



UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS
EN MUJERES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA",
CHACHAPOYAS 2013.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Br. Enf. ROCIO DEL CARMEN REYES DÍAZ

ASESORA:

Mg. Enf. ZOILA ROXANA PINEDA CASTILLO

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2014



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS
EN MUJERES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL REGIONAL “VIRGEN DE FÁTIMA”,
CHACHAPOYAS 2013.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA : BR. ENF. ROCIO DEL CARMEN REYES DÍAZ

ASESORA : MG. ENF. ZOILA ROXANA PINEDA CASTILLO.

CHACHAPOYAS – AMAZONAS – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A mis padres por su ejemplo de superación y su valioso apoyo en todo momento.

A mi esposo por su optimismo, paciencia y comprensión, por la fuerza que me brinda y que me impulsa a seguir adelante.

A mis hijos, por el valor humano y su amor a pesar que muchas veces no pude estar a su lado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la dicha de la salud y el bienestar espiritual.

A mis padres, por su apoyo, esfuerzo y amor durante mi formación universitaria y personal.

A mi familia en especial a mi esposo y a mis queridos hijos, quienes a pesar de todo siempre están conmigo apoyándome y brindándome su amor incondicional.

A mi asesora, por brindarme su sabiduría y guía

Al personal que labora la estrategia sanitaria preventiva de cáncer del Hospital Regional “Virgen de Fátima”-Chachapoyas por brindarme su apoyo en la realización de ésta investigación.

A las mujeres que participaron en el presente estudio.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph.D. Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez

Rector

Dr. José Roberto Nervi Chacón

Vicerector Académico

Dr. Ever Salomé Lázaro Bazán

Vicerector Administrativo

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

Decana (e) de la Facultad de Enfermería


VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Zoila Roxana Pineda Castillo con DNI N° 18197672, domiciliada en el Jr. Santo Domingo N° 722, Magister en enfermería con CEP N° 31830, actual docente asociada a tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, declaro dar **EL VISTO BUENO** del informe de tesis titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS EN MUJERES QUE ACUDEN POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA-CHACHAPOYAS. 2013”**, de la Bach. Enf. Rocío del Carmen Reyes Díaz.

POR LO TANTO:

Para mayor constancia y validez firmo la presente.

Chachapoyas, 25 de Abril del 2014

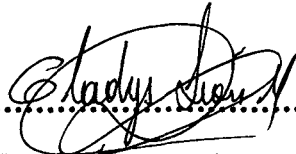


Mg. Enf Zoila Roxana Pineda Castillo

DNI N° 18197672

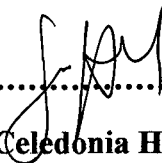
JURADO CALIFICADOR DE TESIS

(Resolución Decanatural N°051-2013-UNTRM-VRAC/F.E.)



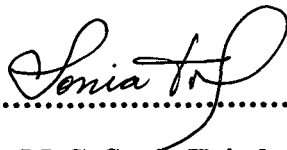
.....
Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

Presidenta



.....
Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

Secretaria



.....
MsC. Sonia Tejada Muñoz

Vocal

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
HOJA DE JURADO	iv
VISTO BUENO DE LA ASESORA	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	04
III. MATERIAL Y MÉTODO	16
3.1. Tipo y diseño de la investigación	16
3.2. Población y muestra	16
3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.4. Análisis de datos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	25
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES	33
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
IX. ANEXOS	39

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
TABLA N° 01. Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas de las mujeres encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.	20
TABLA N° 02. Nivel de conocimiento conceptual de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas -2013	21
TABLA N° 03. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013	22
TABLA N° 04. Nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas –2013	23
TABLA N° 05. Nivel de conocimiento sobre la técnica de autoexamen de mamas de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01. Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas de las mujeres encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.	20
GRÁFICO N° 02. Nivel de conocimiento conceptual de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas -2013	21
GRÁFICO N° 03. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013	22
GRÁFICO N° 04. Nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas –2013	23
GRÁFICO N° 05. Nivel de conocimiento sobre la técnica de autoexamen de mamas de las encuestadas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013	24

