama, así como también, a la mejora de los conocimientos sobre la enfermedad, de manera que el trabajo de investigación constituye un aporte para la promoción de la salud. Va a contribuir al desarrollo de nuevas investigaciones sobre este vasto tema.



De igual manera, es un estudio original debido a que aún no se han realizado otros estudios similares en la población sobre este tema.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Segun las características del estudio los resultados hallados en la presente investigación solo pueden ser aplicados al grupo de estudio considerar.

Otra de las limitantes fue que no se tuvo todo el acceso necesario a las fuentes de investigación, ya que no se encontraban los libros disponibles en ese momento.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

##### **2.1.1. A Nivel Internacional**

Rodríguez-Feria, P, Hernández-Flórez, L.Y Rodríguez-Feria, D. (2016), en Colombia, en su estudio titulado: “Encuesta CAP a estudiantes de medicina para prevención del cáncer de mama y cuello uterino”. Tuvo como objetivo evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de los estudiantes de medicina para prevención de neoplasia de la mama y neoplasia del cuello uterino. Resultados Del total de 76 estudiantes 64 contestaron la encuesta. Estudiantes de noveno semestre 62.5% y de decimo semestre 37.5%. Género: Femenino 64,1% y masculino 35,9%. Conocimiento: El examen clínico de seno fue recomendado por los estudiantes un 95,3%, el autoexamen de seno 96.9% y la mamografía 90.7 %. Actitudes: Los exámenes más efectivos para reducir la mortalidad en mujeres 50 años fueron la prueba de Papanicolaou 90,6% y la mamografía 82,8%. Practica: 55,0% de los estudiantes han recibido entrenamiento en guías de manejo o protocolos para el tamizaje de neoplasia de seno y neoplasia de cuello uterino. Concluye que se deben mejorar las destrezas, el conocimiento y el entrenamiento ¿en

cuanto a demanda inducida, búsqueda activa tanto comunitaria como institucional y disminución de oportunidades perdidas relacionadas con Salud Pública (6).

Sánchez y. y cols. (2016), En Maracaibo, Venezuela, en su estudio titulado: Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen de mamas (en mujeres de edad mediana atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, en Maracaibo, Venezuela. Investigación de tipo exploratoria y descriptiva, con diseño no experimental y transversal; se evaluaron 48 mujeres. Resultados: Al aplicar el cuestionario, se obtuvo una puntuación promedio de  $45,3 \pm 10,9$  puntos, presentando la mayoría de las encuestadas un nivel de conocimiento entre bueno (50%) y regular (47,9 %) sobre aspectos generales del cáncer de mama, factores de riesgo, prevención y autoexamen. Asimismo, se encontró que 64,6.% de las mujeres practicaban el autoexamen, realizándolo mayoritariamente una vez por mes (48,4%), en cualquier momento (54,8%), de pie (64,6%), incluyendo el examen de las axilas (54,8%), pezón y aureola (67,7%), y haciéndolo motivadas por los medios de comunicación social (45,2%) o por recomendación médica (29%). Sólo 35,4% de estas pacientes no lo hacían, principalmente debido al temor a encontrar enfermedad” (41,2%). Concluyen que el nivel de conocimiento tanto sobre el cáncer de mama como del autoexamen y su práctica entre las mujeres de edad mediana es bueno (7).

Davila, M. & Hernández, D. 2016 en Colombia estudiaron “Nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en pacientes femeninas en el servicio de consulta externa de Ginecobstetricia del Hospital Santa Matilde de Madrid Cundinamarca en mujeres mayores de 18 años en marzo de 2016”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en pacientes femeninas. Fue un estudio descriptivo de corte transversal Encontrándose que

más del 95 % de las pacientes encuestadas consideran importante el autoexamen de mama sin embargo solo el 50% las pacientes lo practican, asimismo no hay claridad sobre la forma de realización en cuanto a la frecuencia y posición adecuada por lo que se concluye, se requieren más esfuerzos y estrategias de educación continuada para que los programas de promoción y prevención establecidos en Cundinamarca tengan un impacto verdadero en la detección temprana del cáncer de mama. (8)

### **2.1.1 A nivel nacional**

Amaya-Nieto, S. Prado–Avendaño, K y Velásquez Carranza, D. (2015), en Lima, en su estudio titulado: Eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres del Asentamiento Humano Tiwinza Puente Piedra. Tuvo como objetivo determinar la eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de cáncer de mama en mujeres entre 30-65 años de edad. Diseño Metodológico: tipo de estudio de diseño pre-experimental de intervención a un solo grupo, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 61 mujeres que cumplieron los criterios de selección. Resultados: el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa fue deficiente en un 82%; seguido del nivel regular con un 16,4%. Sin embargo, después de la intervención educativa el nivel que predominó fue muy bueno con un 47,6%; seguido del regular con 13,1%. No se presentaron mujeres con nivel deficiente de conocimientos. Concluyen que la intervención educativa fue eficaz al lograr aumentar de forma significativa el nivel de conocimientos (9).

Guerrero B. y Montalvo R. (2015), en Lima, en su estudio titulado: "Conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en mujeres que acuden al Puesto de Salud "Amado Velásquez" - Los Pinos - Fujimori 2013". Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo en la investigación. Resultados: 38% de las madres tienen un conocimiento alto, asimismo 37% un nivel de conocimiento medio, y

finalmente 25% tienen un conocimiento bajo. El 23% de las madres presenta práctica adecuada y el 77% practica inadecuada sobre las prácticas preventivas del cáncer de mama. Concluyen que existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas sobre el cáncer de mama (10).

Suasnabar S. (2012), en Lima, en su estudio titulado: Relación entre el nivel de conocimientos 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. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama. La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional. La muestra fue de 75 mujeres, concluyendo que: existe una relación significativa 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. Sus conclusiones son: El nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama es de bajo a medio y las prácticas acerca de la prevención del cáncer de mama son inadecuadas (11).

### **2.1.3. A nivel local**

Barrientos, K y Gonzáles K. (2015), en Arequipa, en su estudio titulado: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. Club de la Mama, EsSalud, Arequipa 2015. El estudio tuvo como propósito determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas. El estudio realizado es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 50 mujeres mastectomizadas que conforman el Club de la Mama. Los resultados muestran, en cuanto a la caracterización de la población que las edades más frecuentes se encuentran comprendidas a partir de la quinta década de vida hacia adelante; el estado civil más frecuente es casada, la mayoría de

pacientes tienen instrucción superior y son amas de casa. La calidad de vida es regular en todas las pacientes y las estrategias de afrontamiento utilizadas con más frecuencia son las enfocadas al problema y a la emoción, En su conclusión indica que se ha comprobado que existe relación significativa entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ( $p < 0,05$ ) (12).

Manrique, E. y Mejía, K. (2014). Arequipa, realizaron la investigación “Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama, servicio de Oncología Hospital III Goyeneche. Arequipa 2014”, con el objetivo de establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, servicio de oncología del Hospital Goyeneche; investigación cualitativa, de tipo descriptiva, de corte transversal, en una población conformada por 70 mujeres con cáncer de mama. Se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista, y como instrumentos una guía de entrevista, la escala FACT-B y el cuestionario de ajuste mental al cáncer. Concluyeron que existe una relación altamente significativa entre la estrategia de afrontamiento, espíritu de lucha y calidad de vida global, en cuanto a la estrategia de afrontamiento: fatalismo y negación no se encuentra relación significativa con la calidad de vida global (13).

Cueto, M. (2016), en Arequipa, en su estudio titulado: “Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2016”. Tuvo como objetivo: establecer el nivel de conocimiento de la población del Centro de Salud Alto Selva Alegre, acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Material y Métodos: Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer, aplicados a 285 personas seleccionados mediante los criterios de inclusión. Resultados: el nivel de conocimiento es bajo en el 60,35%, la actitud es positiva en 83,51%. Como Conclusión se obtuvo que mediante el análisis estadístico de X<sup>2</sup>, existe relación

estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de la población ( $p < 0,05$ ) (14)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Teoría de enfermería según Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender**

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (15).

