



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

**INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE CÁNCER DE
MAMA EN LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN EN
MUJERES DE 18 – 64 AÑOS ATENDIDAS EN EL
PUESTO DE SALUD DE CHONTA, DE ENERO A MAYO
DEL 2016**

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

BACHILLER: RAMÍREZ GRADOS, VIVIAN MARIELA

HUACHO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de mi estudio.

A mis abuelos cesar y Herlinda, por haber confiado en mí en todo momento, por sus consejos, su amor, sus valores, por ayudarme a salir adelante.

A mis motivos para seguir mi hija Amaia y mi esposo Rogelio por tenerme paciencia y en todo momento sentir su apoyo y su amor por siempre estar conmigo.

A mi madre por su aliento continuo y su apoyo incondicional y mi hermanito Roy por ser el desde un inicio mis ganas de superarme.

ii

AGRADECIMIENTO

Nuestro amado padre celestial por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para

lograr mis objetivos, además de su infinita
bondad y amor.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tesis tuvo como objetivo principal el determinar la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta, durante el periodo de enero a mayo del 2016. Además se realizó un estudio de tipo básico, de corte transversal, prospectivo y nivel Cuasi-experimental, donde se usó la técnica de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario de pre y post test, además de una lista de cotejo y ficha de cotejo respecto a la consejería del autoexamen de mamas, que luego se aplicó a una muestra de 160 de un total de 273 mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta; agrupados en dos grupos uno de Estudio y otro de Comparación. Así mismo se calculó la relación mediante la prueba Chi cuadrado, cuyo valor menor a 0.05 indicó la asociación entre las variables presentadas.

Se encontraron conocimientos de 36.3% adecuado y 63.8% deficiente; y, el grupo de comparación, 76.3% adecuado y 23.8% deficiente. Los datos después de la consejería muestran en el grupo de estudio un nivel adecuado de práctica en un 97.5% y deficiente 2.5%; y, en el grupo de comparación, 72.5% adecuado y 27.5% deficiente. En conclusión existe influencia significativa de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo del 2016.

Palabra clave: **Cáncer** de mama, Métodos anticonceptivos, práctica de autoexamen, conocimiento de cáncer de mama.

ABSTRACT

The present work of thesis research was the main objective of this thesis research was to determine the influence of counseling on breast cancer in the practice of self - examination in women aged 18 - 64 years of age at the Chonta Health Post during the period from January to May. 2016. In addition, a basic, cross-sectional, prospective, and quasi-experimental study was conducted, where the survey technique was used and the instrument was the pre and post test questionnaire, as well as a checklist and checklist Of comparison with the breast self-examination counseling, which was then applied to a sample of 160 out of 273 women aged 18 - 64 attended at the Chonta Health Post; Grouped in two groups one of Study and one of Comparison. Likewise, the relationship was calculated using the Chi square test, whose value lower than 0.05 indicated the association between the variables presented.

Knowledge of 36.3% was adequate and 63.8% deficient; And, the comparison group, 76.3% adequate and 23.8% deficient. The data after the counseling show in the study group an adequate level of practice in 97.5% and deficient 2.5%; And, in the comparison group, 72.5% adequate and 27.5% deficient. In conclusion, there is a significant influence of counseling on breast cancer in the practice of self-examination in women aged 18 - 64 years attending the Chonta Health Post during the months of January to May, 2016.

Keyword: Breast cancer, Contraceptive methods, self-examination practice, knowledge of breast cancer.

ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen/Abstract	iv
Índice	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Delimitación de la investigación	8
1.2.1. Delimitación espacial	8
1.2.2. Delimitación social	8
1.2.3. Delimitación temporal	8
1.3. Formulación del problema	9
1.3.1. Problema principal	9
1.3.2. Problemas secundarios	9
1.4. Objetivos de la investigación	9
1.4.1. Objetivo principal	9
1.4.2. Objetivos secundarios	9
1.5. Hipótesis de la investigación	10
1.5.1 Hipótesis principal	10
1.5.2 Hipótesis específicas	10
1.6. Justificación de la investigación	10
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes de la investigación	14
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de términos	56

CAPITULO III: METODOLOGIA	59
3.1. Tipo de la investigación	59
3.2. Diseño de la investigación	59
3.3. Población y muestra de la investigación	60
3.3.1. Población	60
3.3.2. Muestra	60
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	61
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.5.1. Técnicas	62
3.5.2. Instrumentos	63
3.6. Procedimientos	63
CAPITULO IV: RESULTADOS	64
4.1. Resultados	64
4.2. Discusión de los resultados	73
Conclusiones	75
Recomendaciones	76
Referencias Bibliográficas	77
Anexos	88
Matriz de consistencia	88
Encuesta, Lista de cotejo y Ficha de evaluación	90
Validación de instrumento	93

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente que constituye un importante problema de Salud Pública. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte. En Chile los datos oficiales de mortalidad publicados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (Minsa), indican que en el 2008, el cáncer de mama alcanzó una tasa de mortalidad observada de 14,5 por 100 000 mujeres, ocupando el segundo lugar entre las muertes por cáncer en mujeres chilenas, antecedido por el cáncer de vesícula y vías biliares.

En 2016, se estimó que serían diagnosticados 1 685 210 casos nuevos de cáncer en Estados Unidos y 595 690 personas morirían por la enfermedad. Se dedujo que los cánceres más comunes en 2016 serían el cáncer de mama, cáncer de pulmón y bronquios, cáncer de próstata, cáncer de colon y recto, cáncer de vejiga, melanoma de piel, linfoma no Hodgkin, cáncer de tiroides, cáncer de riñón y pelvis renal, leucemia, cáncer de endometrio y cáncer de páncreas.

El autoexamen de mama tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer. Su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países de escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para realizar mamografías en la población de forma rutinaria. Por ello se debe realizar el autoexamen periódicamente y acudir asimismo al médico por lo menos una vez al año para realizarse un chequeo general que incluye una mamografía anual pasados los 40 años.

El presente estudio de investigación, está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I, se presenta el planteamiento metodológico, descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del

Problema, objetivos de la investigación, hipótesis y justificación de la investigación.

Capítulo II, se presenta el marco teórico, antecedentes internacionales y nacionales de investigación científica, bases teóricas de la influencia de la consejería del cáncer de mama, factores, características, síntomas y riesgos, y consecuencias sobre el cáncer de mama, autoexamen en mujeres.

Capítulo III, se presenta la metodología, el tipo de investigación, diseño de investigación, población, muestra, variables, técnicas, procedimientos y contraste de hipótesis.

Capítulo IV, se presenta los resultados, tablas, gráficos, prueba de hipótesis y discusión de resultados.

Los resultados nos muestran que existe influencia significativa de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo del 2016.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Desde la antigüedad (3 000 a.c.) se hace referencia al cáncer por la medicina egipcia [1]; denominado por Hipócrates como “karkinos”, la palabra griega para cangrejo, pues al examinarlo de cerca el tumor parecía tener tentáculos, como las patas de un cangrejo, que se extendían y agarraban tejidos normales [2]. El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, con subtipos moleculares que varían en su etiología [3]; identificándose, desde el punto de vista molecular, 4 subtipos de CM morfológicamente similares (luminal A, luminal B, mama normal-como, con sobreexpresión de HER2, y basal-like), pero con claras diferencias en pronóstico y respuesta al tratamiento [4]. Aunque, su etiología es desconocida, se ha establecido una causa multifactorial, implicándose factores de riesgos hormonales, reproductivos y hereditarios; los cuales en muchos casos, trabajan juntos para crear las condiciones necesarias para el desarrollo del cáncer [5]. Este tipo de cáncer es uno de los más frecuentes, diagnosticándose más de 1000000 de nuevos casos en el mundo y constituyendo un verdadero problema de salud pública [6].

El cáncer de mama constituye un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia y mortalidad, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Aunque su pronóstico ha mejorado notablemente en los últimos años y la supervivencia actualmente es elevada, el

propio proceso y los tratamientos que se aplican tienen importantes repercusiones personales y familiares. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad produce una gran incertidumbre y sentimientos de falta de control sobre su vida por parte de las mujeres afectadas [7]. Es frecuente encontrar sentimientos de soledad, miedo, temor y falta de recursos frente a una situación nueva y traumática [8].

Algunos estudios concluyen que son insuficientes los esfuerzos dedicados a mejorar el estado general de salud y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, tras el tratamiento. Hablar de cáncer de mama es hablar de una enfermedad compleja tanto física como psicológicamente. Afrontar los muchos retos que supone su diagnóstico, como los tratamientos prolongados e intentar combinar la recuperación con la familia y los compromisos de trabajo, puede tener una repercusión significativamente negativa en las mujeres [9].

Problemas como la depresión y la ansiedad pueden ser el resultado de la angustia a causa del diagnóstico, el temor a una enfermedad considerada potencialmente mortal y la recidiva tumoral. La cirugía de mama puede repercutir psicológicamente en la imagen corporal y en la sexualidad de una mujer. Efectos secundarios como náuseas y vómitos, caída del cabello, fatiga o linfedema además de los síntomas asociados con la menopausia inducida por el tratamiento (sofoco de calor e inestabilidad emocional), son precisamente, algunas de las consecuencias físicas más frecuentes relacionadas con los tratamientos de cáncer de mama. Para la mujer, por lo tanto, el cáncer de mama no es sólo un problema médico, sino que también es un problema que tiene una incidencia psicológica, emocional y social grave. El tratamiento eficaz requiere un enfoque profesional multidisciplinar y holístico [10]

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos [11] . La Organización Mundial de la

Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones [12]. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes.

Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar [13]. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento [14].

En los EE.UU., el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana [15]. No hay datos disponibles públicamente sobre cuánto dinero se invierte actualmente en el control del cáncer en América Latina; sin embargo, hay una variación sustancial en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a la atención general de la salud en la región, que oscila entre el 5% para Bolivia, Jamaica, Perú y Venezuela y el 10.9% para Costa Rica [16]. La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos [17]. Un

control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo [18].

Las neoplasias malignas de las mamas constituyen uno de los grandes problemas médicos sociales de la actualidad, por su alta frecuencia y por afectar a menudo a mujeres en la edad media de la vida, que tienen grandes responsabilidades familiares y económicas [19].

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres entre 35 y 55 años de edad en los países desarrollados. Es un tumor raro antes de los 25 años y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad. Constituye la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo y la más alta incidencia en las mujeres [20]. Esta neoplasia afecta de manera creciente a las mujeres de los países de menores recursos. Hoy, más del 55 % de las muertes por cáncer de mama se presentan en los países de ingresos bajos y medios. Para el año 2020, alrededor de 7 % de los casos de esta enfermedad se presentará en el mundo en desarrollo [21].

En Cuba, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer y se diagnostican cada año 1 600 casos nuevos. En el año 2005, el país mostraba una tasa ajustada de morbilidad por cáncer de mama de 31,2 por cada 100 000 habitantes. [22].

Como afirma Laura Schwartzmann [23], el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

La autoexploración de las mamas es un método que tiene como propósito detectar el mayor número de casos nuevos en estudios tempranos, lo que permite tratamientos menos invasivos, eleva los índices de supervivencia y mejora la calidad de vida de la mujer afectada. Es decir, si un tumor mamario es diagnosticado en etapas tempranas, significa una curación en un gran porcentaje de los casos y, de este modo, la mujer no es sometida a las grandes tensiones que implica la noticia de padecer esta neoplasia, aceptar la idea de un cáncer, pensar en los tratamientos que vendrán y cómo estos afectarán su vida e incluso las de aquellos seres que los rodean [24].

La autoexploración de las mamas es el método más sencillo y extendido para el diagnóstico precoz, constituye una técnica que puede ser aplicada por cualquier mujer, no requiere gran empleo de tiempo ni el despliegue de recursos costosos [25]. Una de las recomendaciones, que muy probablemente no sufrirá variación alguna, es que las mujeres se realicen cada mes, cinco días después del primer día de la menstruación un autoexamen de mama.

Más del 30% de defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, tales como: el consumo de tabaco; exceso de peso; desorden alimenticio, inactividad física; consumo de bebidas alcohólicas; infecciones por Virus del Papiloma Humano (PVH) y Virus de Hepatitis B (VHB); radiaciones ionizantes y no ionizantes; contaminación del aire de las ciudades; humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos [26].

El autoexamen de mama no es considerado un método de detección para reducir la mortalidad de cáncer de mama, pero su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países con escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para el tamizaje poblacional con mamografía. Es por ello que se recomienda iniciar el autoexamen mensual de mama a partir de los 20 años [27].

A pesar de la evidencia que sugiere que el palparse cada mes tiene, cuando menos, una eficacia limitada, muchos especialistas creen que no hay por qué retirar la recomendación del autoexamen de las normas generales frente al cáncer. El hecho de tumbarse en una cama cada mes y palparse las mamas genera una conciencia positiva en las mujeres y las hace conscientes del problema [28].

En el mundo, se ha comprobado que la mejor manera de reducir el costo de la atención de salud es mantener a las personas más sanas y detectar las enfermedades en sus etapas más tempranas, de manera que su tratamiento oportuno evite la pérdida de años productivos y socialmente activos. Resulta de vital importancia que las féminas posean conocimientos básicos sobre el autoexamen de mama y el diagnóstico precoz del cáncer de mama; cuando la neoplasia se detecta en etapas tempranas existe menos posibilidad de metástasis y la supervivencia es mayor [29].

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN [30] del año 2008, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 157.1 casos por 100 000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (174.9 por 100 000 versus 140.9 por 100 000); si estas cifras son proyectadas a la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año se diagnostican más de 45000 casos nuevos de cáncer. Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permiten estimar que para el año 2011 se diagnosticarían en Lima Metropolitana un total de 34 000 casos nuevos de cáncer; asimismo, si a estos datos se incluyen los del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa y los del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo se estima que para el año 2015, se diagnosticarían 46 264 casos nuevos a nivel nacional. Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa [31], encuentran para el período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes (Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0

por 100 000 versus 183.1 por 100 000 respectivamente). Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo [32] publicados en el documento “Cancerincidence in five continents”, encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100 000 en varones y de 190.3 casos por 100 000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma). Esta situación de tasas de incidencia más altas en mujeres que en hombres constituye una situación distinta de la reportada a nivel mundial y en la región. En el 2015 se presentaron 46264 casos de cáncer y estimando para el 2025 unos 51695 casos.

Teniendo presente los diferentes factores y la alta aparición de afecciones de las mamas como un problema de salud, se realizó este trabajo de investigación, con el objetivo determinar la influencia de la consejería sobre el cáncer de mama y la aplicación de la práctica de autoexamen en mujeres de 18 a 64 años.

Por lo que podemos decir que las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población, para el conocimiento de los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por cáncer de mama, así como fomentar la demanda en la detección temprana con el objetivo de mejorar el oportuno diagnóstico y tratamiento. En el 2015, se presentaron 2 casos de cáncer de cuello uterino (2.7%), que representa el 12,6% de casos en los Hospitales de la Región Lima–Provincias (Hospital de Chancay) (Boletín-MINSA 2015), sufriendo un cambio creciente del 3.6% respecto al año anterior. Además, 1 caso de cáncer de estómago (1.4%), 2 caso de cáncer de mama (2.7%) . En el 2014 a nivel regional el hospital regional de Huacho se realizó una campaña gratuita DE DETECCIÓN PARA EL CÁNCER DE MAMA, teniendo una gran acogida y aceptación por parte de las usuarias con el fin de estar prevenidos para esta enfermedad que se presenta con un índice de mortalidad a nivel nacional. De igual forma la atención se llevó a cabo en los establecimientos de salud de la región. Que fueron un total de 550 pacientes , esta campaña se reportó 45% de las mujeres presentaron signos clínicos en la mama, mientras que el 55 % no presentó signos clínicos, en el puesto de salud de Chonta en el año 2015 se identificaron dos casos de cáncer mama benignos,

al identificar estas problemas de salud, me vi en la necesidad de realizar este estudio de investigación para poder disminuir la realidad problemática.