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
ANEXO N° 01. Operacionalización de variable.	40
ANEXO .N° 02. Evaluación de la validez del instrumento.	42
ANEXO N° 03. Evaluación de la confiabilidad del instrumento según alfa de crombach.	45
ANEXO N° 04 Edad de las mujeres encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional “Virgen de Fátima. Chachapoyas. 2013.	49
ANEXO N° 05. Estado civil de las mujeres encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas. 2013.	50
ANEXO N° 06. Grado de instrucción de las mujeres encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas. 2013.	51
ANEXO N° 07. Número de hijos que tienen las mujeres encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas. 2013.	52
ANEXO N° 08. Instrumento de recolección de datos. “Formulario Cuestionario de nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas”.	53

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general: determinar el nivel de conocimiento de las mujeres que acuden a Consulta Externa del Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas 2013. El tipo de investigación fue descriptivo simple de corte transversal prospectivo. El universo muestral estuvo conformado por 135 mujeres. Se utilizó como método la encuesta, técnica el cuestionario y para el instrumento “Formulario cuestionario sobre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas” elaborado por la investigadora, cuya validez estadística, se realizó mediante el juicio de expertos obteniendo un valor de 1,64 y una confiabilidad de 0,820 indicando fuerte confiabilidad. Los resultados obtenidos fueron: del 100% (135) de mujeres encuestadas el 50,4 % (68) tienen nivel de conocimiento alto sobre autoexamen de mamas, el 44,4 % (60) tienen conocimiento medio y 5,2 % (7) conocimiento bajo; en relación a las dimensiones: nivel de conocimiento conceptual, el 77,8% (105) presentó un nivel de conocimiento alto; en relación a los factores de riesgo el 42,2% (57) tuvo un nivel de conocimiento alto y medio; con respecto a la frecuencia el 51,1 % presentó un nivel de conocimiento medio; y con respecto a la técnica de autoexamen de mamas el 45,9% (62) presentó nivel de conocimiento alto. Por lo que se concluye que las mujeres que acuden por consulta externa al Hospital Regional “Virgen de Fátima” presentan nivel de conocimiento alto sobre autoexamen de mamas.

PALABRAS CLAVES: Autoexamen de mamas, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

The following research Project aimed to: determine the knowledge level in women that go to consult extern from the Regional hospital “Virgen of Fatima”, Chachapoyas 2013. This research was simple descriptive and transversal. The group sample was formed by 135 women. The survey, the questionnaire technique and the instrument “the questionnaire formulary” about mama self-exam which was made by the researcher were used to collect the data, whose statistical validity was realized through the judge experts getting a value 1.64, and reliability of 0.820 showing a strong reliability. The results were: 100% (135) of surveyed women, 50.4% (68) had a high knowledge level about mammary self-exam, 44.4% (60) had a medium knowledge level and 5.2% (7) a low knowledge level; in relation to the dimension: the level of conceptual knowledge: 77.8% (105) presented a high knowledge level; in relation to the risk factors the 42,2% (57) put emphasis on the high and medium knowledge; with respect to the frequency we put emphasis on the medium knowledge in 51.1% and with respect to the mammary self-exam technique the 45.9% (62) presented a high level knowledge. For that reason, we conclude that the women go to the consult extern in the “Virgen of Fatima” Hospital present a high level knowledge about mammary self-exam.

Key words: mammary self-exam, knowledge level.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y en los países en desarrollo figura entre las tres principales causas de muerte que afecta a personas de todas las edades y condiciones. Casi siete millones de personas mueren cada año por esta causa, se pueden evitar muchas de estas muertes si se adoptan y ponen en práctica medidas apropiadas destinadas a prevenir, detectar precozmente y curar la enfermedad. Teniendo este objetivo, la OMS lo ha incluido en su programa de trabajo asignándole la importancia que merece. Con el apoyo de los estados miembros y de otros colaboradores, se está elaborando una estrategia mundial de lucha contra el cáncer para que los conocimientos disponibles se traduzcan, sin demora en una acción eficaz que permitirá salvar millones de vidas y reducir sufrimientos innecesarios. (Organización Mundial de la Salud, 2005).