El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre los componentes conformados por características personales y experiencias, conocimientos, creencias, prácticas y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (16).

El MPS señala que los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar

óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en prácticas o comportamientos de salud (17).

### **Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem**

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por sí sola en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas (18).

La teoría de autocuidado, está conformada por la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. En la teoría de Dorotea Orem, se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida (18).

De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana. También practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e



implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.(18)

Autores como Benavent, Ferrer, citados por Taylor (19) plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado" es una de las más estudiadas y validadas en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:  
(19)

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (19).

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona. (19).

Autocuidado: es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o

que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (5).

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (18).

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (18).

Salcedo y colaboradores (20) plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Es decir, que el autocuidado puede asumirse como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo (20). La realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones

específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades (20).

## **2.2.2. Conocimiento**

### **A. Concepto**

Según Bertrand, citado por Guerrero y Raigoza (21), plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos, dicho de ese modo, se puede asumir que el conocimiento sobre el cáncer de mama y su prevención secundaria, vendría a ser todo el conjunto de información que cada persona posee sobre la enfermedad.

### **B. Tipos de conocimiento**

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados, así se tienen los siguientes tipos de conocimiento (22):

#### **a. Conocimiento descriptivo**

Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; como ejemplo se puede señalar las imágenes captadas por medio de la vista, mediante la cual se pueden almacenar en nuestra mente imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

#### **b. Conocimiento conceptual**

Es llamado también conocimiento empírico, aunque este término pueda dar lugar a confusión, en este tipo de conocimiento no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo, sino que consiste en intuir, un objeto,

es decir, captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (22).

**c. Conocimiento teórico**

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia más importante entre el conocimiento de nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal (22).

**C. Evaluación de los conocimientos**

La evaluación del conocimiento se realiza a través de escalas siendo las más empleada la Escala Vigesimal, que consiste en la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto, es decir, que es una escala que va de 0 a 20 puntos (22).

- a. Nivel de conocimiento alto:** calificación más que bueno cuando se obtiene una puntuación de: 14 – 20 puntos.
- b. Nivel de conocimiento medio:** calificación más que regular, cuando se obtiene una puntuación de: 7 - 13 puntos.
- c. Nivel de conocimiento malo:** similar a la nota desaprobatoria, cuando se obtiene una puntuación de: 0 – 6 puntos.

**2.2.3. Prácticas de Prevención de cáncer de mamas**

**A. Prácticas**

La práctica debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada (21).

Epidemiológicamente las practicas apuntan a la ejecución y realización de actividades o aplicación de conocimientos que se ejercen de una forma habitual o continuada, en el caso del cáncer de mama, es poner en práctica algo que se ha aprendido o se conoce y que luego se ensaya, o se entrena en dicha actividad y conocimiento buscando perfeccionar o mejorar un tratamiento, por ejemplo, la realización del autoexamen de mama. la realización de exámenes como la mamografía, ecografía, la alimentación saludable para disminuir el riesgo de cáncer de mama, entre otros.

## **B. Cáncer de Mama**

### **a. Concepto**

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. El cáncer de mama humano es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas adquiridas o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. En consecuencia, el cáncer de mama puede existir por un período largo como enfermedad no invasora o una enfermedad invasora (23).

### **b. Epidemiología**

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control (24).

En el Perú, la incidencia de cáncer de mama, es de 34/100 000 habitantes, es decir, corresponde a 4300 casos nuevos al año, 12 casos nuevos por día y 1 caso nuevo cada dos horas. La mortalidad por cáncer de mama es de 10,8 / 100 000 habitantes. En el Perú, cada día mueren cuatro mujeres por cáncer de mama y una mujer cada 6 horas (25). En Arequipa, según datos del Registro Hospitalario de Cáncer, el cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más frecuente representando el 13,1% de los casos durante el período 2010 – 2013 (2).

### **c. Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son los siguientes (24):

- **Biológicos**
  - Sexo femenino.
  - Envejecimiento: A mayor edad mayor riesgo.
  - Antecedente personal, o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas.
  - Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia.
  - Vida menstrual mayor a 40 años (menarquia antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
  - Aumento de la densidad mamaria.
  - Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2.
  
- **Latrógenos o ambientales:**
  - Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in utero, en la adolescencia).
  - Tratamiento con radioterapia en tórax.
  
- **Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos**
  - Nuliparidad.

- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
  - Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años.
- **Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida**
    - Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
    - Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.
    - Obesidad, principalmente en la posmenopausia.
    - Sedentarismo.
    - Consumo de alcohol mayor a 15 g/día.
    - Tabaquismo (24).

#### **d. Manifestaciones clínicas**

En las mujeres asintomáticas, mediante la mamografía se pueden detectar los cambios microscópicos sugestivos del cáncer de mama, como una masa pequeña e irregular, microcalcificaciones, engrosamiento de la piel, distorsión de las estructuras ductales o ligamentarias, o densidad asimétrica. Las masas palpables también pueden tener estas características, a menudo con espículas periféricas y con retracción del pezón o de la piel cuando está fijo a las estructuras subyacentes. Los signos y síntomas más frecuentes al momento de la presentación de la enfermedad son los siguientes: masa, sobre todo si es dura, irregular y asintomática, o endurecimiento en la mama o en la axila; secreción espontánea, persistente unilateral del pezón, de carácter serohemático o seroso; retracción o inversión del pezón; cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría), depresiones o rugosidades en la piel y piel escamosa alrededor del pezón (26).

#### **e. Diagnóstico**

El estudio clínico de una paciente con sospecha de cáncer de mama debe iniciarse con una historia clínica completa que incluya

en particular, datos de factores de riesgo ya señalados. La exploración física de las glándulas mamarias debe incluir la inspección y palpación de las mismas, tanto en la posición sentada como acostada, incluyendo las regiones axilares y supraclaviculares. Los estudios auxiliares de diagnóstico necesarios para una estadificación adecuada de la enfermedad deben ser: ultrasonido, mamografía bilateral, radiografía de tórax, ultrasonido de hígado y en etapas IIa, se deberá realizar evaluación ósea en búsqueda de metástasis (26).

#### **f. Tratamiento**

- **Quirúrgico**

La cirugía fue el único medio de tratamiento del cáncer de mama hasta que se conoció el efecto terapéutico de los rayos X en el tratamiento del cáncer. En 1955 Mc Whirter, publicó su experiencia mostrando resultados semejantes de control tumoral con la mastectomía total, seguida de radioterapia a la parrilla costal, comparándola con la mastectomía radical clásica de Halsted (26).

En el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, existen dos corrientes: la primera consiste en la cirugía más radical, debido a que el 10-20% de los cánceres tempranos presentaban metástasis a distancia en los primeros años postoperatorios, por lo que posteriormente se instauró la resección de ganglios linfáticos. La segunda corriente plantea tratamientos más conservadores, con técnicas que preservan uno o los dos músculos pectorales en combinación con la disección total o parcial de la axila, combinada con radioterapia postoperatoria en caso de haber ganglios axilares metastásicos (26).

Diversas técnicas de cirugía conservadora fueron propuestas: tumorectomía, segmentectomía y cuadrantectomía, las cuales en estudios comparativos aleatorizados se obtenían



semejantes resultados, aunque nuevamente hubo discusión acerca del margen libre de enfermedad, el que varió de 1 mm hasta 3 cm. Posteriormente, el Dr. Tibor Tot, citado por De Vita (26), publicó sus hallazgos encontrando células tumorales en una tercera parte de las piezas estudiadas a 3 cm de los bordes macroscópicos del tumor, lo que explica las recurrencias de 2.5% anuales que se presentan en las enfermas tratadas con cirugía conservadora hasta 10 años posteriores al tratamiento inicial. La disección axilar está indicada: cuando existen ganglios palpables clínicamente positivos, ganglios metastásicos, diagnosticados en biopsia por aspiración, en el carcinoma inflamatorio de mama y cuando el ganglio centinela es reportado positivo.