1.2.DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación espacial

El presente estudio de investigación se realizó en el Puesto de Salud de Chonta, ubicado en el distrito de Santa María, provincia de Huaura de la Región de Lima – Provincia.

1.2.2.Delimitación social

El grupo social objeto de estudio, estuvo conformado por las mujeres de 18–64 años de edad que son atendidas en el Puesto de Salud de Chonta; además reciben consejería sobre cáncer de mama, sin hacer ninguna diferenciación de clase social, con características que se han descritos en los ítems anteriores.

1.2.3.Delimitación temporal

El presente trabajo de investigación de tesis, tuvo un periodo de duración de enero a mayo del 2016, donde el objetivo de esta investigación se basó principalmente en generar información sobre la influencia de la consejería sobre cáncer de mama y la practica en el autoexamen en las mujeres de cuyas edades están comprendidas en un rango de 18–64 años que asistieron a la consulta externa del Puesto de Salud de Chonta en el periodo de enero a mayo del 2016. Además, cuyo fundamento teórico es de carácter epidemiológico ya que se evaluara el conocimiento y las prácticas en cuanto a la identificación por medio de cual maniobra se realizan las pacientes el autoexamen, tomando en cuenta que se determinara el porcentaje de pacientes que se realizan el examen de mama.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

¿Cómo influye la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18–64 años, atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016?

1.3.2. Problemas secundarios

- 1) ¿Cuál es el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18–64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016?
- 2) ¿Cuál es el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18–64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo principal

Determinar la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18–64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

1.4.2. Objetivos secundarios

- 1) Identificar el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.
- 2) Identificar el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas años en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

1.5.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis principal

Existirá influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y la práctica del autoexamen en mujeres de 18–64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

1.5.2. Hipótesis secundarias

- 1) Existirá influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y las prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.
- 2) Existirá influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y las prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas años en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Justificación teórica

La Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (conocida por las siglas BHGI) tiene por objeto formular normativas basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan usarse en las naciones con recursos limitados para la atención sanitaria, a fin de mejorar el desenlace en las pacientes con cáncer de mama.

El autoexamen mamario constituye un importante método en la detección de patologías de la mama, como el cáncer de mama, la mayoría de las investigaciones sugieren un impacto positivo y los hallazgos señalan que quienes practican el autoexamen de mama en comparación con quienes no lo hacen, detectan tumores primarios más pequeños y menor número de nódulos linfáticos axilares comprometidos. Su sensibilidad diagnóstica en general es el 35%, pero varía según la edad, siendo más sensitiva en mujeres de 35-39 años con el 45% de sensibilidad y menos sensitiva entre los 60-74 años, período en

el cual es del 25%. Su especificidad es dudosa. El autoexamen de mama detecta el 35% de los cánceres de mama y se estima que reduce la mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente un 25%, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud [33].

1.6.2. Justificación práctica

En los países de América Latina y el Caribe una de cada diez mujeres puede desarrollar una patología mamaria, y entre éstas patologías el cáncer de mama puede descubrirse en etapas tempranas, cuando es aún evitable y curable, y un método muy importante para la detección, que es fácil, sin costo y que es privado pues lo realiza la propia mujer y es el autoexamen de mamas [34]. Además, el cáncer es un problema creciente en las Américas y en todo el mundo por varias razones, principalmente por el envejecimiento de la población y el cambio en los estilos de vida, que aumentan la prevalencia de factores de riesgo. Existe un amplio conocimiento sobre las causas del cáncer y las intervenciones que se pueden implementar para prevenir y controlar la enfermedad. Estas estrategias están basadas en la evidencia y se orientan a prevenir y detectar el cáncer en etapas tempranas, así como al tratamiento de los pacientes con cáncer. Muchos tipos de cáncer tienen una alta probabilidad de curación si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente.

1.6.3. Justificación metodológica

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos y por ello considerado como un problema de Salud Pública. La Consejería sobre cáncer de mama, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales, permite tomar una decisión personal satisfactoria previniendo de forma inmediata, en sus estadios iniciales evitando que avance el cáncer de mama mediante la realización del autoexamen dándole un tratamiento oportuno de acuerdo a su diagnóstico.

La presente investigación es un estudio cuantitativo para el cual se aplicará una lista de chequeo que consta de 14 preguntas y un pre test – post test.

1.6.4. Justificación legal

Ley N° 26842 modificado por el decreto supremo N° 009-2012-SA, Declarando interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictando otras medidas.

1.6.5. Importancia

Con el presente proyecto de investigación demostraremos que mediante consejerías educamos a la población para prevenir el cáncer de mama, y cómo deben realizarlo adecuadamente, por consiguiente permitiremos contribuir en la población, que en los últimos años ha incrementado la tasa de mortalidad sobre cáncer de mama en mujeres y mediante la educación concientizar a la población la importancia del autoexamen de mamas.

Este trabajo de investigación servirá como guía a futuras exploraciones que se realizan dentro de este campo de investigación científica y será una base para el desarrollo de las futuras investigaciones a los profesionales de la salud, por lo tanto se la expondrá con un enfoque holístico y se trabajará con información procesada en un entorno real en el puesto de salud de Chonta. Por tal motivo el desarrollo del trabajo de investigación es de gran interés porque se busca concientizar y prevenir a las mujeres de 18 – 64 años para la autorrealización del examen de mamas para ayudar a detección precoz y de la enfermedad.

Es factible la realización de esta investigación ya que se cuenta con la información necesaria y sobre todo porque al investigar se va determinar la relación o influencia del autoexamen de mama y el cáncer de mama.

Es importante como Profesional de obstetricia difundir la salud preventiva y promocional, coordinando con las Instituciones públicas de nuestra localidad y con el centro de salud brindando información sobre todo poniendo énfasis en la

autorrealización del examen de mamas y ayudar a disminuir la morbimortalidad de la mujer.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

1) Bohórquez (2015), en su trabajo de Investigación Titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena 2015”, para optar el Título de Licenciada en Enfermería; nos menciona como objetivo Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena.

Se realizó un estudio descriptivo con una población de referencia de 13617 mujeres y un tamaño de muestra estimada de 779 (probabilidad estimada del 62%, nivel de confianza del 95% y un margen de error de 3.5%), fueron incluidas en el estudio las mujeres mayores de 20 años de acuerdo a lo que establece la norma técnica para la realización del autoexamen de mama, que habitan el área rural de Cartagena.

Se realizó un muestreo por conglomerados el cual estuvo constituido por los corregimientos de la ciudad de Cartagena, y posteriormente se realizó una afijación proporcional para que las muestras fueran representativas por cada corregimiento. Se aplicó una encuesta que contempla las variables; socio demográfica, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama. La información recogida fue incluida en una base de datos de Microsoft Excel, del cual se obtuvieron tablas y gráficas de la información recolectada, y fue expresada a través de frecuencias y porcentajes. Participaron 779 mujeres mayores de 20 años. En la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas

sobre el autoexamen de mama se encontró que el 73% (569) de las mujeres conoce cómo se realiza el autoexamen, 77,8% (606) de las mujeres están totalmente de acuerdo con que es bueno realizarlo, 49% (382) nunca se lo ha realizado y solo 3 mujeres tiene una práctica adecuada.

Se concluye que los conocimientos que tienen las mujeres del área rural de Cartagena sobre el autoexamen de mama son bajos, presentan una actitud favorable hacia este procedimiento y solo 3 mujeres presentan una práctica adecuada [35].

2) Calderón (2012) en su trabajo de Investigación Titulado: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de Diciembre 2011”, para optar el Título de Licenciada en Enfermería; nos menciona: El objetivo del presente estudio es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas en las pacientes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de Diciembre del 2011, donde se ingresaron 500 pacientes en ese mes. Para obtener la información se elaboró una encuesta piloto a informantes claves, a partir de la cual se elaboró el instrumento de recolección final para este estudio. Los principales resultados fueron que el 52% tenían entre 20 y 34 años, el 40% cursan el nivel de educación secundaria, el 80% son casadas/acompañadas, un 54% profesa la religión católica y el 62% son de origen urbano. Del total de 100 pacientes entrevistadas, 74 habían oído hablar del autoexamen de mamas. De estas es 56.8% había tenido esta información de personal de salud, seguido de televisión y folletos. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama. El nivel de conocimiento que prevaleció fue el Regular con un 62%, y el 83.8% tuvo una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 70.3% de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mama y el nivel de práctica que predominó fue el malo con un 40.6%. Con todo lo antes expuesto se sugiere promoción del autoexamen de mama y capacitar al personal de salud para

mejorar el nivel de conocimiento y así garantizar una buena educación a las pacientes en los diferentes niveles de las unidades de salud, para así incidir y detectar a tiempo estas patologías [36].

3) Maza (2014), en su Investigación Titulado: “Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes de primer año de la escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil 2014”, para optar el Título de Licenciada en Enfermería; nos menciona: Con el objetivo de verificar el conocimiento de las mujeres acerca del autoexamen de mamas y su importancia en la detección precoz del cáncer, así como analizar su práctica e identificar los motivos de su no realización; se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en el período de enero a mayo del 2014. Se aplicó en la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil, alumnas del primer año de pregrado. Se encuestó a 82 mujeres y se realizó el procesamiento de datos a partir de la estadística descriptiva. Los resultados mostraron que el grupo etario de 18-24 años fue el de mayor porcentaje con un 79%, dentro de la población investigada predomina la presencia de mujeres solteras en un 67%. Mujeres casadas con un 22%. En tercer lugar el 7% que se encuentra en unión libre y el último lugar el 4% las mujeres divorciadas. El 91% dice conocer acerca del cáncer de mama y un 9% que dice que no conoce. Es un cáncer muy conocido por las mujeres. El 98% sabe que el cáncer de mama si es prevenible versus el 2% que considera que no lo es. El 63% sin antecedentes familiares de cáncer de ningún tipo .Se observó que se cree el cáncer es una enfermedad de gente adulta mayor ya que el 59% dice que debería hacerse el autoexamen a los 50 años. En un 88% refiere la población encuestada que no sabe realizarse el autoexamen de mamas, y el 12% dice si conocerlo. El 77% dice no realizarse el autoexamen mamario. En un 23% dicen si realizarse el autoexamen de mamas de forma mensual. En un 57% de las mujeres encuestadas refieren tener conocimiento del tratamiento del cáncer de mama. Se recomendó que la realización de actividades que lleven a mejorar la adhesión de las mujeres al autoexamen es necesaria en el contexto de la universidad, además de promover mecanismos capaces de motivar a las mujeres al autocuidado [37].

2.1.2. Antecedentes Nacionales

1) Cáceda y Flores (2016), en su trabajo de Investigación Titulado “Influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque en el año 2014”, para optar el Título de Licenciada en Obstetricia; nos menciona como objetivo determinar la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque en el año 2014. Se realizó un estudio prospectivo, cuasi – experimental, pre test – post test, en 2 grupos de 44 mujeres: con consejería y sin consejería, donde se evaluó el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama, antes y después de realizar la consejería diseñada para la presente investigación. Para el análisis correlacional se usó la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher cuando las celdas tuvieron valoración numérica menor de 5. Se consideró asociación estadística para un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La frecuencia de mujeres que usualmente reciben consejería previa por parte del personal de salud fue de 42 %. El nivel desconocimientos sobre el autoexamen de mamas, antes de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: bueno en un 13,6 %, regular en un 63,6 % y malo en un 22,7 %; y, en el grupo de comparación fue: 45,5 % bueno, 45,5 % regular y 9 % malo. El nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas después de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: 88,6 % bueno, 11,4 % regular y 0 % malo; y, en el grupo de comparación fue: 43,2 % bueno, 47,7 % regular y 9,1 % malo. El nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: 36,4 % adecuado y 63,6 % deficiente; y, en el grupo de comparación fue: 72,7 % adecuado y 27,3 % deficiente. El nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: 97,7 % adecuado y deficiente 2,3 %; y, en el de comparación fue: 70,5 % adecuado y 29,5 % deficiente.

Concluye que la consejería sobre cáncer de mama influye sobre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en mujeres [38].

2) Sáenz y Sánchez (2011), en su trabajo de Investigación Titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto – diciembre del 2010”, para optar el Título de Licenciada en Obstetricia; nos menciona: El autoexamen mamario constituye un importante método en la detección de patologías de la mama, como el cáncer de mama, disminuyendo así la mortalidad en el mundo y en nuestro país, si es que se detectan estos casos en estadios tempranos. El presente trabajo pretende basar sus resultados y análisis en el bienestar de la población femenina, partiendo de la iniciativa de las mujeres, que como soporte primordial contribuyen a que el profesional obstetra trabaje en la promoción de prevención primaria y detección temprana del cáncer de mama desde la misma consulta preventivo – promocional. Objetivos: Determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mama en mujeres de 15 –45 años que acuden a los consultorios de Planificación familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Agosto – Diciembre del 2010. Su diseño es descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. Lugar: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Participantes: Mujeres en edad fértil de 15 – 45 años. Intervención: Se aplicó una encuesta a 203 usuarias del Hospital Carrión, para valorar los conocimientos y actitudes del autoexamen de mamas. De éstas, se aplicó la Guía de Observación a las pacientes que alguna vez se realizaron esta técnica (73 usuarias). Principales medidas de resultado: Conocimientos, actitudes, prácticas.

Los principales resultados fueron que el 26.6% tenían entre 26 y 30 años, el 32.02% presentaban el nivel de educación secundaria completa, el 60,1% tienen una relación estable (conviviente), un 41.87% profesa la religión católica y el 82.27% habitan en urbanización. Del total de las 203 pacientes entrevistadas, un el 89.16% afirma que es unexamen necesario; el 81.28% afirma que ésta técnica sirve para detectar algo anormal. Un 95.57% afirma que el personal de Salud

debería de difundir la práctica del examen más exhaustivamente. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama.

Se concluye que el nivel de conocimiento que prevaleció fue el Malo con un 44.38%, y una gran porcentaje tuvo una actitud desfavorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 35.96% de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mama y la técnica que utilizaron en el momento de aplicarles la Guía de Observación, fue inadecuada en un 67% [39].