A pesar de la errónea y común idea de que es un problema predominante de países desarrollados, la mayoría de muertes por cáncer de mama ocurren en países de ingresos bajos, es por eso que la Organización Mundial de Salud recomienda que la prevención primaria y secundaria son fundamentales en la lucha contra las enfermedades neoplásicas, siendo la educación en salud a la población un pilar importante para tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médicas periódicas para un diagnóstico precoz (Boyle, 2008).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo con tasas de mortalidad más altas en los países de bajos recursos. A pesar de los considerables adelantos científicos para su tratamiento, la mayor parte del mundo afronta carencias de recursos que limitan la capacidad para mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. 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 (OPS, 2006).

Los tres métodos de vigilancia más eficaces para el diagnóstico temprano del cáncer de mama: autoexamen, examen clínico y mamografía han demostrado claramente su eficacia, al disminuir la mortalidad hasta en un 30%, en varios países. Esto en razón a que la historia natural del cáncer de seno permite que esta pueda ser reconocida tempranamente, lo que ha valorizado enormemente las campañas de detección temprana como herramientas básicas en la disminución de la mortalidad por éste mal (INEN, 2010).

El cáncer en el Perú es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento. Según cifras oficiales se registran 3500 casos de cáncer de mama, lo que representa el 70% de los cánceres ginecológicos. Es uno de los más frecuentes en la mujer pero también es la neoplasia más curable, su incidencia es alrededor de 24 por cien mil mujeres a nivel de Lima metropolitana. De acuerdo con la tasa de incidencia en Lima y Callao, las cinco neoplasias más frecuentes en las mujeres son: mama (32,57), cuello uterino (23,96), estómago (17,57), piel no melanoma (10,47) y los tumores que afectan a la tráquea, bronquios y pulmón (8,76), al día mueren 14 pacientes por cáncer, de los cuales 1 es por cáncer de mama. La falta de una cultura de prevención y la carencia de establecimientos especializados en muchas zonas alejadas del país contribuyen con ésta situación. El cáncer femenino es prevenible, pero lamentablemente se diagnostica cuando la enfermedad está avanzada y hay pocas probabilidades de curación (INEN, 2010).

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2011), en el Departamento de Amazonas, la tasa de incidencia de Cáncer de Mama es de 8,2%, siendo este un departamento considerado como uno de los de extrema pobreza, en donde la población rural no tiene acceso a los servicios de salud. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el Distrito de Chachapoyas, la tasa de analfabetismo es del 1,1 % en varones y de 3,7 % en mujeres, lo que significa que por cada 100 habitantes hay 5 analfabetos, así mismo el 86% tiene solo instrucción primaria y un porcentaje menor 37,56 logran terminar su secundaria, por lo que hace que las mujeres por su bajo nivel educativo no comprendan la importancia del autoexamen de mamas y su desconocimiento sobre detección precoz de cáncer de

mama por lo que en los últimos años, los casos de éste cáncer se han ido incrementando por el escaso acceso a información debido a la mínima difusión y educación de medidas de prevención y detección precoz de cáncer de mama a la población femenina por parte del personal de salud involucrado en ésta área. Las usuarias que acuden al Hospital Regional Virgen de Fátima en Chachapoyas no se encuentran familiarizadas con lo que es prevención secundaria en relación al cáncer de mama, en lo que está incluido el autoexamen de mamas, por lo se dice que la mayoría de ellas acuden a un establecimiento de salud en estadios avanzados de la enfermedad ya que para algunas mujeres, el miedo del descubrimiento del nódulo, la vergüenza de ser tocada por profesionales o por ella misma, se convierte el principal factor para la no realización del autoexamen de mamas De todos modos, diseminar acciones de detección y ampliar el acceso de la población a las acciones primarias de salud, representa una importante estrategia para tal realidad; teniendo en cuenta, que el tumor de mama en más del 80% de los casos es diagnosticado por las propias mujeres. (INEN, 2011).

La promoción a través de la educación para la salud y el fomento de estilos de vida saludables, inciden sobre los factores determinantes de la salud a la aparición de riesgos en la población a fin de evitar el incremento de enfermedades neoplásicas. Las únicas medidas preventivas contra el cáncer de mama, que cada año aumenta en el Perú, son la alimentación saludable, autoexploración de mamas, las ecografías y las mamografías oportunas.(INEN,2009).