- **Tratamiento hormonal**

Al conocerse la relación estrógenos - cáncer mamario, se impulsó la búsqueda de encontrar medicamentos bloqueadores de las hormonas estrogénicas. La droga fue el Tamoxifeno, medicamento modulador de los receptores estrogénicos, el cual administrado como preventivo a razón de una dosis diaria de 20 mg/ por día, por cinco años demostró una disminución del 40% de recurrencias y del 35% de muertes. Nuevos compuestos se han desarrollado como bloqueadores hormonales, llamados inhibidores de aromatasa como Letrozol y Anastrozol. Todos estos compuestos son utilizados tanto en la prevención como en el tratamiento del cáncer avanzado cuando los receptores estrógenos y/o progesterona son positivos (26).

- **Radioterapia**

Las pacientes tratadas con cirugía conservadora deberán recibir radioterapia externa a la mama con dos campos tangenciales; se utilizará cobalto 60 o acelerador lineal con rayos X hasta 6 MV; la dosis será de 45 a 50.4 Gy en 25 o 28

fracciones. Se recomienda suministrar en el lecho tumoral dosis adicional de 10 a 16 Gy1 ya sea con fotones, con haz de electrones o con braquiterapia intersticial, según la disponibilidad de los aparatos de radioterapia y la experiencia del radiooncólogo, ya que tal procedimiento disminuye significativamente la recurrencia local. Esta disminución en números absolutos es mayor en pacientes más jóvenes. Se ha demostrado que la dosis adicional en el lecho tumoral reduce el riesgo de recurrencia local a 10 años en un 15% y la mortalidad por cáncer de mama a 15 años en 3.8%. En mujeres 70 años la indicación es controvertida ya que hay datos en la literatura para no recomendarla en tal grupo de edad (24).

- **Quimioterapia**

El desarrollo de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer se puede englobar en tres modalidades: adyuvante, neoadyuvante y paliativo. El tratamiento adyuvante (terapia hormonal o quimioterapia), se utiliza en pacientes que tienen alto riesgo de recurrencia a pesar de que el tumor ha sido extirpado quirúrgicamente o tratado con radioterapia o combinación de las dos. Los criterios para establecer el riesgo de recurrencia depende del grado de la extensión local, la presencia de ganglios metastásicos, aunque hay criterios específicos para cada tumor (26).

El tratamiento neoadyuvante tiene como objetivo el control de la enfermedad sistémica, tratando de eliminar la enfermedad micrometastásica, se administra antes de la cirugía. Además permite evaluar la respuesta del tumor durante el tratamiento conocido como quimio-sensibilidad in vivo. Numerosos agentes quimioterapéuticos han sido empleados en el tratamiento del cáncer de mama ya sea como monodroga o en combinación, entre los cuales deben mencionarse: Bevacizumab, Capecitabina, Carboplatino, Cisplatin Ciclofosfamida,

Docetaxel, Doxorubicina, Methotrexate, Trastuzumab y Paclitaxel.

El objetivo del tratamiento adyuvante es tratar de eliminar la enfermedad micrometastásica que potencialmente puede estar presente en todas las pacientes, para reducir el riesgo de recurrencia e incrementar la supervivencia global. Un criterio para administrar tratamiento de quimioterapia, es cuando la paciente tenga un riesgo menor del 90% de estar viva a 10 años. Sin embargo, debe valorarse la morbilidad asociada al tratamiento, ya que en el 90% de los casos no tendría ningún beneficio. Se ha señalado la utilización en enfermas consideradas de riesgo intermedio o elevado, sobre todo cuando tengan más de tres ganglios positivos metastásicos y HER2 positivo (26).

- **Tratamiento biológico**

Se ha desarrollado un compuesto llamado Trastuzumab, que es un anticuerpo monoclonal humanizado, dirigido en contra de la proteína HER2, su empleo ha mostrado beneficio en la supervivencia libre de enfermedad (26).

## **g. Prevención del Cáncer de Mama**

- **Prevención Primaria**

Son las “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”. “Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los

factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (27).

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: programas educativos para enseñar a la población acerca del cáncer de mama, campañas publicitarias para la difusión de la enfermedad a efectos de mejorar la sensibilidad de la población respecto al diagnóstico, tamizaje, etc.

En este aspecto se consideran medidas para reducir el riesgo de cáncer de mama que son las siguientes (27):

Es posible que una mujer reduzca su riesgo de llegar a tener cáncer de mama al cambiar algunos de los factores de riesgo que pueden modificarse. El peso corporal, la actividad física y la alimentación tienen una relación directa con el cáncer de mama, por lo que intervenir sobre tales factores podría ser de gran ayuda. Tanto un peso corporal aumentado como subir de peso en la edad adulta están relacionados con un riesgo mayor del cáncer de mama después de la menopausia. El consumo de bebidas con alcohol también incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Incluso el consumo a niveles bajos se ha asociado a un incremento en el riesgo (28).

Muchos estudios han revelado que la actividad física de moderada a vigorosa está relacionada con un riesgo menor de padecer cáncer de seno. La evidencia que indica que la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de cáncer de mama está aumentando. La pregunta principal es determinar cuánto ejercicio es necesario. En un estudio de la Women’s Health Initiative, citado por la Sociedad Americana contra el Cáncer (28), señala que caminar a paso ligero tan poco como 1¼ a 2½ horas por semana redujo a 18% el riesgo

de una mujer. Con diez horas de caminata a la semana se redujo el riesgo aún un poco más.

Una dieta que sea rica en verduras, frutas, aves, pescado y productos lácteos que sean bajos en grasa también se ha relacionado con una reducción del riesgo para el cáncer de mama en algunos estudios. Existen estudios que sugieren incrementar la ingesta de vegetales crucíferos debido a que se han encontrado propiedades quimioprotectoras del cáncer de mama, además se deben ingerir frutas ricas en Vitamina C, E, Selenio, Granadas, arándanos, té verde, entre otros. La mayoría de los estudios no ha encontrado que la disminución en el consumo de grasa imponga un efecto considerable en el riesgo de desarrollar cáncer de mama (28).

Por ahora, la mejor recomendación sobre dieta y actividad física para posiblemente reducir el riesgo de cáncer de seno consiste en (28):

- Realizar una actividad física intencional de forma constante. Para ayudar a reducir su riesgo de cáncer de mama, la Sociedad Americana Contra el Cáncer, recomienda que los adultos hagan al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa por semana (o una combinación de ambas), preferiblemente repartidos a través de la semana (28).
- Reducir la cantidad del peso que aumente durante toda su vida, limitando sus calorías y ejercitándose habitualmente.
- Limitar o eliminar el consumo de bebidas que contengan alcohol. La Sociedad Americana Contra El Cáncer, recomienda que las mujeres no beban más de un trago por día (28).
- Las mujeres que optan por amamantar a sus bebés al menos varios meses también pueden obtener un beneficio adicional al reducir el riesgo de cáncer de mama.

- Además, puede ayudar a evitar el aumento en el riesgo si no usa terapia hormonal después de la menopausia.
- Actualmente no está claro si los químicos en el ambiente que tienen propiedades parecidas al estrógeno (tal como aquellos encontrados en algunas botellas de plásticos o ciertos cosméticos y productos del cuidado personal) aumentan o no el riesgo de cáncer de mama. Existe un riesgo aumentado, pero probablemente muy pequeño. Aun así, las mujeres podrían optar por evitar los productos que contienen estas sustancias cuando sea posible.
- Quimioprevención del cáncer de mama: es el uso de medicamentos para reducir el riesgo de cáncer. Los medicamentos tamoxifeno o raloxifeno se pueden usar para ayudar a reducir el riesgo de cáncer de seno en ciertas mujeres que presentan un riesgo incrementado en relación a la población normal. Estos medicamentos bloquean la acción del estrógeno en el tejido mamario. El raloxifeno solamente se usa en mujeres que ya pasaron por la menopausia, mientras que el tamoxifeno se puede usar en las mujeres aun cuando no han pasado por la menopausia. Los expertos recomiendan que estos medicamentos sólo se utilicen para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres que se sabe están en mayor riesgo de la enfermedad. Estos medicamentos también pueden causar algunos efectos secundarios, por lo que es importante entender los posibles beneficios y riesgos de tomar uno de los medicamentos (28).
- Mastectomías preventivas (profilácticas): la extirpación de ambas mamas antes del diagnóstico de cáncer puede reducir significativamente el riesgo de cáncer de mama (hasta en un 97 por ciento). Algunas mujeres diagnosticadas con cáncer en una mama optan también por extirpar la que está sana para ayudar a prevenir un segundo cáncer de mama. La extirpación de la mama no previene

completamente el cáncer, pues incluso un cirujano muy cuidadoso dejará al menos algunas células mamarias que podrían convertirse en cáncer (28).