3) Jara y Peña (2011) en su trabajo de Investigación Titulado 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, para optar el Título de Licenciada en Obstetricia; nos menciona como objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama de las usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; Enero - Febrero 2011. El siguiente estudio es de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo, según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, de corte transversal según el período y secuencia del estudio. Nuestra población de estudio es el total de usuarias de 19 a 49 años que acuden a los consultorios de Obstetricia y Planificación Familiar del Centro de Salud San Sebastián durante el periodo Enero – Febrero 2011. Para el presente estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra está conformada por 217 usuarias. Una vez obtenidos los datos, estos fueron ingresados y analizados usando el paquete SPSS versión 15, para encontrar la relación entre las variables cuantitativas, se aplicó la prueba estadística chi cuadrado, se trabajó con un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$). Además se empleó el procesador de textos Microsoft Word, para la elaboración de tablas y gráficos se utilizó Microsoft Excel. Resultados: Se observa que del total de las usuarias encuestadas, el 47,5% corresponde al grupo etáreo de 19 a 29 años, mientras que el 28,6% de las encuestadas oscila entre 30 a 39 años, y por último el 24% tiene entre 40 y 49 años. Sólo un 17.1% presenta alto nivel de conocimientos, el mayor

porcentaje (68.7%) presenta nivel de conocimientos medio y el 14.3% presenta bajo nivel de conocimientos. El nivel de conocimientos fue similar entre los diferentes grupos etáreos. Resaltando que el mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las usuarias de 19 a 29 años con 25.2%, las usuarias de 30 a 39 en cambio tiene porcentaje de conocimiento medio en su mayoría llegando a formar el 56.5% y las usuarias de 40 a 49 tienen un mayor porcentaje de conocimiento bajo con 30.8%. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas($p=0.432$). De acuerdo a los resultados, se ha evidenciado que a mayor grado de instrucción, existe un mayor nivel de conocimientos, las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p=0.00$), resaltando que el 68,6% del conocimiento alto total lo representan las usuarias con grado de instrucción superior universitario, un 64.9% son de superior no universitario y tienen un conocimiento medio, mientras que el 62.5% de las usuarias con primaria tienen conocimiento bajo. En cuanto a la ocupación, observamos que el mayor nivel de conocimientos lo presentaron las usuarias estudiantes con un conocimiento alto de 53.7%, mientras que el menor nivel lo presentaron las amas de casa con un conocimiento bajo de 43,0%. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p=0.00$) El 72.4% presenta nivel de conocimientos medio sobre los riesgos de contraer cáncer, seguido de un 20.7% con un buen nivel de conocimientos, mientras que sólo el 6.9% mostró bajo nivel de conocimientos. Acerca de las técnicas de detección de cáncer, el 77.4% presenta un nivel de conocimientos medio, seguido de un 12.9% con bajo nivel de conocimientos, y el 9.7% mostró un buen nivel de conocimientos. Sobre el autoexamen de mamas, el 61.3% presenta nivel de conocimientos medio, seguido de un 19.8% con buen nivel de conocimientos, mientras que el 18.9% mostró bajo nivel de conocimientos. Conclusión: El nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama de las usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; es de un nivel medio en su mayoría, lo cual para la situación socioeconómica y educativa del lugar es aceptable [40].

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Consejería Profesional

La Consejería Profesional es una ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral. La integración de estas ciencias permite a los profesionales de la consejería usar un abordaje multidimensional a fin de atender las necesidades físicas, espirituales, emocionales y sociales de los consultantes. Esta sanidad integral ocurre gracias a muchos factores que interactúan pero tiene como centro la calidez y afecto de la relación empática entre los profesionales de la consejería y los consultantes. Las estrategias de ayuda y de intervención se nutren de la resistencia, fortaleza y sentido de esperanza de los consultantes y a partir de allí en mutua colaboración se divisan planes de cambio para una vida más plena y un bienestar total más satisfactorio [41].

Asimismo es una estrategia de ayuda que parte de la premisa que todo ser humano pertenece a una familia, a una comunidad, a una sociedad y a una cultura universal donde los intercambios e interacciones son de naturaleza mutua y recíproca. Los profesionales de la consejería familiar abordan a los consultantes teniendo en mente al organismo vivo o biosistema a los cuales pertenecen y al establecer la relación terapéutica de manera activa y conjunta se usan estrategias de ayuda integral que conduzcan al bienestar personal y familiar. Las familias, así, como los demás seres vivos experimentan desarrollos evolutivos los cuales son altamente influidos por factores biológicos, ambientales y culturales y que dependiendo del tipo de influencia éstos pueden estimular al crecimiento o al estancamiento. La Consejería Familiar intenta asistir a las personas y a las familias en la identificación de los factores que estén sofocando o deteniendo su crecimiento y desarrollo integral y en colaboración se buscan estrategias de cambio que promuevan una vida familiar más plena y abundante [42].

La especificidad de la Consejería Profesional se puede resumir en tres dimensiones las cuales se abordan teniendo en mente primero las fortalezas y el contexto sociocultural y ecológico del ser humano:

1. Prevención de problemas personales y relacionales debilitantes.
2. Promoción del crecimiento personal y social desde una perspectiva holística.
3. Resolver y remediar los problemas de origen cognitivo, emocional, social y espiritual que puedan estar impidiendo el florecimiento y despliegue del bienestar integral de la persona y de su comunidad.

La Consejería Profesional como un esfuerzo transdisciplinario de estudio y acción cuyo objetivo es la comprensión integral de las potencialidades y sistemas eco-relacionales de las personas y comunidades a fin de promover el desarrollo integral. La Consejería Profesional se nutre de todos los aportes de las ciencias humanas, pero no es asimilable a ninguna de éstas, en tanto cada una de ellas posee específicas áreas de competencias que toman aspectos parciales de esta propuesta. Esta disciplina se fundamenta en el saber que el ser humano, como tal, y como todo organismo vivo, cuando encuentra condiciones adecuadas para su crecimiento, lo ejecuta en el sentido de la realización y proyección de sus potencialidades inherentes [41].

2.2.2. Conocimiento y Prácticas

Para abordar el conocimiento y las prácticas preventivas del cáncer de mama en las mujeres, se considera como piedra angular el modelo de promoción de salud de Nola Pender [45] la misma que se basa en la observación e imitación, también llamado aprendizaje social, cuyo precursor es Albert Bandura, plantea que además de los otros tipos de aprendizaje, existen otros tipos de aprendizajes que ocurren por observación.

Ello plantea esta corriente porque existen mecanismos internos de representación de la información, que son cruciales para que exista aprendizaje. Estas representaciones son construidas a partir de las asociaciones estímulorespuesta y ellas son las que en definitiva determinan el aprendizaje. Por tanto asumen que el contenido del aprendizaje es cognitivo. Es así, que un individuo presta atención a los refuerzos que genera una conducta, ya sea propia

o de un modelo, luego codifica internamente la conducta modelada, posteriormente la reproduce, y al recibir refuerzo de esta, la incorpora como aprendizaje. La teoría de la autoeficacia o aprendizaje social de Albert Bandura sugiere que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también.

Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres "cosas": el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognitivistas. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo.

El añadido de imaginación y lenguaje a la mezcla permite a Bandura teorizar mucho más efectiva respecto a dos cosas que muchas personas consideran "el núcleo fuerte" de la especie humana: el aprendizaje por la observación (modelado) y la auto-regulación (controlar nuestro comportamiento). Bandura [44] cree que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, conductuales y ambientales. Y no solo por el modelamiento por medio del reforzamiento (usa el término modelamiento para referirse al aprendizaje que ocurre como resultado de observar modelos, colocando más énfasis en la cognición y menos en el reforzamiento), que sigue siendo importante, pero las capacidades de mediación humana hacen innecesario esperar que ocurran las respuestas antes de poder usarlo. En su lugar se puede usar el modelamiento para informar a los aprendices acerca de las consecuencias de producir la conducta.

La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura [46], esta teoría sostiene que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que

ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. La Teoría sobre el Aprendizaje Social propone que los individuos aprenden comportamientos unos de otros mediante la observación, la imitación y el modelo. La imitación puede darse por los siguientes factores:

Por instinto: Las acciones observadas despiertan un impulso instintivo por copiarlas.

Por el desarrollo: Las personas imitan las acciones que se ajustan a sus estructuras cognoscitivas.

Por condicionamiento: Las conductas se imitan y refuerzan por moldeamiento.

Conducta instrumental: La imitación devuelve un impulso secundario, por medio de refuerzo repetido de las respuestas que igualan las de los modelos. La imitación reduce los impulsos.

Los factores cognitivos se refieren concretamente a la capacidad de reflexión y simbolización, así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. En definitiva, el comportamiento depende del ambiente, así como de los factores personales (motivación, retención y producción motora).

Los cuatro procesos del aprendizaje por observación son:

Atención: La atención se centra acentuando características sobresalientes de la tarea, subdividiendo las actividades complejas en partes, utilizando modelos competentes y demostrando la utilidad de los comportamientos modelados.

Retención: La retención aumenta al repasar la información, codificándola en forma visual o simbólica.

Producción: Las conductas se comparan con la representación conceptual (mental) personal. La retroalimentación ayuda a corregir discrepancias.

Motivación: Las consecuencias de la conducta modelada informan a los observadores de su valor funcional y su conveniencia.

NOLAPENDER

El modelo de la promoción de la salud se basa en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción [45].

El modelo de promoción de salud sirva para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Ambas teorías nos permiten identificar la importancia sobre la acción del personal de salud ante la situación que se puede presentar en un determinado tiempo y espacio teniendo en cuenta que el conocimiento y las prácticas preventivas de las mujeres lo adquieren mediante la observación, la imitación y el modelo [46].

EL CONOCIMIENTO

Mediante nuestros conocimientos obtenidos de las diferentes fuentes informativas, sabemos que el cáncer de mama ha incrementado su incidencia, debido a diversos factores, dentro de estos factores indicamos a un nivel de conocimiento bajo y a la ausencia de prácticas preventivas o el inadecuado uso de las prácticas, y para que ello se pueda prevenir la mujer debe tener un previo conocimiento y prácticas adecuadas de medidas preventivas como: el autoexamen de mamas y una mamografía de control [48].

Pero si la mujer no tuviera conocimientos acerca de las prácticas preventivas sobre el cáncer de mama entonces las incidencias de casos no reducirán e indirectamente las demás mujeres de la familia no podrán prevenir ni detectar si no conocen de dicha enfermedad.

Por las consecuencias graves de esta enfermedad, la mujer podría pasar por un proceso quirúrgico con la extirpación de la mama y la mujer será atendida por el equipo de salud en un ambiente hospitalario y estará a cargo del autocuidado del personal de obstetricia.

El rol que cumple la obstetra es importante pues además de atender a la mujer, también debe educar a la mujer, en cuanto a las prácticas preventivas del cáncer de mama, para que así de esta manera la mujer se proteja y pueda proteger a sus generaciones.

Lo que se espera aportar con los resultados obtenidos de nuestra investigación es contribuir con la disminución de la incidencia de casos de mujeres con cáncer de mama en la provincia de Huaura, mediante la promoción de salud sobre los conocimientos adecuados y las prácticas preventivas sobre el cáncer de mama, a su vez estas informaciones proporcionadas por profesionales de salud, permitirán a las mujeres adoptar adecuadas prácticas de prevención para ellas y para su familia. Mediante toda esta información brindada a las mujeres van a enriquecer sus conocimientos y van a realizar prácticas adecuadas para que su estado de salud y el de sus generaciones sea óptimo.

Se puede considerar que el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados sobre hechos, verdades o de información almacenado a través de la experiencia o del aprendizaje mediante el ejercicio de las facultades mentales.

Tipos de conocimiento

Alavi y Leidner(2001) en su libro "Taxonomía del Conocimiento" [49] clasifican el conocimiento en:

Tácito: conocimiento enraizado en las acciones, experiencias y contextos específicos.

Explícito: conocimiento articulado y generalizado. Individual: conocimiento creado por e inherente al individuo.

Social: conocimiento creado por e inherente a la colectividad y a las acciones de grupo.

Generación del conocimiento

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

Socialización: de compartir experiencias e ideas personales del conocimiento tácito personal al conocimiento colectivo.

Externalización: del paso del conocimiento tácito colectivo al explícito.

Combinación: en la que se efectúa el intercambio de conocimientos explícitos, documentos compartidos por diferentes modalidades, principalmente electrónicas y virtuales.

Interiorización o de aprendizaje: en la que el conocimiento explícito colectivo se transforma en tácito individual [50].

Conocimientos y conductas de salud

Para promover medios de vida sanos, habrá que conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad, existen diversos tipos de pensamientos y sentimientos, los cuales están modulados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores que determinan nuestro comportamiento.

En las comunidades existen diversos tipos de comportamiento que promueven la salud, evitan enfermedades y contribuyen a la curación y rehabilitación, los cuales deben identificarse y fomentarse [51].

Los conocimientos proceden a menudo de la experiencia, pero también de la información proporcionada por nuestros padres, maestros, amigos, etc. En tanto, las actitudes muestran nuestros gustos y aversiones, proceden de nuestras experiencias o de las personas próximas a nosotros, se basan en una experiencia limitada, por lo que en ocasiones adoptamos actitudes sin comprender todos los aspectos de la situación [52].

El modelo de conocimiento (acción) establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta, esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje.

De lo anterior se desprende que: Cuando el conocimiento es importante, debe ser formulado en términos que resulten significativos para el grupo objetivo. La transferencia de conocimiento a la acción, depende de un amplio rango de factores internos y externos que incluyen los valores, creencias y actitudes.

Profesionales que se encargan de informar sobre el cáncer de mama

Medico es un profesional altamente cualificado en materia sanitaria, que es capaz de dar respuestas generalmente acertadas y rápidas a problemas de salud, mediante decisiones tomadas habitualmente en condiciones de gran incertidumbre, y que precisa de formación continuada a lo largo de toda su vida laboral es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente [53].

Enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación [54].

Obstetra actúan para la preservación de una buena salud sexual, cuyo fin es el desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales para que las personas sean capaces de tener una vida sexual segura, satisfactoria y responsable. Además considera importante las acciones de prevención del Cáncer Ginecológico, de las enfermedades de transmisión Sexual, y sobre todo la adecuada Atención de la Madre (durante el embarazo, parto y post-parto)

cumpliendo funciones de prevención, recuperación y rehabilitación, y del Neonato los primeros cuidados [55].

PRÁCTICA

La praxis aparece como una etapa necesaria en la construcción de conocimiento válido. La teoría es desarrollada en las aulas y se focaliza en la abstracción intelectual; la praxis, en cambio, se hace presente cuando dichas ideas son experimentadas en el mundo físico para continuar con una contemplación reflexiva de sus resultados [56].

El concepto tiene una gran importancia para el marxismo. Esta corriente del pensamiento socio-político sostiene que la praxis es un tipo de actividad práctica propia del hombre, que resulta objetiva y subjetiva a la vez y que permite que el ser humano transforme la naturaleza y, por lo tanto, se transforme en sí mismo. La praxis se forma, por lo tanto, a partir de la interacción de sistemas culturales, históricos y sociales muy complejos. En última instancia, el ser humano se hace humano a partir de la praxis [57].

Es considerada también como un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de las experiencias, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje [58].

De acuerdo a lo antes mencionado se puede afirmar que la práctica es la acción humana en general que se basa en principios teóricos y abarca todo - cuanto es operable por el hombre [59].

Práctica, comportamiento y cuidado de la salud

La práctica es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas y procedimientos, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el práctica. Las prácticas regulares se denominan hábitos y ciertas prácticas pueden convertirse en factores de riesgo [60].

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Entonces cuando las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado, realizarán la práctica de actividades su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar [61].

2.2.3. Cáncer de Mama

El cáncer de mama es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada, y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos vecinos y metástasis a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos [62].

Epidemiología

En Europa y EE.UU. se diagnostica más de 200.000 casos cada año, de los cuales 40.000 fallecen [63]. En América Latina y el Caribe, en los últimos 15 años, mientras los servicios de la salud enfocaban sus esfuerzos en la epidemia del cáncer del cuello uterino en los programas de salud dirigidos a la población femenina, la prevalencia del cáncer de mama aumentaba sin que su presencia se considerara una prioridad a combatir por parte de las instituciones públicas [64]. Pero la tasa de mortalidad por cáncer de mama superó a la del cáncer cervicouterino [65].

Del total de caso del mundo, el 31% se encuentran en los países en desarrollo. Es la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 35 y 64 años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5%. Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, en varones es menos de 1% de los casos totales,

presenta el 32% del total de los cánceres en las mujeres, el riesgo de padecer cáncer de mama es de 8-12% y el de morir es de 3.6-4% [66].

Etiología

La investigación ha demostrado que no existe una causa única conocida del cáncer mamario. Es una enfermedad heterogénea, que se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra. Diversas características, o factores de riesgo, parecen incrementar la probabilidad de que esta enfermedad se desarrolle en una mujer, se ha demostrado que cuando se hallan presentes, existen una correlación positiva con una mayor incidencia de cáncer de mama que cuando están ausentes [67].

Historia Natural del Cáncer de Mama

Ante un estímulo determinado algunas células aparentemente normales inician una división progresiva incrementándose en número y actividad nuclear. Es la fase de hiperplasia, cuando estas células tienen características potenciales para formar un cáncer se denominan células de hiperplasia atípica.