En base a los resultados del presente trabajo, lo que se quiere es brindar la información recabada a la Facultad de Enfermería y en especial al Programa Preventivo de Cáncer del Hospital Regional Virgen de Fátima sobre el nivel de conocimiento que posee nuestra población femenina que acude a consulta externa a este nosocomio y sirva como base de datos estadísticos para que se enfoque las actividades de educación, promoción y prevención de cáncer de mama a través del autoexamen de mamas, es por eso que se realizó la presente investigación, teniendo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa al Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas. 2013, y cuyos objetivos específicos fueron identificar los conocimientos relacionados con aspectos conceptuales, factores de riesgo, frecuencia y técnica del autoexamen de mamas que poseen este grupo de mujeres.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. CONOCIMIENTO.

2.1.1. Definición

Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. Como vemos existen múltiples definiciones de conocimiento, desde las clásicas y fundamentales como una creencia cierta y justificada, a otras más recientes y pragmáticas como una mezcla de experiencia, valores, información “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción (Segarra, 2007).

2.1.2 Elementos del conocimiento

Sujeto: El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que pende la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste (Segarra, 2007).

Objeto: Es aquello a lo que se dirige la conciencia de una manera cognoscitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan por el contrario como meramente pensados (Segarra, 2007).

Medio: Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios del conocimiento (Segarra, 2007).

2.1.3 Características del Conocimiento:

Para Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal
- Su utilización puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (Andreu y Sieber, 2000).

2.1.4. Niveles o grados de conocimiento sobre Autoexamen de mamas.

Es el grado de conocimiento preestablecido ya sea alto, medio o bajo que tengan las mujeres acerca del autoexamen de mamas, considerando:

Conocimiento alto: Las mujeres entrevistadas manifestaran conocimientos claros sobre lo que es el cáncer de mama, conocerán sobre sus factores de riesgo, identifican la frecuencia correcta de su realización y además conocen sobre la forma correcta de su técnica de realización.

Conocimiento medio: Las mujeres conocen pero no del todo sobre aspectos importantes del autoexamen de mamas tienen conocimientos

relativos sobre la importancia, frecuencia, factores de riesgo y técnica de realización.

Conocimiento bajo: Las mujeres entrevistadas tienen escaso conocimiento, no relacionan en forma correcta conceptos generales, desconocen la importancia, relacionan incorrectamente los factores de riesgo, frecuencia y técnica de realización de éste examen.

2.2. CÁNCER DE MAMA.

2.2.1. Definición.

El cáncer de mama es una enfermedad en que se desarrollan células malignas en los tejidos de la mama. La glándula mamaria se compone de lóbulos y lobulillos conectados mediante conductos, y esta enfermedad afecta a una, o ambas, de las estructuras mencionadas. Estadísticas en países donde el cáncer de mama se detecta principalmente por mamografías de escrutinio indican que del 15 al 30% de las neoplasias malignas de mama corresponden a carcinomas in situ, y el resto a carcinomas infiltrantes (Cotran, 1999).

Aproximadamente el 80% de los carcinomas son ductales, y el resto lobulillares. Los carcinomas ductales infiltrantes pueden ser de tipo tubular/cribiforme, coloides, medulares o papilares. Una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100-300 días (Kopans, 1999).

Una neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. Esta simple estimación sugiere la utilidad de la detección temprana, con métodos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro (Cotran, 1999).

El cáncer puede ser causado por agentes que dañan los genes involucrados en el control de la proliferación celular (proto-oncogenes), los cuales actúan en conjunto con agentes que no dañan los genes pero que potencian selectivamente el crecimiento de las células

tumorales. El cáncer aparece cuando una sola célula acumula varias mutaciones, generalmente durante varios años, escapando de los procesos de control de la proliferación y muerte (Herrera, 2000).

2.2.2. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer.

Según los factores de riesgo, estos pueden ser modificables o no modificables. Su evaluación permite orientar políticas encaminadas, no solo al diagnóstico temprano y al tratamiento eficaz; sino también de una manera prioritaria, a la prevención, para no solamente planificar, sino también valorar las estrategias y programas implantados, en aras de cumplir con este objetivo.