- **Prevención Secundaria**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening). “En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad (29).

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad” (30).

Ejemplo de prevención secundaria es el tratamiento de la enfermedad en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento de la paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

- **Prevención Secundaria del cáncer de mama**

Consiste en la realización de exámenes que permitan detectar el cáncer de mama en estadios iniciales, es decir, antes de que empiece a causar síntomas (como una

protuberancia que se pueda palpar). Las pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma. La detección temprana significa encontrar y diagnosticar una enfermedad antes de lo que podría haber ocurrido si usted hubiese esperado a que comenzaran los síntomas. Los cánceres de mama que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados al seno. El tamaño y la extensión del cáncer de mama son algunos de los factores más importantes para establecer el pronóstico (expectativa) de una mujer que padezca esta enfermedad. Las recomendaciones incluyen lo siguiente (28):

- ✓ **Mamografías:** Las mamografías regulares pueden a menudo ayudar a encontrar el cáncer de mama en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento sea eficaz. Una mamografía puede encontrar, años antes de que se presenten síntomas físicos, cambios en las mamas que podrían ser cáncer. Los resultados de muchas décadas de investigación muestran claramente que las mujeres que se hacen mamografías regularmente tienen más probabilidades de encontrar temprano el cáncer de mama, menos probabilidades de necesitar tratamiento agresivo (como mastectomía y quimioterapia) y más probabilidades de curarse.

Las mamografías no son infalibles, ya que pueden pasar por alto algunos cánceres. A veces se necesitarán más exámenes para averiguar si algo encontrado en un mamograma es o no es cáncer. También hay una pequeña posibilidad de ser diagnosticada con un cáncer que nunca habría causado algún problema si no hubiese



sido encontrado durante el examen. Es importante que las mujeres que se hacen mamografías sepan qué esperar y comprendan los beneficios y las limitaciones de los exámenes de detección. Las mujeres de 40 a 54 años, deberán realizarse una mamografía por año, las mujeres de 55 años a más deben realizarse una mamografía cada dos años y continuarlas si desea hasta los 70 años.

- ✓ **Examen clínico y autoexamen de mama:** las recomendaciones señalan que las mujeres deben realizarse el autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años (siete días después de terminada la menstruación). Esto permite que la mujer se familiarice con la manera natural en que lucen y se sienten sus mamas e informar inmediatamente al médico cualquier cambio que note en sus mamas. El examen clínico mamario anual a partir de los 25 años. Si bien es cierto, estas medidas no ayudan a disminuir los casos de cáncer de mama, si contribuyen en cierta medida a la detección oportuna de la misma, siempre y cuando la mujer realice el examen de mamas en forma mensual, podrá notar rápidamente la aparición de algún cambio como protuberancia, deformidad, eczema, secreción, depresión de la piel, etc, Además la inspección por el médico especialista permite palpar lesiones más pequeñas, que la mayoría de mujeres muchas veces no pueden palpar (28).

- **Prevención Terciaria**

Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física,

psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento de la paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de las pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de la mastectomía para prevenir el linfedema (30).

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **Conocimiento**

Es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos. Para el estudio, se considera como el conjunto de información adquirida de forma científica o empírica que la mujer tiene acerca de la prevención secundaria del cáncer de mama. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal en forma indirecta, utilizando el Cuestionario de Conocimiento elaborado para el estudio.

### **Prácticas**

Es la ejecución y realización de actividades o aplicación de conocimientos que se ejercen de una forma habitual o continuada, para el estudio se consideran como las acciones concretas que realizan las mujeres para la prevención y detección precoz del cáncer de mama. Variable de naturaleza cualitativa, medida en la escala ordinal en forma indirecta, mediante el Cuestionario elaborado para tal fin.

### **Prevención**

Consiste en la realización de exámenes que permitan detectar el cáncer de mama en estadios iniciales, es decir, antes de que empiece a causar

síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar). Se realizan con el objetivo de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma.

### **Edad**

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la actualidad. Variable cualitativa medida en escala ordinal, mediante la ficha de datos sociodemográficos.

### **Nivel de instrucción**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso. Variable cualitativa medida en escala ordinal mediante la ficha de datos sociodemográficos. Los valores finales fueron: Analfabeta, Primaria, Secundaria y Superior.

### **Estado civil**

Es la situación personal en que se encuentra la mujer, en relación a otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Variable cualitativa medida en escala nominal a través de la ficha de datos sociodemográficos y cuyos valores finales fueron: Soltera, Casada, Conviviente, Viuda y Separada.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis General**

Hi: El nivel de conocimiento tiene relación en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

H0: El nivel de conocimiento no tiene relación en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

## **2.4.2. Hipótesis Específicas**

H1. Es bajo el nivel de conocimiento de prevención del cáncer de mama las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

H0. No es bajo el nivel de conocimiento de prevención del cáncer de mama las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.

H2. Las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado son inadecuadas.

H0. Las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado son adecuadas.

## **2.5. VARIABLES E INDICADORES**

### **Identificación de Variables**

**Variable X.** Nivel de Conocimientos

#### **Indicadores:**

- Concepto de cáncer de mama
- Estrategias de prevención del cáncer de mama.
- Cuidados generales preventivos.
- Mamografía.
- Ecografía.
- Autoexamen de mama.
- Examen clínico de las mamas

**Variable Y.** Prácticas de prevención de cáncer de mama.

**Indicadores:**

- Prevención
- Información y/o comunicación acerca de cáncer de mama
- Educación en medios de detección temprana
- Alimentación saludable
- Consumo de alcohol, tabaco
- Actividad física

**Variables intervinientes:**

- **Edad:** cuyo indicador es la fecha de nacimiento, se incluirá en el estudio mujeres de 40 a 55 años.
- **Nivel de instrucción:** cuyo indicador es el último nivel de estudios que la mujer refiere haber concluido.
- **Estado civil:** cuyo indicador es la situación conyugal referida por la mujer.

**2.5.1. Definición conceptual de las variables**

**A. Conocimiento**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

**B. Prácticas de prevención de cáncer de mama**

Actividades prácticas conducentes a tener una serie de procedimientos que le permitan prevenir el cáncer.

## **2.5.2. Definición Operacional de las Variables**

### **A. Conocimiento**

Esta variable considera los indicadores: Concepto de prevención, estrategias de prevención del cáncer de mama, cuidados generales preventivos, mamografía, ecografía, autoexamen de mama, examen clínico de las mamas. Se utilizará el cuestionario para medir los conocimientos de prevención del cáncer de mama de Sara Suasnabar que permita medir esta variable.

### **B. Prácticas de prevención de cáncer de mama**

Este conjunto de actividades incluye los indicadores: cuidados generales preventivos, se realiza mamografía, periodicidad con la que se realiza la mamografía, se realiza ecografía, periodicidad con la que se realiza la ecografía, se realiza autoexamen de mama, forma de realización del autoexamen de mama y acude para la revisión clínica de las mamas. Será medida la variable con el cuestionario de prácticas preventivas de cáncer de mama de Suasnabar.