Si la hiperplasia sigue evolucionando parece un cáncer que será inicialmente in situ, es decir que se mantendrá dentro de los límites anatómicos de la estructura normal de la mama. La progresión del carcinoma in situ es hacia la infiltración de los tejidos alejados de ella, lo que se denomina metástasis.

Esta invasión alejada se realiza a través de los ganglios linfáticos regionales y posteriormente la invasión de tejidos alejados como pulmones, hígado, huesos, encéfalo, entre otros. A medida que el cáncer va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia.

En un principio, cuando las células se encuentran en fase de hiperplasia los signos clínicos son mínimos, a veces tan solo la precipitación de sales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a los micro calcificaciones. Cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementa también aumentan

estos micros calificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares [67].

Manifestaciones clínicas [68]

Síntomas más comunes de manifestación:

- Masa o nódulo en la mama o axila.
- Secreción espontánea del pezón.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama.
- Depresiones o rugosidades en la piel.

Síntomas de propagación local o regional:

- Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

Evidencia de enfermedad

- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular.
- Anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural.
- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolo relaciona con afección ósea.

Diagnóstico

Después de tener el diagnóstico histopatológico de cáncer se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encaminados a determinar la extensión de la enfermedad [69]. El pronóstico y tratamiento es individualizado y dependerá de la etapa clínica, esta se determina dependiendo del tamaño tumoral, la presencia o ausencia de metástasis ganglionares y/o a distancia (sistema de clasificación TNM). Estas etapas, de manera didáctica, se dividen en enfermedad temprana,

localmente avanzada. Es imprescindible diagnosticarlo en ausencia de síntomas, cuando su tamaño no sea mayor a los 2cm, ya que de esta forma se puede curar alrededor del 90% de las mujeres.

Tratamiento

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada una depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente. La cirugía es la principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamario, existen diversos procedimientos quirúrgicos.

Considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar; sin embargo si el cáncer de mama se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservador, en el que la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical.

Dependiendo del tamaño tumoral, el número de ganglios linfáticos con metástasis y de otros factores clínicos y patológicos se ofrecerá tratamiento con radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia adyuvante. Estos tratamientos prolongan la supervivencia, el periodo libre de enfermedad y disminuyen el riesgo de recurrencia loco - regional y a distancia [70].

Recientemente la terapia biológica ha demostrado efectos benéficos en el tratamiento de cáncer de mama, específicamente incrementa la supervivencia cuando se administra como tratamiento adyuvante a mujeres cuyos tumores expresan la oncoproteína Her-2 y asociados a quimioterapia en el cáncer de mama metastásico [71].

Niveles de Prevención

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales tiene como objetivos disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos. Para ello debe priorizar las actividades que apunten a la prevención como tarea central [72].

Según Leavell y Clark existen tres niveles de prevención [73]:

Prevención Primaria: comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica. Su acción está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente aquellos factores que pueden deteriorar la salud y producir la enfermedad.

En este nivel se enmarcan las siguientes acciones: Mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de la población. Promoción de campañas de salud. Divulgación de prácticas de autocuidado. Educación acerca de factores de riesgo, su vigilancia y control. Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua, adecuada disposición de los desechos, etc. La protección específica con la aplicación de vacunas.

Prevención Secundaria: comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño. Busca resolver los problemas de salud en las fases iniciales, evitando complicaciones y deterioro de la calidad de vida. En este nivel se enmarcan las siguientes acciones: Búsqueda y captación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, etc.) Consulta médica precoz. Exámenes de laboratorio y otros medios de diagnóstico. Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.

Prevención Terciaria: su intervención se produce cuando el individuo está enfermo, buscando reducir el daño, evitar la permanencia de secuelas, invalidez y muertes prematuras, atendiendo a las necesidades de reintegrado al entorno, comprende la rehabilitación física, psicológica, social y laboral.

2.2.4. Factores de Riesgo

Se conocen bien varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos [74].

Los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres. Algunas mutaciones, sobre todo en los genes BRCA1, BRCA2 y p53, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario [75].

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquía precoz, una menopausia tardía y una edad madura cuando el primer parto figura entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos. La lactancia materna tiene un efecto protector.

Se ha calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física. Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad.

En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%). La creciente adopción de modos de vidas occidentales en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en .esos países[78]

La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia [77].

Masa Corporal

El índice de masa corporal se ha comprobado que relaciona negativamente con el riesgo de cáncer de mama en la mujer pre-menopáusica. Además también hay evidencia de esta relación es mucho más intensa y positiva en las mujeres pos-menopáusicas aunque hay muchos autores que abogan por un aumento del riesgo claro y significativo en ambos grupos junto con una menor supervivencia una vez realizado el diagnóstico. Esto se puede deber a la función endocrina de esta grasa en cada etapa de la vida [79].

Actividad Física

Los estudios realizados hasta hace varios años mostraban información contradictoria pero ya en las primeras publicaciones de este siglo se ha observado una reducción del riesgo relacionada con la realización de actividad física de ocio, iniciada en la adolescencia. De aquí en adelante es decir en los últimos 5 años, se ha afianzado la idea de que la realización de la actividad física reduce significativamente el riesgo de cáncer de mama. Los mecanismos de acción por los que este beneficio se produce son varios: en primer lugar tenemos el gasto de energía que el ejercicio propone evitando el sobrepeso y la obesidad que como ya se mencionó aumenta el riesgo. Por otro lado el ejercicio tiene un papel específico sobre la resistencia a la insulina, facilitando el transporte de glucosa al músculo y a su utilización [79].

Estrés

No se dispone de una evidencia clara que relacione el estrés con la aparición del cáncer de mama. Existen algunos trabajos que abogan por un incremento del riesgo en aquellas pacientes sometidas a estrés psicológico bien por acontecimientos desagradables ocurridos en su vida o bien por el estrés al trabajo diario. Menos son los trabajos que defienden la no influencia del estrés en el riesgo, tanto es así que alguno de los autores en estudios posteriores se retractan. El mecanismo de acción sería mediante la disminución de la actividad ovárica causada por el estrés que conlleva una reducción de los estrógenos circulantes [79].

Factor Genético

La historia familia es un factor de riesgo importante que justifica el desarrollo de un cáncer mamario en el 10% de los casos. Cuanto mayor sea el grado de relación y más temprana la aparición de casos en una familia, mayor probabilidad habrá de que otro miembro de la familia padezca cáncer de mama. En el caso de los genes BRCA1 y BRCA2 las mutaciones guardan una relación muy estrecha con la historia familiar del cáncer de mama. De todas las mujeres entre un 5-10% pueden tener mutación o mutaciones de las células de la línea germinal de los genes ya mencionados. El hombre portador de mutación de BRCA2 también corre mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Las mutaciones de cualquiera de estos genes también aumentan el riesgo de contraer cáncer de ovario [79].

2.2.5. Diagnostico

Actualmente el diagnóstico del cáncer de mama se basa fundamentalmente en los siguientes aspectos.

2.2.5.1. Autoexploración

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento. La autoexploración sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio. La autoexploración debe realizarse después de la menstruación, las mujeres menopáusicas deberán asociarla a un día del mes, pues conviene que se realice siempre en estados similares. La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea más adecuado. A algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, a otras, pueden preferir hacerla al acostarse. La manera más adecuada es situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo [70].

Es necesario examinar lo siguiente:

- Zonas enrojecidas, bultos u hoyuelos.
- Los pezones y areolas no deben estar retraídos o hundidos.

- El aspecto no debe recordar la piel de naranja.
- Cualquier anomalía de la mama, observando su textura, tamaño y relación con la piel y los músculos del pecho.
- Cualquier cambio en los pezones o la piel de la mama.
- Los ganglios linfáticos de las axilas y en la región supraclavicular.

2.2.5.1.1. Técnica para la realización del autoexamen de mamas

La exploración clínica se efectúa en dos tiempos: inspección y palpación [70].

La Inspección

Se realiza con la vista y se divide en estática y dinámica, se efectúa con la paciente sentada con el tórax y brazos descubiertos bajo una adecuada iluminación. Inspección estática: Con las extremidades superiores colgantes a lo largo del tronco en una posición de relajación el clínico frente a la mujer, observa datos referentes a la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos o cambios de coloración de la piel que orienten a la sospecha de una lesión mamaria. Inspección dinámica: Esta se realiza indicando a la paciente que levante los brazos con el propósito de contraer los músculos pectorales, durante este procedimiento se manifiestan signos cutáneos retráctiles, que pueden ser inadvertidos durante la inspección estática.

La Palpación

Se realiza con la yema de los dedos en forma suave metódicamente con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, se aprovecha la posición sentada de la paciente para iniciar la exploración de la región axilar, mediante la presión firme sobre las costillas tratando de identificar los ganglios existentes y sus características Palpación del hueco de la axila Se solicita a la paciente tome el antebrazo opuesto del explorador, es decir, la mano izquierda de la paciente toma el antebrazo izquierdo del explorador quien palpa la región axilar con la mano derecha, en la axila izquierda se realiza la misma maniobra

Exploración Mamaria

- 1) Debe realizarse en forma suave, digital y metódicamente dirigida.

- 2) El explorador debe dividir la mama mentalmente en cuatro cuadrantes trazando dos líneas: una longitudinal y otra transversal que pasen por el pezón.
- 3) La paciente en posición de decúbito dorsal con tórax descubierto, se coloca una almohada o toalla en el dorso de la paciente para una mejor exposición de los elementos anatómicos de la mama.
- 4) Los cuadrantes externos se deben explorar con la mano de la paciente sobre el abdomen, se inicia con el cuadrante inferior externo siguiendo una serie de líneas que pueden ser:
 - a. Paralelas: De la clavícula al surco sub-mamario, en dirección céfalo-caudal.
 - b. Radiadas: Del borde del hemisferio mamario hasta el pezón.
 - c. Circulares: Desde el pezón hasta los bordes mamarios.
- 5) Los cuadrantes Internos se exploran con la misma técnica pero con los músculos pectorales contraídos lo cual se logra al elevar el brazo de la paciente con lo cual se logra formar un ángulo recto con el cuerpo.
- 6) La exploración del pezón debe realizarse cuidadosamente con la intención de diferenciar el tejido normal con induraciones como los papilomas intraductales difíciles de identificar en el examen clínico.
- 7) Al final de la exploración debe realizarse presión sobre la mama hacia el pezón, en forma suave con la intención de detectar secreciones anormales, de las cuales se le solicitará estudio citológico.(Secretaría de Salud de México, 2007)

2.2.5.2. Diagnósticos por imagen

2.2.5.2.1. Examen Mamo gráfico

Se debería efectuar una mamografía de base a partir de los 35 años, y se debe realizar una por año a partir de los 40 años, en mujeres asintomáticas y sin antecedentes familiares de cáncer de mama. En casos de poseer antecedentes familiares, especialmente si presentaron esta enfermedad antes de los 50 años, los estudios mamográficos deberían comenzar 10 años antes de la edad de

presentación de caso en cuestión. Mientras que no haya suficiente información, la edad límite para sugerir finalizar los controles mamarios, debe ser evaluada en cada caso en particular [58].

Puesto que todavía no hay forma de predecir quién desarrollará cáncer de mama y quién no, todas las mujeres deberían ser estimuladas a su evaluación antes que haya cualquier signo o síntoma de la enfermedad. La mamografía debe ser realizada en un mamógrafo de alta definición, en dos incidencias frente y medio lateral oblicuo. También se podrán realizar toma adicional como mamografías magnificadas y focalizadas, y tomas especiales para ver en particular alguna lesión de difícil localización.

Indicaciones de los estudios mamográficos

En el estado actual de los conocimientos, está justificada la exploración mamográfica en todos los casos que se describen a continuación. Para asegurar la inclusión de todo el tejido mamario en la imagen, la exploración debe incluir dos proyecciones por mama:

- Mujeres a partir de los 40 años (inclusive), con periodicidad anual.
- Mujeres con antecedentes familiares directos de carcinoma de mama: madre, hermana o hija, a partir de los 35 años o 10 años antes del familiar más joven con cáncer de mama, con periodicidad anual.
- Mujeres con factores considerados de riesgo para cáncer de mama.
- Mujeres sometidas a tratamiento hormonal sustitutorio, de cualquier edad.
- Pacientes con sintomatología mamaria no aclarada.
- Pacientes de cualquier edad, a las que se ha diagnosticado un cáncer mamario por otros métodos diagnósticos, y no dispongan de mamografía, como estudio basal de referencia.
- Pacientes de cualquier edad, con enfermedad metastásica demostrada, sin tumor primario conocido.
- Pacientes con antecedentes personales de cáncer mamario, con periodicidad anual.
- Previa a cualquier operación mamaria, no importa la patología [81].

2.2.5.2.2. Ultrasonido Mamario

Es un estudio complementario a la mamografía. No es un método de screening. El mismo debe efectuarse guiado por la clínica o la mamografía. Es un método útil para las mujeres pre-menopáusicas con sintomatología mamaria, ideal para evaluar lesiones quísticas, en mujeres embarazadas o en período de lactancia. Deberá realizarse con transductores adecuados para el examen mamario, lineales y de 7,5mhz o más, y si es posible con el estudio mamográfico disponible para corroborar la imágenes. Es de especial utilidad en mamas mamográficamente densas, complementando y disminuyendo los falsos negativos de la mamografía. Sus indicaciones más frecuentes son:

- Mamas o nódulos mamográficos
- Mamas densas con o sin sintomatología clínica.
- Asimetrías y/o imágenes mamográficas no concluyentes (distorsiones o opacidades)
- Masas palpables.
- Procesos inflamatorios.
- Primera evaluación en pacientes menores de 30-35 años.
- Guía de procedimientos intervencionistas.
- Evaluación de las prótesis [80].

2.2.5.2.3. Resonancia Magnética (RM)

El objetivo fundamental del diagnóstico por imágenes de la mama en lo referente a patología neoplásica consiste no sólo en Descubrir, Caracterizar y Estadificar sino también descartar su existencia.

La RM con contraste en el estudio de la mama cumple, por su alto Valor Predictivo Negativo (sensibilidad), el objetivo de descartar patología tumoral infiltrante. Hay diferentes técnicas y protocolos de evaluación, pero siempre que se evalúa el parénquima mamario se debe utilizar contraste paramagnético (Gadolinio).

La RM con inyección de gadolinio ha demostrado poseer gran sensibilidad para la detección del cáncer de mama y particularmente para los cánceres infiltrantes. Pero esta sensibilidad se ve moderada por una baja especificidad. Los criterios

morfológicos, tales como los contornos lesionales (espiculados, lisos), y las imágenes de alta resolución mejoran la especificidad sin disminuir la sensibilidad.

Las indicaciones de la Resonancia mamaria esta en evolución permanente, y hay que tener en cuenta que es fundamental la tecnología disponible, la experiencia y capacitación de los profesionales actuantes. No es una técnica de primera indicación y su empleo debe quedar para los casos en que los estudios previos no sean concluyentes.

Entre las ventajas de este método encontramos que es una vista tridimensional del parénquima mamario, tiene alta sensibilidad en mamas densas y no utiliza radiación ionizante. Entre sus desventajas se destacan su alto costo, la variabilidad en la realización de los estudios (protocolos), su moderada especificidad, y que no detecta eficientemente las micro calcificaciones. La Resonancia en mama es de gran ayuda para:

- Evaluar la extensión local de la enfermedad, en el cáncer preoperatorio
- Evaluar los implantes mamarios
- Evaluar la mama operada e irradiada
- En el carcinoma oculto por imagenología convencional
- Screening en mujeres jóvenes de alto riesgo
- Monitoreo de respuesta al tratamiento quimioterápico
- Descartar enfermedad mamaria en caso de sospecha

2.2.5.2.4. Punciones Mamarias

Método que consiste en una toma de una biopsia de mama es la extirpación o extracción de tejido mamario con el fin de examinarlo en busca de signos de cáncer de mama u otros trastornos. Tipo de guía imagenológica [80]:

- 1) Mamográfica: con guía estereotáxica convencional o digital, con paciente sentada o acostada en una mesa destinada exclusivamente para estos procedimientos.
- 2) Ecográfica: se utiliza los mismos equipos que para los estudios mamarios de rutina.