Dentro de los principales factores de riesgo para contraer el cáncer de mama se tiene:

a). Existencia de cáncer de mama en la familia: Un conjunto de estudios de la década del 60 en familias que presentaron cáncer de mama, permitieron establecer que en las hijas de mujeres con cáncer de mama, las posibilidades de contraer dicho cáncer serían dos o tres veces mayores que las de la población general.

El riesgo era todavía mayor si el cáncer de mama materno era premenopáusico y bilateral. Algunos autores sostienen que en caso de comprobarse esta situación, cáncer mamario materno premenopáusico y bilateral, se deben tomar medidas especiales de prevención para las hijas (examen mamario seriado, proscripción de anticonceptivos orales, proscripción de estrógenos). Se ha llegado a pensar que en las familias de alto riesgo existiría un gen autosómico dominante, que explicaría la susceptibilidad del cáncer de mama (INEN, 2009).

b). Nutrición y niveles socioeconómicos: Las diferencias dietéticas entre Asia y los países occidentales han sido involucradas para explicar las diferencias en las tasas de cáncer de mama. Parecería que las dietas altamente calóricas coinciden con un aumento en

la incidencia del cáncer de mama. La dieta posiblemente afecta la síntesis hormonal y particularmente el metabolismo de los estrógenos. La asociación de las tasas de cáncer de mama con el consumo total de grasas y proteínas animales, que coinciden generalmente con un aumento de la masa corporal (peso y altura), ha sido mostrada en muchos estudios. Los depósitos grasos corporales actuarían como reservorios de carcinógenos liposolubles, que oportunamente se liberarían en la sangre para llegar por esta vía al epitelio de los ductos mamarios (Rodríguez, 2010).

c). Fecundidad y lactancia: Clásicamente se admitía que el riesgo de contraer un cáncer de mama, se encontraba en relación inversa con la paridad. Recientemente esta relación fue estudiada en siete áreas del mundo y se observó que cuanto más joven es la mujer al tener su primer hijo, el riesgo relativo es menor y que el riesgo aumenta a medida que aumenta la edad en la primera paridad. El riesgo de la nulípara equivaldría al de una mujer con su primera paridad a los 30 años. Si la primera paridad está por debajo de esta edad, el riesgo disminuye, y si está por encima el riesgo aumenta. De estos estudios se desprende que el efecto protector está vinculado al nacimiento del primer hijo.

La hipótesis de que la lactancia disminuye el riesgo de cáncer de mama tiene más de 50 años, varios estudios realizados en las últimas décadas muestran pequeñas o ninguna diferencia entre las mujeres que amamantan y aquellas que no lo hacen. Por tanto el efecto protector de la lactancia es pequeño o no existe. Sin embargo, hace unos años se ha publicado la situación que ocurre entre las mujeres Tanka en Hong Kong. Estas mujeres acostumbran a amamantar a sus hijos sólo con la mama derecha y el cáncer de mama ocurre entre ellas desproporcionadamente en la mama izquierda (Rodríguez, 2010).

d). Ciclo menstrual

- **Edad de la menarquía:** El riesgo de cáncer de mama aumentaría cuando la menarquía es muy temprana o precoz.
- **Edad de la menopausia natural:** El peso de la evidencia sugiere que las mujeres con una menopausia tardía tienen aumentado el riesgo de cáncer de mama. Se estima que la mujer que tiene su menopausia alrededor de los 55 años tiene el doble de riesgo que aquella que tiene su menopausia alrededor de los 45 años.
- **Caracteres del ciclo:** Algunos investigadores han observado el predominio de ciclos irregulares entre las mujeres que presentan cáncer de mama. Otros investigadores no han podido confirmar esta observación.
- **Duración de la actividad menstrual:** Varios estudios caso control demuestran la mayor frecuencia del cáncer de mama entre las mujeres que tienen un mayor número de años de actividad menstrual (Rodríguez, 2010).