### 2.5.3. Operacionalización de la Variable

Variables	Indicadores	Instrumentos	Ítems	Escala	Valoración
<b>V.X.</b>  <b>Nivel de Conocimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de cáncer de mama</li> <li>• Estrategias de prevención del cáncer de mama.</li> <li>• Cuidados generales preventivos.</li> <li>• Mamografía.</li> <li>• Ecografía.</li> <li>• Autoexamen de mama.</li> <li>• Examen clínico de las mamas</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo: 0 a 3 puntos.</li> <li>• Medio: 4 a 8 puntos.</li> <li>• Alto: 9 a 14 puntos.</li> </ul>
<b>V. Y.</b>  <b>Prácticas de prevención de cáncer de mama</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención</li> <li>• Información y/o comunicación acerca de cáncer de mama</li> <li>• Educación en medios de detección temprana</li> <li>• Alimentación saludable</li> <li>• Consumo de alcohol, tabaco</li> <li>• Actividad física</li> </ul>	Cuestionario	1  2, 3  5  6  7, 8 9	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuadas: 0 a 04 puntos.</li> <li>• Adecuadas: 05 a 08 puntos.</li> </ul>
<b>V.</b>  <b>Interviniente</b>  <b>Edad</b>	40 – 45 46 – 50 51 - 55		1		Años

		Ficha de recolección de datos		Numérica discreta	
<b>Nivel de instrucción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta.</li> <li>• Primaria.</li> <li>• Secundaria.</li> <li>• Superior.</li> </ul>		2	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta.</li> <li>• Primaria.</li> <li>• Secundaria.</li> <li>• Superior.</li> </ul>
<b>Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Viuda</li> <li>• Separada</li> </ul>		3	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Viuda</li> <li>• Separada</li> </ul>



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Tipo de Investigación**

La presente investigación por el enfoque es de tipo cuantitativo, descriptivo, por el número de variables es bivariado, por el número de mediciones es transversal.

##### **3.1.2. Nivel de Investigación**

La presente investigación es no experimental de nivel descriptivo correlacional porque busca ver si existe relación entre la variable Nivel de conocimiento y prácticas de prevención de cáncer de mama.

#### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.2.1. Ubicación Espacial**

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, que está ubicado en la Avenida Daniel

Alcidez Carrión s/n, en el distrito de Arequipa, en la provincia, departamento y región Arequipa.

### **3.2.2. Delimitación Temporal**

La investigación se realizó entre los meses de marzo de 2017 hasta marzo del 2018.

## **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.3.1. Población**

Estuvo conformada por las pacientes mayores de 18 años que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital, las que suman aproximadamente 200 pacientes por mes.

### **3.3.2. Muestra**

No se consideró muestra, ya que se trabajó con toda la población de 200 pacientes, siendo el muestreo el no probabilístico por conveniencia.

### **3.3.3. Criterios de Inclusión**

- Pacientes mujeres con edades mayores de 18 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

### **3.3.4. Criterios de Exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes que realicen mal el llenado del cuestionario.

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **3.4.1. Técnicas de Investigación**

Para Variable X. Encuesta.

Para Variable Y. Encuesta.

### 3.4.2. Instrumento de Investigación

**a. Ficha de recolección de datos:** que será incluida en el mismo formato del cuestionario y permitirá recabar información acerca de la edad, nivel de instrucción y estado civil de la persona encuestada.

**b. Cuestionario de conocimiento:** Fue elaborado por Sara Cecilia Suasnabar Reyes en el año 2012 en Lima. La estructura del cuestionario consta de 14 preguntas con alternativas múltiples. Se han establecido los siguientes puntos de corte del nivel de conocimiento:

Alto : 09 a 14 puntos.
Medio : 04 a 08 puntos.
Bajo : 00 a 03 puntos.

**b. Cuestionario de evaluación de las prácticas:** para la evaluación de las prácticas, la investigadora consideró también el instrumento de Sara Suasnabar, consta de 6 preguntas, teniendo la primera tres subpreguntas. Se han establecido los siguientes puntos de corte para las prácticas de prevención secundaria del cáncer de mama:

Inadecuadas: 0 a 4 puntos.
Adecuadas: 05 a 08 puntos

### 3.5. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

#### Validez de Contenido

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

#### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N°DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035

Si  $p < 0.05$  la concordancia es SIGNIFICATIVA de acuerdo a los resultados por cada juez.

#### Coefficiente de Confiabilidad

Para determinar el nivel de confiabilidad de los instrumentos de medición utilizados en la presente investigación, se utilizó el coeficiente de consistencia KR-20, determinándose que los instrumentos presentan un nivel altamente confiables para realizar una medición objetiva en la investigación.

Los índices de fiabilidad son buenos, índices de 0,82 para el cuestionario de conocimientos y 0,74 para el cuestionario de prácticas preventivas de cáncer de mama.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

- Se realizó una prueba piloto en un grupo de 15 madres, lo que nos permitió hacer las correcciones oportunas y necesarias para establecer su confiabilidad.
- Se identificó a la población de estudio para explicarles el propósito de la investigación y lograr contar con su colaboración.
- Se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos, que fue aplicado por el investigador.
- Concluida la encuesta, se elaboró la base de datos y el análisis estadístico de los mismos, contando con la colaboración de un asesor estadístico; para posteriormente realizar el análisis de los resultados y la presentación en tablas estadísticas expresadas en frecuencia y porcentaje.
- Posteriormente se formularon las conclusiones en base a los datos obtenidos de acuerdo a las variables planteadas en el proyecto de investigación.
- Se harán llegar algunas sugerencias que permitan mejorar el rendimiento de los profesionales de salud, especialmente las enfermeras, en el área que se propuso investigar.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación son expresados en tablas de frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables en estudio.

Para establecer las relaciones en el estudio se realizan tablas de contingencia o tabulación cruzada, las mismas que nos permitieron relacionar las variables de estudio.

Para precisar las relaciones y demostrar estadísticamente las relaciones se utilizó el estadístico no paramétrico de la ji Cuadrada. Cuya fórmula es:

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

**Donde:**

- $\Sigma$ = Sumatoria.
- $o$ = Frecuencias observadas.
- $e$ = Frecuencias esperadas.

**Tabla 1****Datos sociodemográficos en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.**

		<i>fi</i>	%
Nivel instrucción	Primaria	28	14,1
	Secundaria	100	50,5
	Superior	70	35,4
	Total	198	100,0
Edad	18 – 40	116	58,6
	40 – 55	60	30,3
	55 a más	22	11,1
	Total	198	100,0
Estado civil	Soltera	44	22,2
	Casada	40	20,2
	Conviviente	86	43,4
	Viuda	22	11,1
	Separada	6	3,0
	Total	198	100,0

FUENTE: Encuesta autor 2017

De los datos, en los pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado se puede observar que el 50,5% de las pacientes encuestadas tienen un nivel de educación secundaria, el 35,4% tiene nivel de superior y 14,1% solo han estudiado primaria.

Según la edad, el 58,6% tienen edades comprendidas entre los 18 y los 40 años de edad; el 30,3% tienen edad entre 40 a 55 y finalmente el 11,1% son mayores de 55 años.

Respecto al estado civil, el 43,4% son convivientes, el 22,2% son solteras, el 20,2% son casadas, el 11,1% son viudas y 3% son separadas.

**Tabla 2**

**Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable nivel de conocimientos.**

	<i>fi</i>	%
Bajo	28	14,1
Medio	106	53,6
Alto	64	32,3
Total	198	100,0

FUENTE: Encuesta autor 2017

Sobre los conocimientos de prevención del cáncer de mama en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, se puede observar que el 53,5% de encuestadas tiene el nivel de medio, en el 32,3% es alto ese conocimiento y en el 14,1% es bajo ese nivel.

Se concluye que la mitad de las pacientes encuestadas tienen nivel medio de conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama, lo que señala que se conoce medianamente sobre lo que es el cáncer de mama, cuidados generales preventivos, mamografía, ecografía y la realización del autoexamen de mama.



**Tabla 3**

***Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable prácticas de prevención de cáncer de mama.***

	<i>fi</i>	%
Inadecuadas	132	66,7
Adecuadas	66	33,3
Total	198	100,0

FUENTE: Encuesta autor 2017

Sobre las prácticas de prevención del cáncer de mama en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, se puede ver que el 66,7% de encuestadas tienen inadecuadas prácticas preventivas, mientras que el 33,3% realizan adecuadas prácticas.