- 3) Resonancia magnética: Se debe tener el instrumental adecuado. La guía de elección debe ser donde se vea con mayor claridad la lesión. Siempre que se pueda se debe elegir la vía ultrasónica, debido a que es la más directa hacia la lesión, la más cómoda para la paciente, la más económica y no utiliza radiaciones ionizantes.

El resultado de la anatomía patológica de una punción histológica debe ser concordante con la sospecha imagenológica de la lesión. En caso de no ser así se recomienda la biopsia radio quirúrgica para su corroboración diagnóstica. Ante el diagnóstico histológico de hiperplasia atípica, carcinoma ductal óbulillar in situ, cicatriz radiada o determinados tipos de papilomas se sugiere realizar biopsia quirúrgica o radio-quirúrgica para evitar el subdiagnóstico de la lesión.

La rápida expansión de las nuevas tecnologías de detección y diagnóstico por imágenes de las patologías mamarias hacen pensar que ha disminuido el valor de la exploración clínica de la mama, ya sea por el médico o por la paciente, pero existen indicaciones claras de la necesidad de ésta, ya que muchos métodos aún en las mejores condiciones su sensibilidad oscila entre el 80 - 90%. De las patologías mamarias la más temida es el cáncer de mama que no se puede prevenir y la única protección es buscarlo y hallarlo tempranamente para lo cual existen al menos tres grandes estrategias recomendadas por la OPS/OMS

Elección del tratamiento

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de mama y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase está la enfermedad, se debe determinar cuál es el tratamiento más adecuado para El especialista recomendará y explicará las posibilidades del tratamiento más adecuadas en cada caso, para que una vez que la paciente haya recibido la suficiente información pueda, junto con el médico, tomar una decisión.

El tratamiento del cáncer de mama, como ocurre en la mayoría de los tumores, es multidisciplinar. Distintas especialidades trabajan juntas para combinar terapias y ofrecer al paciente las mayores posibilidades de curación [81].

Protocolo o plan terapéutico

En el tratamiento del cáncer de mama se sigue un protocolo, es decir un conjunto de normas y pautas (plan de tratamiento), establecidas en base a la experiencia científica que se tiene en el tratamiento de este tumor. Estos protocolos, que se emplean de forma generalizada en todos los hospitales, recogen las indicaciones o limitaciones del tratamiento en función de los siguientes factores:

- Edad del paciente.
- Estado general.
- Estado hormonal (pre menopausia, menopausia).
- Localización del tumor.
- Fase o estadio en la que se encuentra la enfermedad (TNM).
- Receptores hormonales del tumor.
- Grado de las células.
- Positividad para algunos factores biológicos (por ejemplo Her2).

Probablemente, el médico también tendrá en cuenta si además del cáncer de mama, existen otras enfermedades importantes que puedan dificultar la realización de algún tratamiento específico. Por tanto, el tratamiento propuesto por el especialista no va a ser el mismo en todos los pacientes. Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia [81].

Definiciones de Tipos de Tratamiento

Se utilizan diversas definiciones respecto al tratamiento:

- Tratamiento Local: se refiere al tratamiento dirigido al tumor en su lugar de origen o en alguna localización determinada. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.

- Tratamiento Sistémico: se refiere al tratamiento que afecta a todo el organismo. La quimioterapia y la hormonoterapia son tratamientos sistémicos.
- Tratamiento Adyuvante: se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer de mama.
- Tratamiento Neoadyuvante: consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía [80].

Tratamiento

Hay diferentes tratamientos disponibles para los pacientes con cáncer de mama. Algunos tratamientos son estándar (el tratamiento actualmente usado) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos. Un ensayo clínico de tratamientos consiste en un estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre nuevos tratamientos para pacientes de cáncer.

Cuando los ensayos clínicos muestran que un nuevo tratamiento es mejor que el tratamiento estándar, el tratamiento nuevo se puede convertir en el tratamiento estándar. Los pacientes deberían pensar en participar en un ensayo clínico. Algunos ensayos clínicos están abiertos solo para pacientes que no han comenzado un tratamiento. Se usan cuatro tipos de tratamiento estándar:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia hormonal Cirugía

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo y se observan bajo un microscopio para verificar si

contienen células cancerosas. Cirugía conservadora de la mama, una operación para extirpar el cáncer, pero no la mama misma. Incluye los siguientes procedimientos:

- Lumpectomía: cirugía para extirpar el tumor (masa) y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor del mismo.
- Mastectomía parcial: cirugía para extirpar la parte de la mama que tiene cáncer y algo del tejido normal que la rodea.

Este procedimiento también se llama mastectomía segmentaria. A los pacientes tratados con cirugía conservadora de la mama, también se les puede extirpar algunos de ganglios linfáticos de abajo del brazo para someterlos a biopsia. Este procedimiento se llama disección de ganglio linfático. Se puede realizarse al mismo tiempo que la cirugía conservadora de la mama o después. La disección de ganglio linfático se realiza a través de una incisión separada. Otros tipos de cirugía incluyen los siguientes procedimientos:

- Mastectomía total: cirugía para extirpar toda la mama que contiene cáncer. También se pueden extraer algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo para observarlos bajo un microscopio y verificar si hay signos de cáncer. Este procedimiento también se llama mastectomía simple. Esto se realiza a través de una incisión separada.
- Mastectomía radical modificada: cirugía para extirpar toda la mama que tiene cáncer, la mayoría de los ganglios linfáticos de abajo del brazo, el revestimiento de los músculos pectorales y, a veces, parte de los músculos de la pared del pecho.
- Mastectomía radical: cirugía para extirpar la mama que contiene cáncer, los músculos de la pared del pecho de abajo de la mama y todos los ganglios linfáticos de abajo del brazo. Este procedimiento a veces se llama mastectomía radical de Halsted. Incluso si el médico extirpa todo el cáncer que se puede ver en el momento de la cirugía, algunos pacientes pueden recibir radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía para destruir todas las células cancerosas que queden.

El tratamiento administrado después de la cirugía para aumentar las posibilidades de curación se llama terapia adyuvante. Si el paciente va a tener una mastectomía, se puede considerar la reconstrucción de la mama (cirugía para reconstruir la forma de una mama después de la mastectomía).

La reconstrucción de mama puede hacerse en el momento de la mastectomía o después. La reconstrucción puede realizarse con el propio tejido (no de la mama) de la paciente o mediante el uso de implantes rellenos con un gel salino o de silicona. Antes de tomar la decisión de realizar un implante, las pacientes pueden llamar al Centro de Dispositivos y Salud Radiológica de la Administración de Drogas y Alimentos [81].

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia.

La radioterapia externa usa una máquina fuera del cuerpo que envía radiación al área donde se encuentra el cáncer.

La radioterapia interna usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro del cáncer o cerca del mismo.

La forma en que se administra la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra por boca o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos

ingresan a la corriente sanguínea y afectan a células cancerosas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica).

Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando.

Terapia hormonal

La terapia hormonal es un tratamiento del cáncer por el que se extraen las hormonas o se bloquea su acción, y se impide el crecimiento de las células cancerosas. Las hormonas son sustancias elaboradas por las glándulas del cuerpo que circulan por la corriente sanguínea. Algunas hormonas pueden hacer crecer ciertos cánceres.

Si las pruebas muestran que las células cancerosas ofrecen sitios donde pueden adherirse las hormonas (receptores) se utilizan medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedir que funcionen. La hormona estrógeno, que hace crecer algunos cánceres de mama, es elaborada en su mayor parte por los ovarios.

El tratamiento para impedir que los ovarios elaboren estrógeno se llama ablación ovárica. La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y a pacientes con cáncer metastático de mama (cáncer que se ha diseminado hasta otras partes del cuerpo).

La terapia hormonal con tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y puede aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que toman tamoxifeno deben someterse a un examen pélvico todos los años para verificar si hay signos de cáncer. Todo sangrado

vaginal que no sea sangrado menstrual debe comunicarse a un médico tan pronto como sea posible.

La terapia hormonal con un inhibidor de la aromatasa se administra a algunas mujeres posmenopáusicas que padecen de cáncer de mama hormonodependiente. El cáncer de mama hormonodependiente necesita de la hormona estrógeno para crecer. Los inhibidores de la aromatasa disminuyen el estrógeno en el cuerpo porque impiden que una enzima llamada aromatasa convierta el andrógeno en estrógeno. Ciertos inhibidores de la aromatasa pueden usarse para el tratamiento del cáncer de mama en un estadio temprano como terapia adyuvante o después de dos años o más de tamoxifeno.

Los inhibidores de la aromatasa se están probando en ensayos clínicos para compararlos con la terapia hormonal con tamoxifeno en el tratamiento del cáncer de mama metastásico. Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.

Biopsia del ganglio linfático centinela seguida de cirugía

La biopsia del ganglio linfático centinela es un procedimiento para extraer el ganglio linfático centinela durante una cirugía. El ganglio linfático centinela es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático de un tumor y es el primer ganglio linfático donde es posible que el cáncer se disemine desde el tumor. Se inyecta una sustancia radioactiva o un tinte azul cerca del tumor. La sustancia o el tinte fluyen a través de los conductos linfáticos hasta los ganglios linfáticos. Se extrae el primer ganglio que recibe la sustancia o el tinte. Un patólogo observa el tejido bajo un microscopio para verificar si hay células cancerosas. Cuando no se detectan células cancerosas, puede no ser necesario extraer más ganglios linfáticos. Después de la biopsia del ganglio linfático centinela, el cirujano extirpa el tumor (cirugía conservadora de la mama o mastectomía).

Dosis alta de quimioterapia con trasplante de células madre

La dosis alta dosis de quimioterapia con trasplante de células madre es una forma de administrar dosis de altas de quimioterapia y reemplazar las células

generadoras de sangre destruidas por el tratamiento del cáncer. Las células madre (células sanguíneas inmaduras) se extraen de la sangre o la médula ósea del mismo paciente o un donante, y se congelan y almacenan. Después de finalizar la quimioterapia, las células madre guardadas se descongelan y se reinyectan al paciente mediante una infusión.

Estas células madre reinyectadas crecen (y restauran) las células sanguíneas en el cuerpo. Algunos estudios han mostrado que con las dosis altas de quimioterapia seguidas de un trasplante de células madre no se obtienen mejores resultados que con la quimioterapia estándar en el tratamiento del cáncer de mama. Los médicos han decidido que, por ahora, las dosis altas de quimioterapia solo deben probarse en los ensayos clínicos. Antes de participar en un estudio de este tipo, las mujeres deben consultar con sus médicos sobre los efectos secundarios graves, incluso la muerte, que pueden causar las dosis altas de quimioterapia.

Anticuerpos monoclonales como terapia adyuvante

La terapia con anticuerpos monoclonales es un tratamiento para el cáncer que usa anticuerpos producidos en el laboratorio a partir de un tipo único de células del sistema inmunitario. Estos anticuerpos pueden identificar sustancias en las células cancerosas o sustancias normales del cuerpo que pueden ayudar a crecer las células cancerosas.

Los anticuerpos se adhieren a las sustancias y destruyen las células cancerosas, impiden su crecimiento o previenen que se diseminen. Los anticuerpos monoclonales se administran por infusión. Pueden usarse solos o para llevar medicamentos, toxinas o material radiactivo directamente hasta las células cancerosas. Los anticuerpos monoclonales también se pueden usar en combinación con la quimioterapia como terapia adyuvante. El trastuzumab (Herceptina) es un anticuerpo monoclonal que bloquea los efectos del factor de crecimiento de la proteína HER2, la cual transmite señales de crecimiento a las células cancerosas de la mama. Cerca de un cuarto de los pacientes con cáncer

de mama tienen tumores que pueden ser tratados con trastuzuma combinado con quimioterapia.

Inhibidores de la tirosina cinasa como terapia adyuvante

Los inhibidores de la tirosina cinasa son medicamentos de terapia dirigida que bloquean las señales que los tumores necesitan para crecer. Se pueden usar inhibidores de la tirosina cinasa combinados con otros medicamentos como terapia adyuvante. El lapatinib es un inhibidor de la tirosina cinasa que bloquea los efectos de la proteína HER2 y otras proteínas del interior de las células tumorales. Se puede usar para tratar a las pacientes con cáncer de mama positivo al HER2 que ha empeorado después del tratamiento con trastuzumab. Los pacientes deberían pensar en participar en un ensayo clínico.

Para algunos pacientes, quizás la mejor elección de tratamiento sea participar en un ensayo clínico. Los ensayos clínicos forman parte del proceso de investigación del cáncer. Los ensayos clínicos se llevan a cabo para determinar si los tratamientos nuevos para el cáncer son seguros y eficaces, o mejores que el tratamiento estándar. Muchos de los tratamientos estándar actuales se basan en ensayos clínicos anteriores.

Los pacientes que participan en un ensayo clínico pueden recibir el tratamiento estándar o estar entre los primeros en recibir el tratamiento nuevo. Los pacientes que participan en los ensayos clínicos también ayudan a mejorar la forma en que se tratará el cáncer en el futuro. Aunque los ensayos clínicos no conduzcan a tratamientos nuevos eficaces, a menudo responden a preguntas importantes y ayudan a avanzar en la investigación. Los pacientes pueden entrar a formar parte de los ensayos clínicos antes, durante o después de comenzar su tratamiento para el cáncer.

Algunos ensayos clínicos sólo incluyen a pacientes que todavía no recibieron tratamiento. Otros ensayos prueban los tratamientos para los pacientes cuyo cáncer no ha mejorado. También hay ensayos clínicos que prueban nuevas maneras de impedir que el cáncer recurra (vuelva) o de reducir los efectos secundarios del tratamiento del cáncer.

Los ensayos clínicos tienen lugar en muchas partes del país. Consultar la sección sobre Opciones de Tratamiento para encontrar enlaces en inglés a los ensayos clínicos que se realizan actualmente. Estos se han recuperado de la base de datos de ensayos clínicos del NCI.

Pueden necesitarse pruebas de seguimiento. Algunas de las pruebas que se usaron para diagnosticar el cáncer o para determinar el estadio del cáncer pueden repetirse. Algunas pruebas se repiten para asegurarse de que el tratamiento es eficaz. Las decisiones acerca de seguir, cambiar o suspender el tratamiento pueden basarse en los resultados de estas pruebas. Esto a veces se llama reestadificación.

Algunas de las pruebas seguirán repitiéndose esporádicamente después de terminar el tratamiento. Los resultados de estas pruebas pueden mostrar si su afección ha cambiado o si el cáncer ha recurrido (volvió). Estas pruebas a veces se llaman pruebas de seguimiento o exámenes médicos. Opciones de tratamiento para cáncer de seno (mama) recidivante El tratamiento del cáncer de mama recidivante (cáncer que volvió después de terminar el tratamiento) en la mama o la pared del pecho puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía (mastectomía radical o radical modificada), radioterapia o ambas.
- Quimioterapia sistémica o terapia hormonal.
- Participación en un ensayo clínico de trastuzumab (Herceptina) combinado con quimioterapia sistémica. Opciones de tratamiento para el cáncer del seno (mama) inflamatorio

El tratamiento del cáncer de mama inflamatorio puede incluir los siguientes procedimientos:

- Quimioterapia sistémica.
- Quimioterapia sistémica seguida de cirugía (cirugía conservadora de la mama o mastectomía total), con disección de ganglio linfático seguida por radioterapia. Puede administrarse terapia sistémica adicional (quimioterapia, terapiahormonal o ambas).