e). Enfermedades previas de la mama: Existe una extensa literatura en la cual se pone de manifiesto una relación entre el cáncer de mama y las mastopatías crónicas. En ese sentido las mujeres que presentan mastopatías crónicas tendrían cuatro veces más cáncer de mama que las mujeres normales. Se tiende a pensar que el acrecentamiento del riesgo estaría limitado a mujeres con lesiones proliferativas epiteliales, del tipo de la hiperplasia atípica lobulillar. La mastopatía sería una afección pre maligna que, o predispone al cambio neoplásico, o es de por sí una manifestación temprana del cambio maligno. Otros autores piensan que tanto la enfermedad benigna como la maligna, estarían regidas por el mismo patrón hormonal (INEN, 2009).

f).- Edad: Es el factor de riesgo comúnmente hallado en la inmensa mayoría de pacientes. Resulta excepcional por debajo de los 30, pero a partir de esa edad comienza una curva muy ligeramente ascendente al

principio, haciendo un pico más agudo a partir de los 50 años, se mantiene progresivamente hasta los 65 años donde hace una meseta y un posterior y lento descenso. El riesgo relativo de la edad se incrementa cuando se asocian otros factores en especial de tipo primario dentro de ellos los antecedentes familiares de cáncer de mama, nuliparidad, afecciones mamarias. Últimamente se ha visto un ligero incremento del cáncer mamario en edades entre 35 y 45 años, lo cual es motivo de investigación (Castell, 2003).

g). Factores hormonales. Las distintas hormonas femeninas, endógenas o exógenas, fueron estudiadas intentando precisar una posible acción etiológica. Sin embargo, no se ha podido confirmar una acción causal clara. Tampoco existe evidencia irrefutable de la acción de los anticonceptivos hormonales como causantes de la cancerización mamaria. Por otra parte se sabe que existe una respuesta de muchos cánceres de mama humanos a los estrógenos o a sus antagonistas (Rodríguez, 2010).

h). Radiaciones. Se admite la existencia de un aumento del riesgo para el cáncer de mama en las mujeres que fueron sometidas a repetidas radiografías del tórax por afecciones médicas, especialmente la tuberculosis.

Del mismo modo, las mujeres japonesas que estuvieron expuestas a la irradiación de las bombas atómicas desarrollaron más cánceres mamarios que las poblaciones no expuesta (Rodríguez, 2010).

2.3. AUTOEXAMEN DE MAMAS.

2.3.1. Definición: Es una técnica muy efectiva de exploración mamaria que consiste en detectar anormalidades en la anatomía de las mamas con el fin de revelar algún cambio que pueda resultar maligno (INEN, 2008).

2.3.2. Frecuencia del autoexamen de mamas.

Se deberá enseñar y recomendar la realización de este procedimiento a toda mujer después de la menarquia una vez al mes, luego de una

semana post menstruación. En mujeres en edad fértil hacerlo 6 días después de la menstruación y las post menopáusicas se lo deben realizar un día fijo al mes. Será función del personal de salud enseñar a las usuarias que acudan a los establecimientos de salud, la técnica correcta del auto examen de las mamas, de igual modo la difusión de esta técnica en todas sus actividades (INEN, 2008).

2.3.3 Técnicas de autoexamen de mamas

Las técnicas de auto examen deben ser las siguientes:

Inspección de las mamas ante el espejo

Debe realizarse una observación cuidadosa de las mamas frente al espejo permitiendo la visualización simultanea de ambas mamas, inicialmente con los brazos relajados a lo largo del tórax y posteriormente levantados por encima de los hombros, la inspección debe ser cuidadosa, tanto de frente como de perfil, esto permitirá identificar algunos signos de la piel que cubre las mamas como el tamaño, desviación de la dirección del pezón, inflamación o endurecimiento y ulceraciones.

Palpación

Debe realizarla acostada de boca arriba sobre una superficie firme y colocándose una almohada sobre los hombros; esto permite que la glándula mamaria se extiendan y aplanan sobre la pared torácica facilitando el examen.

Luego se dividen ambas mamas en dos hemisferios mediante una línea imaginaria luego otra división imaginaria de forma vertical que pase por el pezón. Los hemisferios se dividen en interno (el más cercano a la otra mama) y externo (este se ubica cerca al brazo), se coloca el brazo debajo de la cabeza cuya mama será examinada por la mama contraria, iniciando la palpación con los dedos extendidos desplazándolo en forma de abanico desde el esternón hasta el pezón y en sentido contrario a las manecillas del reloj finalizando en el cuadrante externo inferior, en el caso de la areola y el pezón deben oprimirse suavemente entre dos dedos buscando la salida de alguna secreción.