A la vista de los resultados se puede concluir que, la mayoría de las pacientes encuestadas tienen inadecuadas prácticas de prevención, lo que

**Tabla 4**

***Tabla de contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la prevención.***

		Conocimiento							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Prevención	Inadecuadas	14	7,1%	62	31,3%	20	10,1%	96	48,5%
	Adecuadas	14	7,1%	44	22,2%	44	22,2%	102	51,5%
	Total	28	14,1%	106	53,5%	64	32,3%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

**$X^2 = ,176$**

**$gl = 2$**

**$p \text{ valor} = ,013$**

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 31,3% que realizan inadecuada prevención de cáncer de mama tienen un nivel de conocimientos medio. El 22,2% que tiene adecuada prevención de cáncer tiene alto conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,013 < 0,05$ , lo cual nos indica que si hay relación significativa entre las dos.

**Tabla 5**

***Tabla de contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la información y comunicación acerca del cáncer de mama.***

		Conocimientos							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Información y comunicación	Inadecuadas	26	13,1%	102	51,5%	64	32,3%	192	97,0%
	Adecuadas	2	1,0%	4	2,0%	0	0,0%	6	3,0%
	Total	28	14,1%	106	53,5%	64	32,3%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

$$X^2 = -,139$$

$$gl = 2$$

$$p \text{ valor} = ,051$$

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 51,5% que tienen inadecuada información y comunicación acerca del cáncer de mama tienen un nivel de conocimientos medio. El 32,3% que tiene inadecuada información y comunicación de cáncer tiene alto conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,051 > 0,05$ , lo cual nos indica que no hay relación significativa entre las dos.

**Tabla 6**

***Tabla de contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la educación en medios de detección temprana del cáncer de mama.***

		Conocimiento							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Educación	Inadecuadas	16	8,1%	60	30,3%	34	17,2%	110	55,6%
en medios	Adecuadas	12	6,1%	46	23,2%	30	15,2%	88	44,4%
	Total	28	14,1%	106	53,5%	64	32,3%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

**$X^2 = ,031$**

**gl = 2**

**p valor = ,665**

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 30,3% que tienen inadecuada educación en medios sobre la prevención en cáncer de mama tienen un nivel medio conocimientos. El 23,2% que tiene adecuada educación en medios tiene conocimiento medio sobre la prevención del cáncer de mama.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,665 > 0,05$ , lo cual nos indica que no hay relación significativa entre las dos.

**Tabla 7**

**Tabla de contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la alimentación saludable.**

		Conocimientos							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alimentación sana	Inadecuadas	18	9,1%	56	28,3%	40	20,2%	114	57,6%
	Adecuadas	10	5,1%	50	25,3%	24	12,1%	84	42,2%
Total		28	14,1%	106	53,5%	64	32,2%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

**$X^2 = -,020$**

**gl = 2**

**p valor = ,782**

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 28,3% que tienen inadecuada alimentación sana tienen un nivel medio conocimientos. El 25,3% que tiene adecuada alimentación tiene conocimiento medio sobre la prevención del cáncer de mama.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,782 > 0,05$ , lo cual nos indica que no hay relación significativa entre las dos.

**Tabla 8**

***Tabla de contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación al consumo de alcohol y tabaco.***

		Conocimientos						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		f	i	fi	%	fi	%	fi	%
Consumo de alcohol y tabaco	Inadecuada	8	4,0%	28	14,1%	18	9,1%	54	27,3%
	Adecuada	20	10,1%	78	39,4%	46	23,2%	144	72,7%
	Total	28	14,1%	106	53,5%	64	32,3%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

**$X^2 = -,003$**

**gl = 2**

**p valor = ,965**

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 39,4% que tienen adecuado consumo de alcohol tienen un nivel medio conocimientos. El 23,2% que tiene adecuado consumo de alcohol tiene conocimiento alto sobre la prevención del cáncer de mama.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,965 > 0,05$ , lo cual nos indica que no hay relación significativa entre las dos.

**Tabla 9**

***Tabla de contingencia de conocimientos de prevención del cáncer de mama con relación a la actividad física.***

		Conocimiento						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		fi	%	fi	%	fi	%		
Actividad física	Inadecuada	28	14,1%	106	53,5%	62	31,3%	196	99,0%
	Adecuada	0	0%	0	0%	2	1,0%	2	1,0%
	Total	28	14,1%	106	53,5%	64	32,3%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

$$X^2 = ,126$$

$$gl = 2$$

$$p \text{ valor} = ,077$$

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 53,5% que tienen inadecuada actividad física tienen un nivel medio de conocimientos. El 31,3% que tiene inadecuada actividad física tiene conocimiento alto sobre la prevención del cáncer de mama.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,077 > 0,05$ , lo cual nos indica que no hay relación significativa entre las dos.

**Tabla 10****Tabla de relación de las variables conocimiento y prácticas de prevención de cáncer de mama.**

		Prácticas de prevención					
		Inadecuadas		Adecuadas		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%
Conocimientos	Bajo	16	8,1%	12	6,1%	28	14,1%
	Medio	72	36,4%	34	17,2%	106	53,5%
	Alto	44	22,2%	20	10,1%	64	32,3%
Total		132	66,7%	66	33,3%	198	100%

FUENTE: Encuesta autor 2017

$$X^2 = -,065$$

$$gl = 2$$

$$p \text{ valor} = ,361$$

En las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa se puede notar que 36,4% que tienen nivel medio de conocimientos, realizan inadecuadas prácticas de prevención de cáncer de mama. El 22,2% que tienen nivel alto de conocimientos, también tienen inadecuadas prácticas de prevención de cáncer.

Se ha encontrado que su nivel de significancia es  $0,361 > 0,05$ , lo cual nos indica que no hay relación significativa entre las dos.



## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En el estudio realizado sobre la relación de los conocimientos en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017; los resultados nos indican que, en los datos sociodemográficos, (Tabla 1), la mitad de las pacientes tienen estudios concluidos en el nivel secundario; más de la mitad de las madres tiene edades entre 18 y 40 y el 63,6% son casadas o convivientes.

Dicho trabajo de investigación se planteó una muestra de 200 pacientes en la cual se ejecutaron las 200 correspondientes, observando que dos de ellas estaban mal respondidas, las cuales se retiraron aplicando el criterio de exclusión; por tanto nuestra muestra fue de 198 pacientes.

En la Tabla 2, sobre el nivel de conocimientos de prevención de cáncer de mama, en la mitad de las encuestas es de nivel medio, resultado que es diferente al de Guerrero B. y Montalvo R. (2015), en Lima para quienes el 37% de su muestra tienen un nivel de conocimiento medio.

En la Tabla 3, sobre las prácticas de prevención de cáncer de mama, el 66,7% tiene inadecuadas prácticas, resultado que señala que las madres no saben prevenir esta enfermedad, resultado que es similar al de Suasnabar S. (2012),

en Lima quien también encontró que su población tienen en mayor porcentaje prácticas inadecuadas.

Sobre la relación entre la variable conocimientos y los indicadores de la variables prácticas (tabla 4), podemos encontrar que se ha encontrado relación entre la prevención y los conocimientos, siendo un número mayor de madres que realizan una adecuada prevención del cáncer de mama. Resultado similar al de Guerrero B. y Montalvo R. (2015), en Lima quienes hallaron en su investigación que un alto 77% tienen una inadecuada prevención del cáncer de mama.

No se ha encontrado relación entre los conocimientos de prevención del cáncer de mama y el indicador información y comunicación sobre la prevención del cáncer de mama, (tabla 5) y educación en medios (tabla 6) que en su mayor porcentaje son inadecuadas, resultado que difiere con el de Sánchez y. y cols. (2016) en Maracaibo en donde las mujeres encuestadas señalaron que hacen prácticas preventivas porque son motivadas por la información proporcionada por los medios de comunicación social (45,2%).

Sobre la alimentación saludable (tabla 7) en el mayor porcentaje de madres encuestadas son inadecuadas, lo mismo que tienen inadecuada actividad física (tabla 9), En cuanto al consumo de alcohol y tabaco (tabla 8) se ha encontrado que en mayor porcentaje de madres tienen consumo adecuado, lo cual indica que no hacen consumo de alcohol y tabaco.