- Participación en ensayos clínicos que evalúan medicamentos nuevos contra el cáncer, combinaciones nuevas de medicamentos y formas nuevas de administrar tratamientos. **Reconstrucción mamaria** La reconstrucción mamaria te proporcionará una mejoría estética, una mejoría en tu imagen que, indudablemente repercutirá en tu estado de ánimo.

Pero a veces, no es fácil tomar la decisión de reconstruirse. Por eso queremos ofrecerte información sobre esta técnica y acompañarte en la decisión que tomes. Hay muchas mujeres que se han reconstruido la mama y otras muchas que no. La decisión de reconstruirse la mama debe ser siempre personal y, tiene que basarse en una buena información. La reconstrucción de la mama puede realizarse de forma inmediata tras la cirugía o pasado un tiempo, meses o años después.

La intervención debe realizarla un cirujano plástico que, gracias a las nuevas técnicas, podrá crear una mama similar en forma, tamaño y textura a la no operada. En la actualidad, existen muchas técnicas para reconstruir la mama. En esta sección queremos ayudarte a que conozcas un poco más las posibilidades de la reconstrucción de la mama y que consultes con un cirujano y con tu oncólogo para poder tomar una decisión sobre la mejor opción en tu caso. Si finalmente decides no hacerte la reconstrucción, las prótesis externas bien adaptadas con sujetadores adecuados, pueden ser una buena opción [80].

2.2.6. Manifestaciones del cáncer de mama

Las manifestaciones más frecuentes del cáncer de mama son los bultos, la secreción del pecho y las alteraciones cutáneas. Pero también existen dos formas especiales, poco frecuentes, de presentación del cáncer de mama: la enfermedad de Paget de la mama y el cáncer inflamatorio de mama [81].

2.2.6.1. Nódulo mamario

La presentación clínica más frecuente del cáncer de mama, en tres de cada cuatro ocasiones, es la presencia de un nódulo (bulto) mamario palpable que, por lo general, la misma paciente se descubre de forma casual al ducharse o al vestirse. Sin embargo, más del 75 % de los nódulos mamarios son benignos. Generalmente se trata de un nódulo único, duro, mal definido por palpación y no doloroso. Si se divide la mama en cuatro cuadrantes, tomando como centro el pezón, el cáncer suele localizarse con mayor frecuencia a nivel del cuadrante superior externo.

2.2.6.2. Secreción del pezón

Otra forma de presentación menos frecuente es la secreción del pezón, que de ser sanguinolenta resulta muy sospechosa de cáncer mamario. Raramente se presenta con dolor mamario, siendo indoloro en la gran mayoría de casos.

2.2.6.3. Alteraciones cutáneas

La presencia de alteraciones cutáneas, como retracción de la piel o del pezón o piel de naranja, se presentan de forma infrecuente y, si se palpa tumoración mamaria por debajo, generalmente indican que la enfermedad ya está muy avanzada. Por último, la presencia de un ganglio palpable en la axila suele deberse a otra causa, pero siempre hay que buscar una tumoración en la mama vecina.

La presencia de ulceraciones cutáneas por invasión de un tumor maligno subyacente hasta la piel es excepcional y significa que se ha llegado a estadios muy avanzados. Eso no debería de ocurrir en modo alguno, pues significa una falta de autocuidado sólo explicable por auto abandono o miedo de la interesada a que se le diagnostique una enfermedad maligna.

2.2.6.4. La enfermedad de Paget mamaria

Se presenta como una lesión eccematosa y erosionada, enrojecida y húmeda en el pezón y en la aréola, que puede parecer una lesión de la piel sin más importancia si no se conoce esta entidad. Significa la presencia de una infiltración de los conductillos galactóforos (los que transportan la leche) cerca del pezón por un cáncer maligno en estadios iniciales, e incluso es posible que se trate de

un cáncer in situ antes de ser invasor; de ahí la importancia del reconocimiento precoz de esta entidad.

2.2.6.5. El cáncer mamario inflamatorio

Es una entidad clínica infrecuente. Se presenta en forma de manchas rojizas que crecen rápidamente hasta juntarse y cubrir gran parte de la mama, junto a un aumento del tamaño de ésta, así como de su consistencia y su temperatura cutánea, todo ello de forma dolorosa. Son tumores que presentan un pronóstico peor al del resto de cánceres de mama. Por último, cada vez es más frecuente la detección de tumores malignos de la mama en estadios asintomáticos, incluso antes de ser palpables. Ello es posible gracias a la práctica de mamografías periódicas de rutina, ya sea desde los centros de salud o a través de campañas sanitarias. Obviamente, estos cánceres tienen un pronóstico muchísimo mejor que los que se detectan en estadios sintomáticos.

2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Actitudes:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.
- **Cáncer de Mama:** Es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario.
- **Conocimientos:** Conjunto de datos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia que permite la reflexión y objetivización de las percepciones y representaciones.
- **Educación sanitaria:** La educación sanitaria es brindar información a la población con la finalidad de que alcancen la salud por sus propios medios.

- **Educación sexual:** Es la información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo - social.
- **Género:** Construcción social de cómo se debe comportar la mujer y el hombre en determinada sociedad. Y en un futuro el o la homosexual. Femenino y Masculino.
- **Mujer:** Personas de sexo femenino, y en el aspecto reivindicativo a la igualdad de derechos.
- **Neoplasia:** Significa un crecimiento anormal de células.
- **Prácticas:** Son todas aquellas acciones y/o actividades que refieran realizar las mujeres sobre la prevención del cáncer de mama.
- **Prevención:** La prevención es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir o evitar un daño.
- **Puesto de Salud:** Son los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades así como también en los distritos barriales y municipales. Esto quiere decir que mientras en algunas regiones los puestos de salud son el único espacio disponible para recibir atenciones.
- **Quimioterapia:** Implica el uso de fármacos contra el cáncer que se inyectan en una vena o se administran por vía oral. Estos fármacos matan las células del cáncer pero también pueden dañar algunas de las células normales, lo cual puede causar efectos colaterales.
- **Tumor:** Es el crecimiento histico caracterizado por proliferación celular descontrolada y progresiva.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizó en el presente trabajo de tesis fue de tipo Cuasi-experimental, ya que consiste en una serie de mediciones periódicas que se hacen en las personas en estudio, antes y después que se ha introducido la variable experimental. La cual es definida: “Son aquellas situaciones sociales en que el investigador no puede presentar los valores de la Variable Independiente a voluntad ni puede crear los grupos experimentales por aleatorización pero sí puede, en cambio, introducir algo similar al diseño experimental en su programación de procedimientos para la recogida de datos” [83].

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación que se realizara en el presente trabajo de investigación científica será de corte transversal y prospectivo, ya que este tipo de diseño se caracteriza por que mide una sola vez a la muestra, no importa cuánto tiempo nos demoremos para ello o en qué tiempo lo hagamos, y además aquí se inician con la observación de ciertas causas probables y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias. La investigación prospectiva se inicia, por lo común, después de que la investigación retrospectiva ha producido evidencia importante respecto a determinadas relaciones causales [83].

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1.- Población

La población de estudio en el presente trabajo de investigación lo conformaron 273 mujeres de 18 – 64 años de edad, que se han atendido en el servicio de obstetricia del puesto de salud de Chonta durante el periodo de enero a mayo del 2016.

3.3.2.- Muestra

La muestra respecto a la población de estudio lo conformaron 160 mujeres de 18 – 64 años de edad, que se atenderán en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo del 2016, esta información se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2PQN}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

N: tamaño de la población.

Z: Grado de confianza que se establece.

E: Error absoluto precisión de la estimación de la proporción.

P: Proporción de unidades que poseen el atributo de interés.

Q: la diferencia aritmética de P respecto a la unidad.

Entonces reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(273)}{(0.05)^2(272) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 160 \text{ mujeres de 18 – 64 años.}$$

Agrupadas de la siguiente manera:

GRUPO DE ESTUDIO : 80mujeres de 18 – 64 años (Con consejería)

GRUPO DE COMPARACIÓN : 80mujeres de 18 – 64 años. (Sin consejería)

- **Criterios de Inclusión**

- ✓ Mujeres de 18 – 64 años atendidas en el servicio de obstetricia.
- ✓ Mujeres que desean participar en la investigación
- ✓ Mujeres que no tengan diagnostico de cáncer de mama
- ✓ Mujeres que participen en el programa de PAP - PPF

- **Criterios de Exclusión**

- ✓ Mujeres que no deseen participar en el estudio de investigación.
- ✓ Gestantes
- ✓ Mujeres que no se encuentren en el rango de edad de 18 -64 años

3.4. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

3.4.1. Variable Independiente

Consejería de cáncer de mama.

Definición Conceptual.-

Es el proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y las/os usuarios, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

3.2.2.- Variable Dependiente

Práctica del autoexamen.

Definición Conceptual.-

El autoexamen de las mamas es una sencilla exploración que todas las mujeres deberían realizar una vez al mes para poder detectar los signos precursores de un eventual cáncer de mama. El examen permite descubrir la presencia de nódulos en la mama y practicar una inspección visual completa.

Tabla N° I. Operacionalización de las Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Fuente de Verificación
Variable Independiente: Consejería de cáncer de mama	Conceptos	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentos • Causas 	Encuesta / Cuestionario/
Variable Dependiente: Práctica de autoexamen	Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento • Técnicas • Cumplimiento 	Encuesta / Cuestionario / pre test- pos test
	Autoexploración	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento • Técnicas • Cumplimiento 	

Fuente: Elaboración Propia

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas

Las técnicas que se utilizaron fueron la consejería (exposición) y demostración (autoexamen de mama) a las mujeres del Puesto de Salud de Chonta en la cual se utilizaron los cinco pasos de la consejería, donde se verificó si las mujeres realizaron el autoexamen de mama de forma correcta.

GRUPO DE ESTUDIO : Con consejería.

GRUPO DE COMPARACIÓN : Sin consejería

3.5.2. Instrumentos

La presente investigación es un estudio cuantitativo para el cual se aplicó una lista de cotejo que consta de 14 preguntas y 10 preguntas para pre test – post test.

3.6. PROCEDIMIENTOS

La recolección de información se realizó mediante la identificación del grupo caso y grupo control se realizó en el transcurso de la recolección de los datos, siendo considerados “casos incidentes”, es decir, se trabajó con la población de mujeres desde que comenzó la recolección de datos en la investigación hacia adelante (casos nuevos que no existían cuando se diseñó la investigación).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Tablas y gráficos

En la Tabla N° 1, se observan las características generales de las mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayodel 2016, el 55% de la población tiene edades entre 18 a 29 años, el 49% de las mujeres son atendidas son primigestas y el 63% de las mujeres tienen secundaria completa.

Tabla N° 1. Datos Generales

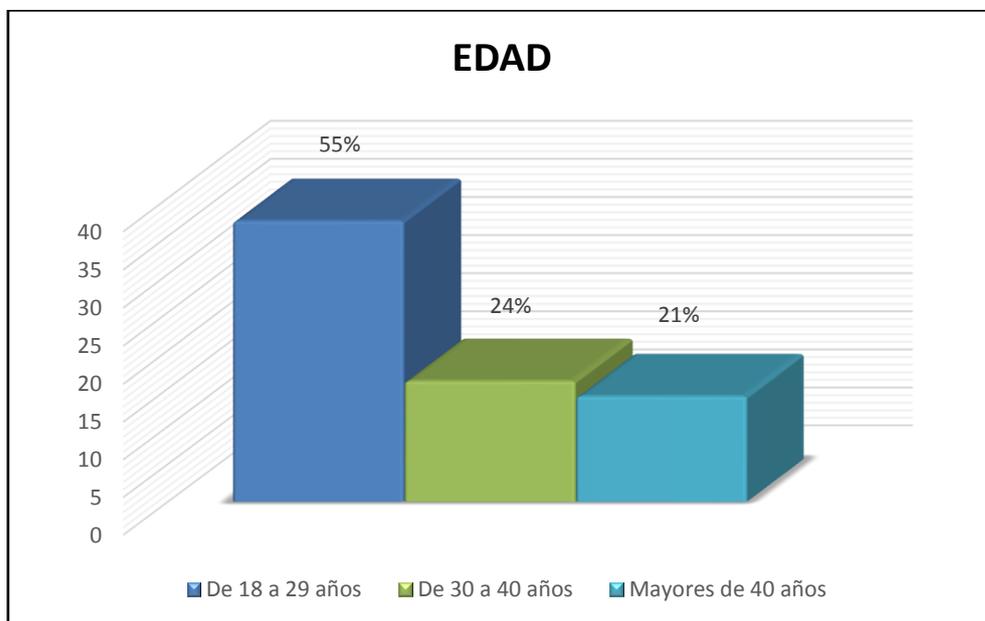
Características	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 18 a 29 años	89	55%

	De 30 a 40 años	38	24%
	De 40 a 64 años	33	21%
Paridad	Nuligesta	50	31%
	Primigesta	79	49%
	Multigesta	29	18%
	Gran Multigesta	2	1%
Grado de instrucción	Secundaria	100	63%
	Técnico	21	13%
	Superior	39	24%

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1a, respecto a la edad de las mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayodel 2016, el 55% tiene edades entre 18 a 29 años, el 24% tiene edades entre 30 a 40 años y un 21% tiene edades mayor a 40 años.

Gráfico N° 1a. Edad de mujeres atendidas en el puesto de salud de Chonta

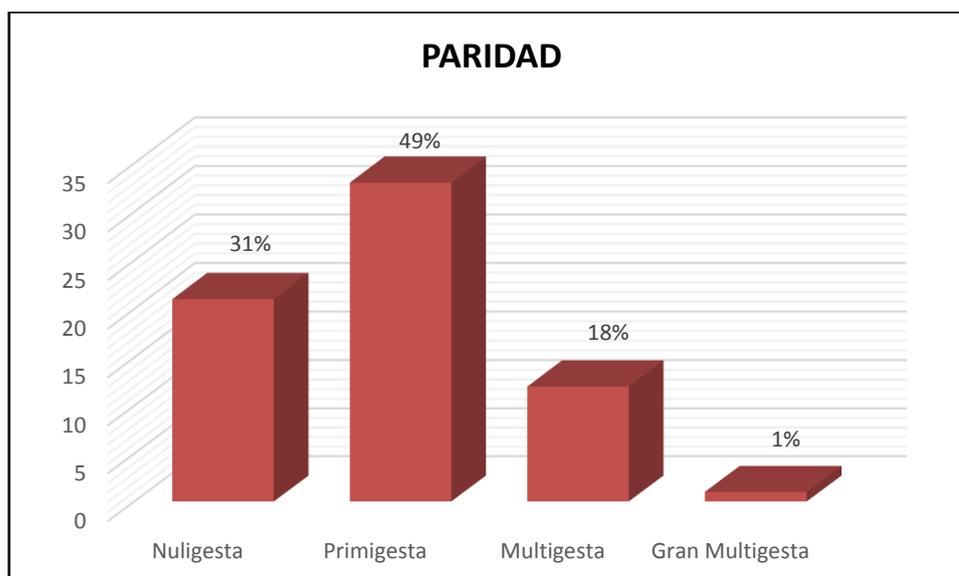


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1b, respecto a la paridad de las mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero

amayodel 2016, podemos observar de la población en estudio que el 31% de las mujeres son Nuligestas, el 49% de las mujeres son Primigestas, el 18% de las mujeres son Multigestas y el 1% de las mujeres son Gran Multigestas.