Finalizando con los cuadrantes internos se traslada al hemisferio externo, se baja el brazo del lado examinando, se coloca a lo largo del tronco y se realiza la misma técnica de los cuadrantes, con líneas radiales pero ahora con el contamos externo en dirección hacia la areola y el pezón. Se debe tener cuidado al palpar el cuadrante externo superior el más cercano a la axila pues esta área con mayor frecuencia de tumores y presenta cierta dificultad por su espesor ya que hay grandes volúmenes de tejido mamario. Estos mismos procedimientos se llevan a cabo en la mama opuesta. Otra manera recomendable para efectuar la palpación mamaria es la práctica durante el baño diario, utilizando el jabón facilita la palpación y los movimientos rotatorios de mano sobre los senos, permitirán en muchas ocasiones describir tumores de pequeñas dimensiones (OPS, 2009).

2.4. TEORÍA DE ENFERMERÍA

2.4.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

Dorotea Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Orem, define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. Esto supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, considerando aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado, etc.) y hacer de la educación

para la salud la herramienta principal de trabajo (Marriner A, Raile M, 2003).

2.4.2. TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

La Teoría del Conocimiento es una doctrina filosófica, es una disciplina que se ocupa del conocimiento entendido como una relación entre sujeto y objeto. También se le denomina Epistemología; el materialismo filosófico la distingue de la gnoseología al girar ésta alrededor de la idea de verdad. Así pues, se asume a la Epistemología como una rama de la filosofía que trata de los problemas que rodean la teoría del conocimiento (Segarra, 2007).

La definición más sencilla apunta a la idea de que, el conocer consiste en obtener una información acerca de un objeto, conocer es conseguir un dato o una noticia sobre algo, el conocimiento es esa noticia o información acerca de ése objeto. El conocimiento es más que un conjunto de datos, es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada, a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o por medio de la introspección (Nonaka, 1998).

En todo conocimiento se distingue cuatro elementos:

1. El sujeto que conoce.
2. El objeto conocido.
3. La operación misma de conocer.
4. El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto.

El sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.

Niveles del Conocimiento.

Conocimiento Sensible: consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son

los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto (Segarra, 2007).

Conocimiento holístico (también llamado intuitivo). Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente.

Conocimiento Común es el que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especialmente diseñados.

Conocimiento Científico es un conocimiento que exige mayor rigor, que trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos.

El conocimiento científico es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema..

Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas.(Bunge. 1980).

Conocimiento empírico es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi

por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos (Nonaka,1998).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación fue de tipo exploratorio, descriptivo simple de corte transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo (Hernández, 2008).

El diagrama de éste tipo de estudio es el siguiente:



DONDE:

M = Mujeres de en edad fértil que acuden por consulta externa al HRVF-CH

O = Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas.

3.2. UNIVERSO MUESTRAL

El presente trabajo consideró el 100% de mujeres que acudieron por consulta externa a los programas de planificación familiar y Ginecología del Hospital Regional “Virgen de Fátima” durante el mes de Setiembre 2013, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, constituyendo un número de 135 mujeres.

Criterio de inclusión:

- Mujeres en edad fértil que deseen participar en la encuesta en forma voluntaria.

Criterio de exclusión:

- Mujeres que tengan diagnóstico de cáncer de mama y que estén recibiendo tratamiento.

3.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Método: Para la variable en estudio se hizo uso del método de la encuesta (Hernandez, 2008).