Al ver la relación de las variables conocimiento con las prácticas de prevención de cáncer de mama, los resultados nos señalan que no hay relación entre ambas, resultado similar al de Montalvo, R. y Guerrero, B. quienes encontraron que si existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas sobre el cáncer de mama, determinada por la prueba estadística Chi cuadrado = 5.864, gl = 2, p = 0.05 significativo.

## **CONCLUSIONES**

Primera: El nivel de conocimiento no tiene relación en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017

Segunda: La mitad de las pacientes encuestadas han estudiado el nivel superior, un 58,6% tienen edades entre 18 y 40 años, y un 63,6 % viven con una pareja (son casadas y/o convivientes).

Tercera: La mitad de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017 tienen un nivel medio de conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama.

Cuarto: La mayoría de pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017 realizan prácticas inadecuadas de prevención del cáncer de mama.

## RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud médicos, obstetrices y principalmente enfermeras (os), deben orientar y proporcionar información a las mujeres que acuden a hacerse atender a este hospital sobre el tema del cáncer de mama y así puedan prevenir esta enfermedad y conserven una buena calidad de vida física y mental.
2. Al personal de enfermería, que el profesional de enfermería del hospital Honorio Delgado, realice la elaboración de programas de prevención y promoción para infundir los conocimientos actualizados acerca del cáncer de mama.
3. Al personal de enfermería brindar información teórica-práctica en las instituciones educativas secundarias con la finalidad de concientizar y sensibilizar a las mujeres a que realicen las prácticas preventivas del cáncer de mama, de la misma manera, debe desarrollar visitas domiciliarias y estar capacitando a las mujeres sobre la necesidad de saber prevenir el cáncer de mama.
4. Desarrollar investigaciones considerando las variables de este estudio en diferentes poblaciones, que valoren el impacto del cambio del estilo de vida y del nivel de conocimientos en la salud de las personas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional del Cáncer. Magnitud del Cáncer a nivel Mundial. [internet]. Washington: Instituto Nacional del Cáncer. 2016. [consultado 5 de agosto 2017]. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>.
2. Gestión. Registro de Cáncer. [internet]. Lima: Redacción Gestión. 2016. [consultado 6 de agosto 2017]. Disponible en <https://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-detectan-estadios-avanzados-144978>.
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama. [internet]. Lima. INEN. 2013. [consultado 8 de agosto 2017]. Disponible en <http://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>.
4. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Datos estadísticos de prevalencia e incidencia del cáncer de mama. [internet]. Arequipa: IREN. 2014. [consultado 8 de agosto 2017]. Disponible en <http://www.irensur.gob.pe/index.php/control-del-cancer/estadistica>.
5. Prado, L. y cols. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas, 2014.
6. Rodríguez-Feria, P, Hernández-Flórez, L.y Rodríguez-Feria, D. Encuesta CAP a estudiantes de medicina para prevención del cáncer de mama y cuello uterino. Rev. Salud pública. [internet]. 2016; 18(3):1-1.
7. Sánchez Y. y cols. Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. Rev Venez Oncol, [internet]. 2016;28(1):37-51.

8. Davila, M. & Hernández, Nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en pacientes femeninas en el servicio de consulta externa de Ginecobstetricia del Hospital Santa Matilde de Madrid Cundinamarca en mujeres mayores de 18 años en marzo de 2016. Colombia. Tesis de Grado. Colombia Universidad de ciencias aplicadas y ambientales.  
<http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/465/1/TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>.
9. Amaya-Nieto, S. Prado–Avendaño, K y Velásquez Carranza, D. Eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres del Asentamiento Humano Tiwinza Puente Piedra. Rev. enferm herediana, [internet]. 2015; 8(2):97-103.
10. Guerrero, B. Y Montalvo, R. Conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en mujeres que acuden al Puesto de Salud "Amado Velásquez" - Los Pinos - Fujimori 2013. [tesis de licenciatura]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2015.
11. Suasnabar, S. Relación entre el nivel de conocimientos 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. [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012.
12. Barrientos K., Gonzáles K. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. Club de la Mama, EsSalud, Arequipa 2015. [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. 2015.
13. Manrique, E. y Mejía, K. Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama, servicio de Oncología Hospital III Goyeneche. Arequipa 2014. [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. 2014.

14. Cueto M. Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2016. [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2016.
15. Laguado Jaimes E, Gómez Díaz, M. Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia. Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 68-83.
16. Aristizabal G, Blanco D., Sánchez A., Ostiguín M. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO – UNAM, 2011: 8 (8): 16 – 22.
17. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Mariner TA, Rayle- Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier Mosby; 2007.
18. Berdayes D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2012.
19. Taylor, S. Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
20. Salcedo R, González B, Jiménez A, Nava V, Cortés A, y Eugenio B. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Enferm. Univ[Internet]. 2012.
21. Guerrero, S, Raigoza, M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre antibióticos por parte de la población adulta del barrio Nuevo Kennedy, Bogotá, primer semestre, 2009. Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana para optar el Título Profesional de Enfermero. Colombia. 2009.

22. Gonzales, E, Fundamentos de totalidad y holismo en las competencias para la investigación. Laurus, [internet], vol. 13, núm. 24, mayo-agosto, 2007, pp. 338-354.
23. Dan, D., Kasper, D., Jameson, I., Fauci, A., Hauser, S., loscalzo, j. Eds. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ava edición. México: Mac Graw Hill Interamericana Editores. 2012.
24. Cárdenas, J. y cols. Epidemiología del cáncer de mama en México. 2013. [consultado 14 de agosto 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl>.
25. Castro, B. Cáncer de mama: Perspectivas de Gestión en EsSalud. Lima, 2013. [consultado 16 de agosto 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/per>.
26. De Vita, V., Hellman, S., Rosenberg, S. Cancer, principles and practice of oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott. 2010.
27. Organización Mundial de la Salud. Coalición contra el cáncer. Ginebra, 2015.
28. Sociedad Americana del Cáncer. El Cáncer de Mama a nivel mundial. Estados Unidos, 2015.
29. García, G, Rodríguez y M, Benia, W. Niveles y Estrategias de Prevención. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Montevideo, Fefmur. 2008.
30. Vignolo, A. y cols. Niveles de Prevención. 2010. [consultado 17 de agosto 2017]. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs>.
31. Jara, A. Peña, S. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero – febrero 2011. [Internet]. 2011. [consultado 19 de agosto 2017]. Disponible en. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3021/1/Jara\\_ra.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3021/1/Jara_ra.pdf).



32. Montalvo, R. y Guerrero, B. 2015. Conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en mujeres que acuden al Puesto de Salud "Amado Velásquez" - Los Pinos - Fujimori 2013. Huacho. [tesis de licenciatura]. [consultado 22 de agosto 2017]. Disponible en [http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/681/TFMH\\_06.pdf?sequence=1](http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/681/TFMH_06.pdf?sequence=1).

# ANEXOS

## ANEXO 1

### INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Numero..... Edad.....

Nivel de instrucción: ( ) Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior

Estado civil: ( ) Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Viuda ( ) Separada

#### **CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA ELABORADO POR SARA CECILIA SUASNABAR (LIMA- PERÚ, 2012.)**

Estimada Sra. Por favor lea detenidamente cada una de las preguntas que se plantean a continuación y marque dentro del paréntesis la respuesta que considere correcta.

##### **1. Para usted, ¿Qué es el cáncer de mama?**

- a. Una enfermedad hereditaria.
- b. Una enfermedad contagiosa.
- c. Una tumoración maligna.
- d. Una herida en la mama.

##### **2. La edad en la que se presenta con mayor frecuencia el cáncer de mama en las mujeres es:**

- a. De 20 – 30 años.
- b. De 31 – 40 años.
- c. De 41 años a más.
- d. No sabe.