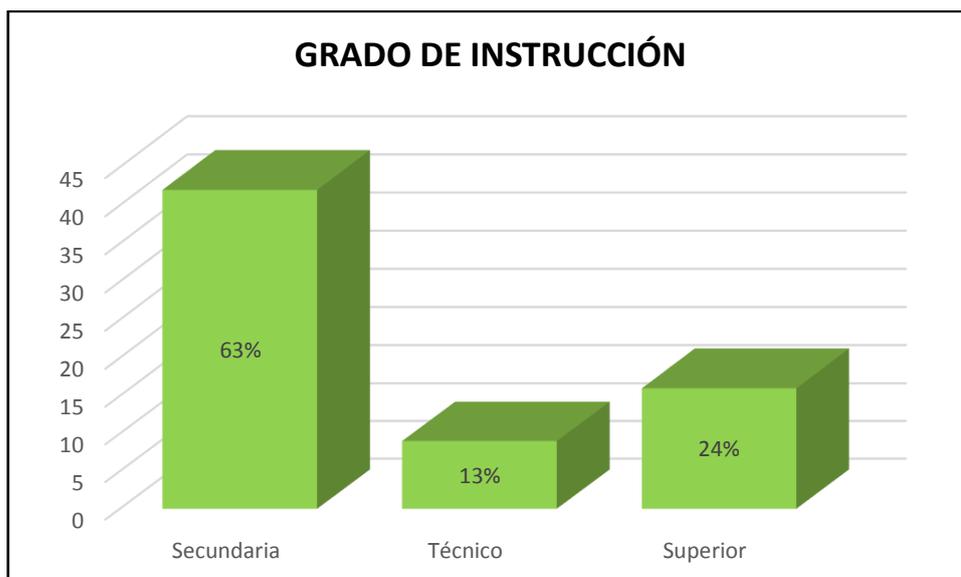
Gráfico N° 1b. Paridad de mujeres atendidas en el puesto de salud de Chonta



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1c, respecto al grado de instrucción de las mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayodel 2016, podemos observar de la población en estudio, el 63% tienen secundaria completa, el 13% estudios técnicos entre concluidos y por concluir, y son casados y el 24% tienen estudios superiores concluidos o por concluir.

Gráfico N° 1c. Grado de instrucción de mujeres atendidas en el P.S. de Chonta



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 2, muestra las respuestas de la población de estudio sobre la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayo 2016, a la pregunta: ¿Ha recibido antes consejería para cáncer de mama y/o autoexamen de mamas?, el 37% ha recibido consejería y/o autoexamen y un 63% no ha recibido esta información.

Tabla N° 2. ¿Ha recibido antes consejería para cáncer de mama?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	37%
No	100	63%
Total	160	100%

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 2, podemos observar del estudio sobre la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayo 2016, a la pregunta: ¿Ha recibido antes consejería para cáncer de mama y/o autoexamen de mamas?, la población respondió de la siguiente

manera: 63% no ha recibido este tipo de información y/o procedimientos frente a un 37% que si lo ha recibido ninguna de estas informaciones, ni en el puesto de salud ni en otra institución de salud.

Gráfica N° 2. Pregunta general N° 5



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 3, muestra las respuestas de la población de estudio sobre la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo 2016, a la pregunta: ¿Alguna vez uds examino sus mamas?, el 87% examina habitualmente sus mamas y el 13% no lo realiza habitualmente.

Tabla N° 3. ¿Alguna vez Uds. examino sus mamas?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	140	87%
No	20	13%
Total	160	100%

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 3, podemos observar del estudio sobre la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo 2016, a la pregunta: ¿Alguna vez ud. examinó sus mamas?, la población respondió de la siguiente manera: 87% ha revisado sus mamas frente a un 13% que no lo hace.

Gráfica N° 3. Pregunta general N° 6



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°4, muestra el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo 2016, se las diferencias de conocimiento Adecuado del 56.3% frente a un conocimiento Deficiente de un 43.8%, siendo estos valores el promedio ponderado de ambas categorías.

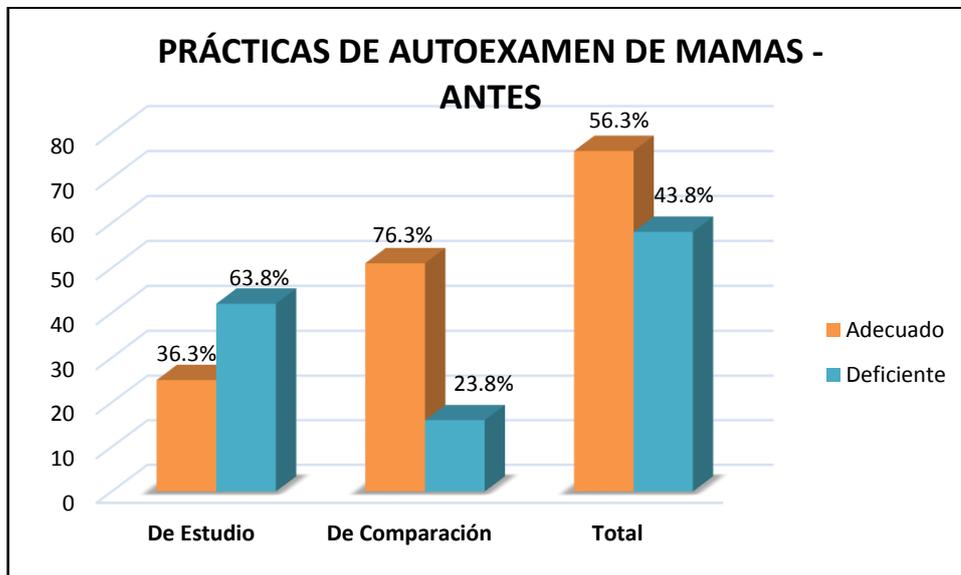
Tabla N° 4. Prácticas de autoexamen de mamas - Antes

Conocimiento	De Estudio		De Comparación		Total	
	n	Frecuencia	n	Frecuencia	N	Frecuencia
Adecuado	29	36.3%	61	76.2%	90	56.3%
Deficiente	51	63.8%	19	23.8%	70	43.8%

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 4, muestra el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayo 2016, se observa un cambio diferencial de un conocimiento adecuado del 36.3% de Estudio, 76.2% De Comparación y un 56.2% el promedio Total frente a un conocimiento deficiente de un 63.8% de Estudio, 23.8% De Comparación y un 43.8% el promedio Total.

Gráfica N° 4. Prácticas de autoexamen de mamas - Antes



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 5, muestra el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero amayo 2016, se

observa los cambios en el conocimiento Adecuado del 85.0% frente a un conocimiento Deficiente de un 15.0%, siendo estos valores el promedio ponderado de ambas categorías.

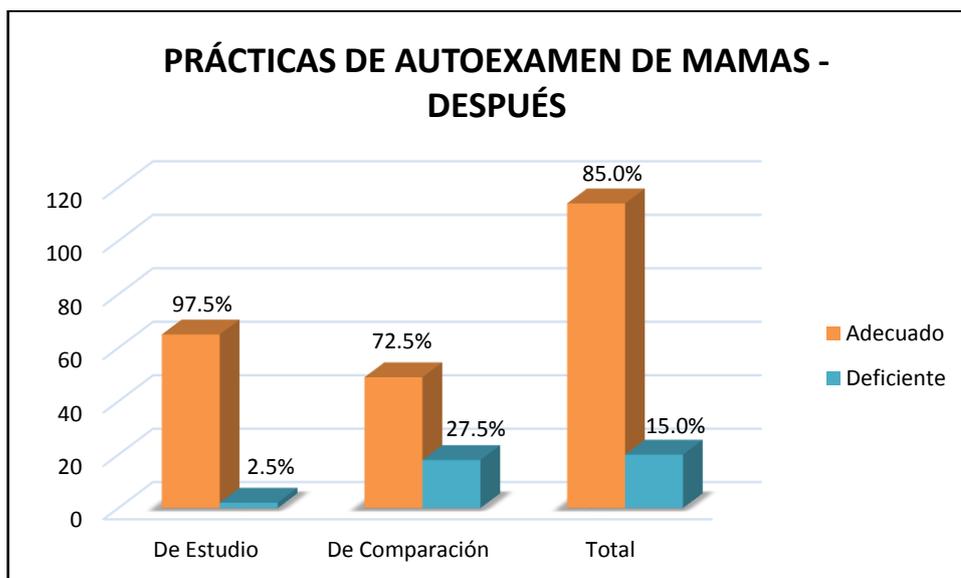
Tabla N° 5. Prácticas de autoexamen de mamas - Después

Conocimiento	De Estudio		De Comparación		Total	
	n	Frecuencia	n	Frecuencia	N	Frecuencia
Adecuado	78	97.5%	58	72.5%	136	85.0%
Deficiente	2	2.5%	22	27.5%	24	15.0%

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 5, muestra el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el puesto de salud de Chonta, durante los meses de enero a mayo 2016, se observa un cambio diferencial de un conocimiento adecuado del 97.5% de Estudio, 72.5% De Comparación y un 85.0% el promedio Total frente a un conocimiento deficiente de un 2.5% de Estudio, 27.5% De Comparación y un 15.0% el promedio Total.

Gráfica N° 5. Prácticas de autoexamen de mamas - Después



Fuente: Elaboración propia

CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Para la evaluación de las variables categóricas se empleará la prueba de Chi cuadrado el test de exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de cinco en tablas de contingencia de 2 x 2.

H₀: No existirá influencia significativa de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

H₁: Existirá influencia significativa de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

Establecer el nivel de significancia

El nivel de significancia establecido es de 0.05; cuyo valor paramétrico es $\chi^2_{t(k-1),(r-1)} gl. = 16.92$

Elección de prueba estadística

La prueba estadística se eligió el modelo Chi-cuadrado de Pearson, cuyo valor estadístico de datos de la muestra se compara con el valor paramétrico ubicado en la tabla Chi-cuadrado, para luego poder aceptar o rechazar la hipótesis nula.

Tabla N° 6. Contraste Hipótesis

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.091 ^a	14	.031
Razón de verosimilitud	18.002	14	.027
Asociación lineal por lineal	.611	1	.387
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.92

Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar, el valor paramétrico (16.92) es menor que el valor estadístico (18.091); con un nivel de significancia del 5%, podemos decir que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1), es decir “Existe influencia significativa de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016”.

4.2. DISCUSIÓN

La Tabla N°1, nos muestra características generales sociodemográficas de las mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta, donde el 55% tienen edades entre 18 a 29 años, el 49% son mujeres primigestas y el 63% tienen secundaria completa; siendo estos valores de mayor frecuente en la población de estudio. Estudios similares muestra Sánchez y Sánchez (2011) donde el fueron que el 26.6% tenían entre 26 y 30 años, el 32.02% presentaban el nivel de educación secundaria completa, el 60,1% tienen una relación estable (conviviente), un 41.87% profesa la religión católica y el 82.27% habitan en urbanización.

La Tabla N°2, nos muestra que el 37% de la población encuestada había recibido antes consejería para cáncer de mama y/o autoexamen de mamas y el 63% no había recibido antes consejería para cáncer de mama y/o autoexamen de mamas. Jara y Peña (2011) nos menciona que El 72.4% presenta nivel de conocimientos medio sobre los riesgos de contraer cáncer, seguido de un 20.7% con un buen nivel de conocimientos, mientras que sólo el 6.9% mostró bajo nivel de conocimientos. Acerca de las técnicas de detección de cáncer, el 77.4% presenta un nivel de conocimientos medio, seguido de un 12.9% con bajo nivel de conocimientos, y el 9.7% mostró un buen nivel de conocimientos. Sobre el autoexamen de mamas, el 61.3% presenta nivel de conocimientos medio, seguido de un 19.8% con buen nivel de conocimientos, mientras que el 18.9% mostró bajo nivel de conocimientos.

La tabla N°3, nos muestra la continuidad que presentan las mujeres respecto al examinarse las mamas, donde el 87% lo examina habitualmente y un 13% que no se realiza continuamente; frente a Bohórquez (2015) quien tuvo resultados similares donde en la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama se encontró que el 73% (569) de las mujeres conoce cómo se realiza el autoexamen, 77,8% (606) de las mujeres están totalmente de acuerdo con que es bueno realizarlo, 49% (382) nunca se lo ha realizado y solo 3 mujeres tiene una práctica adecuada..

La Tabla N°4 y la Tabla N°5 evidencian el antes y después de la intervención del nivel de prácticas de autoexamen de mamas al grupo que recibe consejería y al grupo que no recibe consejería. En la data antes de la aplicación de la consejería el grupo de estudio presenta un conocimientos de 36.3% adecuado y 63.8% deficiente; y, el grupo de comparación, 76.3% adecuado y 23.8% deficiente. Los datos después de la consejería muestran en el grupo de estudio un nivel adecuado de práctica en un 97.5% y deficiente 2.5%; y, en el grupo de comparación, 72.5% adecuado y 27.5% deficiente. Cáceda y Flores (2016) realizaron un estudio cuasi-experimental, observan que la frecuencia de mujeres que usualmente reciben consejería previa por parte del personal de salud fue de 42 %. El nivel de desconocimientos sobre el autoexamen de mamas, antes de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: bueno en un 13,6 %, regular en un 63,6 % y malo en un 22,7 %; y, en el grupo de comparación fue: 45,5 % bueno, 45,5 % regular y 9 % malo. El nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas después de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: 88,6 % bueno, 11,4 % regular y 0 % malo; y, en el grupo de comparación fue: 43,2 % bueno, 47,7 % regular y 9,1 % malo. El nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: 36,4 % adecuado y 63,6 % deficiente; y, en el grupo de comparación fue: 72,7 % adecuado y 27,3 % deficiente. El nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería en el grupo de estudio fue: 97,7 % adecuado y deficiente 2,3 %; y, en el de comparación fue: 70,5 % adecuado y 29,5 % deficiente.

Respecto al contraste de hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, podemos decir que “Existe influencia significativa de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016”.

Conclusión

- Existe influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y la práctica del autoexamen en mujeres de 18–64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.
- Existe influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y las prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.
- Existe influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y las prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas años en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.

Recomendación

- Realizar secciones teórico- práctico a las instituciones educativas con la finalidad de concientizar y sensibilizar a las mujeres a que realicen las prácticas preventivas para el cáncer de mama.
- Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población para la detección precoz de los cánceres que cuentan con estrategias de tamizaje.
- Establecer en forma permanente estrategias sanitarias que conduzcan a la educación sobre cáncer de mama y adecuado autoexamen en mujeres de 18 a 64 años.
- Desarrollar programas de capacitación con la participación del personal y especialistas en cáncer de mama que labora en el Puesto de Salud de Chonta con el objetivo de continuar brindando información sobre el cáncer de mama y sus prácticas preventivas.
- Evaluar periódicamente los indicadores de salud en cuanto a consejería de cáncer de mama con la finalidad de analizar el porcentaje de avance de las coberturas de las poblaciones asignadas a las unidades sanitarias y tomar las medidas pertinentes para la reducción de brechas.

Bibliografía

1. Gálvez M. Relación entre el conocimiento del autoexamen de mama y la prevención del cáncer de mama. Disponible en: URL: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=97942&id_seccion=3716&id_ejemplar=9569&id_revista=226
2. American Cancer Society. The history of cancer. 2002 Disponible en: URL: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/index?sitearea>.
3. Ornelas JM, Pérez LMA. Clasificación molecular del cáncer de mama: Relación con las características clínico-patológicas y el grado histológico en mujeres del noroeste de México. Cir. 2013;81(6):496- 507.
4. Márquez M, LaCruz JC, López F, Borges R. Sobrevida en pacientes con cáncer de mama triple negativo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(3):152-160.
5. Gálvez M. Repercusión social del modo y los estilos de vida en la prevención del cáncer de mama. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/pdf/T12.pdf.