**3. Las personas que tienen familiares directos (madre, hermanas) con cáncer de mama, tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad:**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

**4. ¿El riesgo de tener Cáncer de mama aumenta, si la primera menstruación fue antes de los 12 años?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

**5. ¿La menopausia después de los 55 años, es un riesgo para desarrollar cáncer de mama?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

**6. ¿Quiénes tienen mayor riesgo de presentar Cáncer de mama?**

- a. Mujeres con 1 hijo.
- b. Mujeres con 2 hijos.
- c. Mujeres que nunca tuvieron hijos.
- d. No sabe.

**7. Los medios de detección temprana del cáncer de mama son:**

- a. Autoexamen de mama, mamografía.
- b. Mamografía, autoexamen de mama y examen clínico de mama.
- c. Examen clínico de mama, autoexamen de mama.
- d. No sabe.

**8. ¿Qué es el autoexamen de mamas?**

- a. Un procedimiento que realiza el médico para buscar anormalidades en las mamas.
- b. Un conjunto de pasos que realiza la propia mujer para buscar anormalidades en su mama.
- c. Un procedimiento que realiza la enfermera para buscar anormalidades en las mamas.
- d. No sabe.

**9. ¿Con qué frecuencia se debe realizar el autoexamen de mama?**

- a. Todos los días.
- b. Cada 15 días.
- c. Cada mes.
- d. Cada año.

**10. ¿Cuál es la frecuencia recomendable para realizarse el examen clínico de mamas?**

- a. Una vez al mes.
- b. Cada 6 meses.
- c. Una vez al año.
- d. Cada dos años.

**11. ¿Qué es la mamografía?**

- a. un examen que se hace para buscar problemas en los senos.
- b. una máquina especial de rayos x.
- c. una radiografía de las mamas que puede detectar masas que no son palpables.
- d. No sabe.

**12. El consumo de alcohol y tabaco aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama:**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

**13. ¿La obesidad aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

**14. ¿Si se detecta a tiempo el cáncer de mama es posible su curación?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

## Anexo 2

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS PRACTICAS DE PREVENCION DEL CÁNCER DE MAMA ELABORADO POR SARA CECILIA SUASNABAR (LIMA-PERÚ, 2012.)

1. ¿Usted practica el autoexamen de mama?

- a. Si.
- b. No.

Si su respuesta es “SI” responda:

1.1 ¿Con qué frecuencia usted realiza el autoexamen de mama?

- a. Todos los días.
- b. Cada quince días.
- c. Cada mes.
- d. Cada año.

1.2 En relación al ciclo menstrual, el autoexamen de mamas lo realiza:

- a. Durante la menstruación.
- b. Una semana antes de la menstruación.
- c. Una semana después de la menstruación.
- d. No toma en cuenta la menstruación.

Si su respuesta es “NO” responda:

1.3 ¿Por qué no practica el autoexamen de mama?

- a. Porque no es importante.
- b. Porque no sabe cómo hacerlo.
- c. Porque no tiene tiempo.
- d. Porque no siente molestias.

2. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

- a. Todos los días.
- b. 2 veces por semana.

- c. 1 vez por semana.
- d. Nunca.

**3. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?**

- a. Siempre.
- b. Casi siempre.
- c. A veces.
- d. Nunca.

**4. ¿Con qué frecuencia consume tabaco o cigarrillo?**

- a. Siempre.
- b. Casi siempre.
- c. A veces.
- d. Nunca.

**5. ¿Cuánto tiempo acostumbra realizar ejercicios, fuera de su rutina diaria?**

- a. De 10 a 30 minutos.
- b. De 31 a 60 minutos.
- c. A veces.
- d. No realiza ejercicios.

**6. ¿A partir de qué edad puede realizarse la mamografía?**

- a. 30 años.
- b. 40 años.
- c. 50 años.
- d. No es necesario.

### ANEXO 3

#### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADÍSTICA
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cómo influye el nivel de conocimiento en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado.</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento o en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Hi: El nivel de conocimiento tiene relación en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado.</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Nivel de conocimientos.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de cáncer de mama</li> <li>• Estrategias de prevención del cáncer de mama.</li> <li>• Cuidados generales preventivos.</li> <li>• Mamografía.</li> <li>• Ecografía.</li> </ul>	<p><b>Población</b></p> <p>Estuvo conformada por las pacientes mayores de 18 años que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital, las que suman aproximadamente 200 pacientes por mes.</p>	<p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>El tipo de investigación por el enfoque es cuantitativo, descriptivo.</p> <p>Por el número de variables, el tipo de investigación es bivariado.</p> <p>El tipo de investigación según el número de</p>	<p><b>Variable X:</b></p> <p>a. Ficha de recolección de datos: que será incluida en el mismo formato del cuestionario y permitirá recabar información acerca de la edad, nivel de instrucción y estado civil de la persona encuestada.</p> <p>b. Cuestionario de conocimiento: Fue elaborado por Sara Cecilia Suasnabar</p>	<p>Los resultados de la investigación son expresados en tablas de frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables en estudio.</p> <p>Para establecer las relaciones en el estudio se realizan tablas de contingencia o tabulación cruzada, las mismas que nos</p>



Arequipa, 2017?	Arequipa, 2017.	Arequipa, 2017.  H0: El nivel de conocimiento no tiene relación en las prácticas de prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoexamen de mama.</li> <li>• Examen clínico de las mamas</li> </ul>	<p><b>Muestra</b></p> <p>No se consideró muestra ya que se trabajó con toda la población, siendo el muestreo el no probabilístico o por conveniencia</p>	<p>mediciones será transversal ya que se aplicará solo una vez.</p> <p><b>Nivel de Investigación</b></p> <p>El nivel de investigación es correlacional, ya que trata de ver si hay relación entre las dos variables estudiadas.</p>	<p>Reyes en el año 2012 en Lima. La estructura del cuestionario consta de 14 preguntas con alternativas múltiples. Se han establecido los siguientes puntos de corte del nivel de conocimiento:</p> <p>Alto : 09 a 14 puntos.</p> <p>Medio : 04 a 08 puntos.</p> <p>Bajo : 00 a 03 puntos.</p>	<p>permitieron relacionar las variables de estudio.</p> <p>Para precisar las relaciones y demostrar estadísticamente las relaciones se utilizó el estadístico no paramétrico de la ji Cuadrada. Cuya fórmula es:</p> $\chi^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$ <p><b>Donde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• = Sumatoria</li> <li>• o= Frecuencias observadas</li> <li>• e= Frecuencias esperadas</li> </ul>
<p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las</p>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las características sociodemográficas de las</li> </ul>	<p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>H1. Es bajo el nivel de conocimiento de prevención del cáncer de mama las pacientes del</p>	<p><b>Variable 2</b></p> <p>Prácticas de prevención de cáncer de mama.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>- Prevención</p>		<p>b.Cuestionario de evaluación de las prácticas: para la evaluación de las prácticas, la investigadora consideró también</p>		

<p>pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento o acerca de la prevención del cáncer de mama en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado.</p>	<p>pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento o acerca de la prevención del cáncer de mama en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado.</p>	<p>Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.</p> <p>H0. No es bajo el nivel de conocimiento de prevención del cáncer de mama en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.</p> <p>H2. Las prácticas de prevención del cáncer de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información y/o comunicación acerca del cáncer de mama</li> <li>- Educación en medios de detección temprana</li> <li>- Alimentación saludable</li> <li>- Consumo de alcohol y tabaco</li> <li>- Actividad física</li> </ul>			<p>el instrumento de Sara Suasnabar, consta de 8 preguntas. Se han establecido los siguientes puntos de corte para las prácticas de prevención secundaria del cáncer de mama:</p> <p>Inadecuadas: 0 a 4 puntos.</p> <p>Adecuadas: 05 a 08 puntos</p>	
---	---	--	--	--	--	--	--

<p>Arequipa, 2017?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017?</p>	<p>Arequipa, 2017.</p> <p>Identificar las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017.</p>	<p>mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado son inadecuadas.</p> <p>H0. Las prácticas de prevención del cáncer de mama que realizan las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado son adecuadas.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

## ANEXO 3

### MAPAS DE UBICACIÓN

#### MAPA DEL PERÚ



## MAPA DE AREQUIPA



**MAPA DEL DISTRITO**