6. Padrón J, Padrón L, Padrón L, Morejón AF, Benet M. Comportamiento del diagnóstico precoz del cáncer de mama y cérvico-uterino en el municipio Cienfuegos. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2013/fi132c.pdf>.
7. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet] España, [acceso 24 de diciembre 2016]. Cáncer por localización, cáncer de mama. Disponible en: <https://www.aecc.es/>
8. Mariscal Crespo, María Isabel. Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. [Tesis doctoral], Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante; 2006. Consultado el 21 de marzo de 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/13253>.
9. Recalde MT, Samudio M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. Mem. Inst. Investig. Cienc Salud [Internet]. 2012 Diciembre. [consultado 11 de diciembre de 2016]; 8(2): 13-29. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>
10. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008 Jan 23. [Consultado 25 de noviembre de 2016]; (1): CD005634. Doi: 10.1002/14651858.CD005634.pub2.
11. The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol 2013;14:1-52.
12. Organización mundial de la Salud. Control del Cáncer: aplicación de los conocimientos; Guía para desarrollar programas eficaces; módulo 6. Ginebra: OMS; 2007.

13. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la región de las Américas. OPS; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=.
14. Simon S, Bines J, Barrios C. Clinical characteristics and outcome of treatment of Brazilian women with breast cancer treated at public and private institutions—the AMAZONE project of the Brazilian breast cancer study group (GBECAM). San Antonio Breast Cancer Symposium; San Antonio, TX, USA; Dic 9–13, 2009. Abstr 3082.
15. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 1993–2004.
16. Mohar A, Bargallo E, Ramirez MT, Lara F, Beltran-Ortega A. Available resources for the treatment of breast cancer in Mexico. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (suppl 2): 263–9.
17. The World Bank. World Bank health nutrition and population statistics database. <http://data.worldbank.org/data-catalog/health-nutrition-andpopulation-statistics>. Banco Mundial; 2013.
18. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Génova: OMS; 2007.
19. Gori J. Cáncer de mama. La mujer debe informarse. *Rev Ginecol y Obstet*. 2009;8(3):48-67.
20. Ruiz Lorente R, Rubio Hernández MC, Hernández Durán D, Tamayo Lien TG. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011 [citado 15 noviembre 2016];37

21. Hernández Durán D, Díaz Mitjans O, Abreu Vázquez MR. Análisis de largo plazo del comportamiento de la cirugía conservadora del cáncer de mama. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;38(1):25-9.
22. Zacca Peña CE. Anuario Estadístico de Salud 2011. Edición Especial. La Habana: MINSAP; 2012.
23. Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Diciembre [consultado el 25 de noviembre de 2016]; 9(2): 09-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9553200300200002&lng=es
24. Ramos Fumero MY. Nivel de conocimiento sobre el auto examen de mama en un consultorio del policlínico de Baraguá [tesis]. Ciego de Ávila: Policlínico Baraguá; 2006.
25. García Cruz C, Sánchez Miss H. Prevalencia del autoexamen mamario en trabajadoras de la salud. Factores asociados a su correcta realización. Rev Ginecol y Obstet de México 2006;69(4):155-60.
26. Antón A. Guía Resumida: Para el Diagnóstico y Tratamiento para el Cáncer de Mama Metastásico. España: Madrid; 2015. pp. 15-20
27. Lindberg N, Stevens VJ, Smith KS, Glasgow S, Toobert D. A brief intervention designed to increase breast cancer self – screening. Am J Health Promot 2009; 23(5): 320 – 3.
28. Hernández Costales I, Acanda Díaz M, Rodríguez Torres C. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario [tesis]. San Luís, Pinar del Río: Policlínico Epifanio Rojas Gil; 2002.

29. Pérez Echevarria GA, Álvarez Cortés JT, Selva Capdesuñer A, Quilarte Selva OT, Pérez Echevarria AR. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. Rev MEDISAN 2011 [citado 21 noviembre 2016];15(6)
30. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008. Lyon: WHO/IARC; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
31. Medina LE, Rodríguez B. Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa 2004-2007. Arequipa: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur; 2011.
32. International Agency for Research on Cancer (IARC/WHO), International Association of cancer Registries. Cancer incidence in five continents, Vol. IX. IARC: Lyon; 2007.
33. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013, MINSA
34. Douglas L. Instituto Nacional del Cáncer EE.UU. *El cáncer*. [Acceso 20 junio del 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadísticas>
35. Bohórquez, C y Elles, L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena 2015. [Tesis] Cartagena: Universidad de Cartagena; 2015.
36. Calderón, R. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de Diciembre del 2011. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2012.

37. Maza, M. Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes de primer año de la escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil 2014. [Tesis] Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.
38. Cáceda, K. y Flores, B. Influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque en el año 2014. [Tesis] Trujillo: Universidad Privada Antenor Obrego; 2016.
39. Sáenz, A y Sánchez, A. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto – diciembre del 2010. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
40. Jara, A y 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. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
41. Montilla, R. E. y Medina, F. Pastoral Counseling with Latinos and Latinas. Minneapolis, MN: Fortress Press, 2005. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Consejer%C3%ADa_profesional
42. Montilla, R. E. y Vilera, A. C. Manual del Estudiante. Maestría en Consejería Profesional. Caracas, Venezuela: EPTC. 2007
43. Peña, G, Catoño y Santaella, Z: (2006) Una Introducción a la Psicología. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas – Venezuela.
44. Bandura A, Teoría del aprendizaje social'[en línea] [fecha de acceso 21 de octubre de 2016]; URL disponible [www.actrav.itcilo.org/courses/2008/A2-01019/ .. ./bandura.doc](http://www.actrav.itcilo.org/courses/2008/A2-01019/.../bandura.doc)

45. Nola Pender, teorías y modelos de enfermería. [en línea]Popayán, Febrero de 2005 [fecha de acceso 21 de octubre de 2016]; URL disponible <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
46. Teoría de Nola Pender: Promoción de la salud [fecha de acceso 21 de noviembre de 2016]; URL disponible: <http://es.scribd.com/doc/97201403/Teoriade-Nola-Pender> .
47. Rosental, "Teoría del Conocimiento" disponible en: www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones
48. Bertrand, Russel. "El conocimiento humano". 5° ed. Editorial Touros S.A. España, 1998.
49. Alavi y Leidner. Review of Knowledge Management Systems.2001
50. Minakata, Alberto. Gestión del conocimiento. En revista de Educación Sinectica, México 2009.
51. Kim Luz, Aguirre Sanin, Romieu L. Manual de muestreo poblacional: aplicaciones en salud ambiental. México, DF: ECO, 1997:25.
52. Smith Se, Pyreh T, Ornelas H. El concepto de investigación- acción con participación comunitaria en pro de la salud. Foro Mundial de Salud, 199; 4:320-5.
53. Obstetrics and Gynecology URL disponible en: <http://www.wiac40.socioscreativos.com/>
54. Wikipedia Enciclopedia Libre. URL disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>

55. Meza Signori Paola URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/historia-obstetricia/historiaobstetricia.shtml>
56. Marx k. "Teoría y Praxis". Parte I disponible en: <http://teoriaypraxissociologica.wordpress.com/tag/marx/parte2>
57. Marx k. "Teoría y Praxis" Parte II disponible en: <http://teoriaypraxissociologica.wordpress.com/tag/marx/parte2>
58. American Cancer Society Información sobre el cáncer y la prevención disponible en: <http://www.cancer.org/Español/pagina1>
59. American Cancer Society Información sobre el cáncer y la prevención disponible en: <http://www.cancer.org/Español/pagina2>
60. OMS: Manual de Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad SIDA/ETS. México D.F. Editorial CONASIDA. Modulo A: pp2. Modulo B: pp18-149.
61. Orem, D. Nursing: Concepts of practice. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2001.
62. Prieto M. Epidemiología del cáncer de mama en Chile. Rev Med Clin Condes 2011; 22(4): 428 – 35.
63. Gauthier B, Martine P. Cáncer de mama: Basada en la Guía de Práctica Clínica de la Esmo. Lima; 2011. Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancerde-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
64. Lewis S, Gómez- Dántes H, Sánchez- Vallejo P, Norton C, Nek R, Knaul F. El cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Desafíos para su prevención y control. México: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2008.

65. LORUSSO C. Cáncer de mama Medicina Familiar y Practica ambulatoria 2da ed. Buenos Aires- Argentina: Panamericana 2006; p. 1994-2001. (48)
66. LORUSSO C. Cáncer de mama Medicina Familiar y Practica ambulatoria 3da ed. Buenos Aires- Argentina: Panamericana 2012; p. 1943-1998.
67. Kirby I. blond, copeland M. La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Editorial Médica Panamericana. 3° Ed. Buenos Aires, 2007.
68. Otto Shirley. Enfermería oncológica. Ed. Harcourt Brace 3° ed. Espafia, 1999. Pág. 95.
69. Devita vt, jr., hellman s, rosenberg. Cáncer: Principies & Practice of Oncology. 2004 7th Ed
70. American cáncer Society Información sobre el cáncer y la prevención disponible en: <http://www.cancer.org/Español>
71. Romond Eh, Perez Ea, Bryant J, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2- positive breast cancer. N Engl J Med 2005; 353:1673- 1684.
72. Blanco, H. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB. Bogotá- Colombia, 2005.
73. Blanco, H. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB. Bogotá- Colombia, 2005.
74. IARC. *Breast cancer screening*, IARC handbooks for cancer prevention, volume 7, Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARCpress., 2002

75. IARC. *World cancer report 2008*. Lyon, International Agency for Research on Cancer., 2008
76. Lacey JV Jr. et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*, 9, 84., 2009
77. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, 411, 390–5. 2001
78. Danaei G et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366, 1784–93. 2005
79. Zapardiel I. Estudio inmunofluorométrico de la expresión del gen Bax en cáncer de mama [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2008.
80. Raysy, S. P. Autoexamen de mama: UN importante instrumento de prevención del cancer de mama en atencion primaria de salud. La Habana, Cuba. 20. 2009
81. Ruiz, J. M. Generalidades, epidemiologia factores de Riesgo del cáncer de mama. Obtenido de www.cirugest.com/revixiones.html, 2002
82. Simgsek. S. Benign tumors of the breast: Fibroadenoms. Estambul: Pub Med. 2009
83. Sampieri, R. H. Metodologia de la investigacion. Mexico DF: Mac Graw Hill., 2003
84. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S. Informe mundial sobre el cáncer. Lima; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

85. Ramos Y, Marimón E, Crespo C, Junco B, Valiente W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas 2015; 19(4): 619 – 29.
86. Sánchez V. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. [Acceso 12 de octubre del 2016]. Disponible en: www.inei.gob.pe/web/Endes.
87. Facey M. Autoexamen de seno, Medical en la red. [Rev. october/2011]. [Acceso 18 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.facey.com/education/fastfacts/Spanish/Autoexamen%20de%20sens.pdf>.
88. López G. Instituto Salvadoreño De Bienestar Magisterial. Programa Especial De Salud, “Guía De Manejo De La Enfermedad Oncológica”. Lima; 2013 [Acceso 19 de octubre del 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/Cesar/Downloads/GUIA%20DE%20MANEJO%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20ONCOLOGICA%2004102013.pdf>
89. Rodríguez N. Guía de Cáncer de Mama. EEUU; 2011. Disponible en: <http://www.grupogamma.com/wpcontent/uploads/2012/09/Gu%C3%ADa-del-c%C3%A1ncer-de-mamacancernet.pdf>
90. Del Carmen J, Yagui M. Ministerio de Salud del Perú: Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Lima: MINSa. 2013.
91. Sánchez V. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. [Acceso 1 de julio del 2016]. Disponible en: www.inei.gob.pe/web/Endes/

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE CÁNCER DE MAMA EN LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN EN MUJERES DE 18– 64 AÑOS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DE CHONTA, DE ENERO A MAYO DEL 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cómo influye la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016?</p> <p>Problema Secundario</p> <p>1) ¿Cuál es el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto</p>	<p>Objetivo Principal</p> <p>Determinar la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1) Identificar el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto</p>	<p>Hipótesis Principal</p> <p>Existirá influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.</p> <p>Hipótesis secundarias</p> <p>1) Existirá influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y las prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Consejería de cáncer de mama.</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto X₁ 	<p>X_{1.1}. Fundamentos</p> <p>X_{1.2}. Causas</p>	<p>Población :</p> <p>273 mujeres de 18– 64 años.</p> <p>Muestra:</p> <p>160 mujeres de 18– 64 años.</p> <p>Tipo de Investigación:</p> <p>Cuasi-experimental</p> <p>Método de investigación: Prospectivo</p>

<p>de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016?</p> <p>2) ¿Cuál es el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18– 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016?</p>	<p>de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.</p> <p>2) Identificar el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.</p>	<p>sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.</p> <p>2) Existirá influencia significativa entre la consejería sobre cáncer de mama y las prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería sobre el cáncer de mama en mujeres de 18 – 64 años atendidas años en el Puesto de Salud de Chonta de enero a mayo del 2016.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Práctica de autoexamen.</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • AutocuidadoY₁ • AutoexploraciónY₂ 	<p>Y_{1.1}. Procedimientos</p> <p>Y_{1.2}. Técnicas</p> <p>Y_{1.3}. Cumplimiento</p> <p>Y_{2.1}. Procedimientos</p> <p>Y_{2.2}. Técnicas</p> <p>Y_{2.3}. Cumplimiento</p>	<p>Diseño de Investigación:</p> <p>tipo transversal</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Para medir las variables encuesta</p> <p>pre test – pos test de 10 ítems</p>
---	--	--	--	---	---

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ENCUESTA PARA MEDIR LA INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE
CÁNCER DE MAMA EN LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN**

Presentación: Señora, buen día, soy Bachiller en Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Huacho, y me encuentro realizando un Proyecto de Investigación referente a **“Influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres de 18 – 64 años atendidas en el puesto de salud de Chonta, de enero a mayo del 2016”**

Indicaciones

- Este cuestionario es anónimo. Por favor responde con sinceridad.
- Lee detenidamente cada ítem y marcar con (X) si tiene dudas preguntar al investigador.

Datos Generales

1. Edad: De 18 a 29 ()
De 30 a 40 () De 40 a 64 años ()
2. Paridad: Nuligesta () Primigesta ()
Multigesta () Gran Multigesta ()
3. Ocupación :
4. Grado de Instrucción :
5. ¿Ha recibido antes consejería para cáncer de mama y/o autoexamen de mamas?
- a) Si ()
- b) No ()

6. ¿Alguna vez Ud. examino sus mamas?

a) Si ()

b) No ()

Ítems	PRE TEST – POST TEST	SI	NO
1	Se coloca frente al espejo y levanta los brazos sobre la cabeza.		
2	Inspecciona ambas mama (forma, tamaño, simetría y posición del pezón).		
3	Busca anormalidades en ambas mamas (si hay cambios en la textura y color de piel).		
4	Lleva las manos a las caderas para ver si hay simetría entre sus mamas.		
5	Se inclina ligeramente hacia el espejo y empuja los hombros y los codos hacia adelante (identifica masas o hundimientos).		
6	Examina la axila derecha con la yema de los dedos de la mano izquierda (buscando masas, hundimientos) y examina la mama derecha utilizando la yema de los dedos de la mano izquierda.		
7	Presiona la mama derecha suavemente con la yema de los dedos de la mano izquierda dando movimientos circulares.		
8	Realiza movimientos de afuera hacia dentro con la yema de los dedos de la mano izquierda.		
9	Presiona suavemente el pezón con la yema de los dedos para identificar secreciones.		
10	Realiza el mismo procedimiento con la mama izquierda.		

Ítems	FICHA DE EVALUACIÓN – PASOS DE LA CONSEJERÍA	SI	NO
1	Saluda Cordialmente		
2	Se presenta (Dice su nombre y apellidos)		
3	Establece relación cordial con la usuaria		
4	Identifica necesidades de la usuaria		
5	Responde a las necesidades de la usuaria		
6	Verifica la comprensión de la usuaria		
7	Mantiene la relación cordial		
8	Habla Claro y fuerte		
9	Evita el uso de muletillas		
10	Utiliza palabras de fácil comprensión		