3.3.2. Técnica: Se utilizó la técnica del cuestionario (Canales, 2005).

3.3.3. Instrumento de recolección de datos:

Se utilizó el formulario de cuestionario para determinar el nivel de conocimientos de autoexamen de mamas” elaborado por la autora para fines de investigación, consta de 20 ítems divididas en 05 ítems por cada dimensión y se categorizó de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento sobre concepto de autoexamen de mamas
 - 0 - 3 = conocimiento bajo
 - 4 - 7 = conocimiento medio
 - 8 - 10 = conocimiento alto

- Nivel de conocimiento sobre grupos y factores de riesgo:
 - 0 - 3 = conocimiento bajo
 - 4 - 7 = conocimiento medio
 - 8 - 10 = conocimiento alto

- Nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas.
 - 0 - 3 = conocimiento bajo
 - 4 - 7 = conocimiento medio
 - 8 - 10 = conocimiento alto

- Nivel de conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas
 - 0 - 3 = conocimiento bajo
 - 4 - 7 = conocimiento medio
 - 8 - 10 = conocimiento alto

Y por último se categorizó en forma general de acuerdo al siguiente puntaje

- 0 - 13 = conocimiento bajo
- 14 - 27 = conocimiento medio
- 28 - 40 = conocimiento alto

Validez y confiabilidad.

El instrumento “Formulario de cuestionario para determinar el nivel de conocimientos de autoexamen de mamas”, fue sometido a la validez, a través del juicio de 5 expertos (Anexo N° 03), aplicando la prueba binomial, en donde se realizó una comparación del valor calculado (8.88) con el valor teórico (1.6449) y en base a la regla de decisión, se aceptó la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística, por lo tanto con este resultado el instrumento es válido y significativo.

De la misma forma el coeficiente de alfa de Crombach para la confiabilidad (Anexo N° 04), en donde se obtuvo un resultado de 0.820 y al contrastarlo con los valores de criterio de confiabilidad se estableció que, con estos resultados el instrumento de recolección de datos obtuvo fuerte confiabilidad.

3.3.4. Procedimiento de recolección de datos

En cuanto a procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

Primero: Se seleccionó el instrumento de medición para identificar el nivel de conocimiento sobre el Autoexamen de Mamas, a través de un cuestionario.

Segundo: Se solicitó autorización al director del Hospital Regional Virgen de Fátima con la finalidad de que nos brinde las facilidades para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Tercero: Se encuestó a las mujeres en edad fértil que esperaban consulta en los programas de PP.FF y Ginecología en el Hospital Regional Virgen de Fátima.

Cuarto: Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de los datos obtenidos para su respectivo análisis estadístico.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en primer lugar de manera individual utilizando técnicas estadísticas descriptivas y Software SPSS versión 20.

Para la presentación de los datos, se realizó con distribución de frecuencias mostradas en tablas y gráficos de barra.

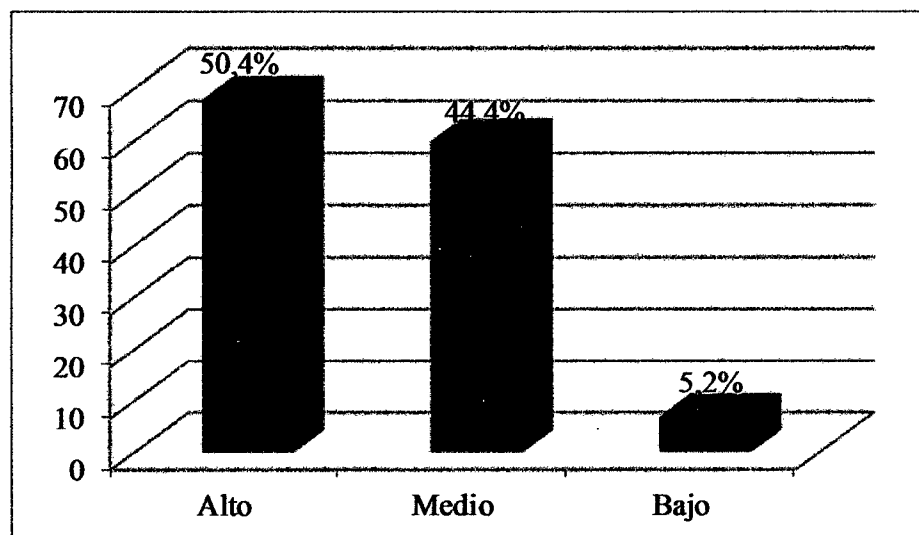
IV. RESULTADOS

Tabla N° 01: Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	68	50,4
Medio	60	44,4
Bajo	7	5,2
Total	135	100

Fuente: Formulario Cuestionario “test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”.

Gráfico N° 01: Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.



Fuente: Tabla N°01

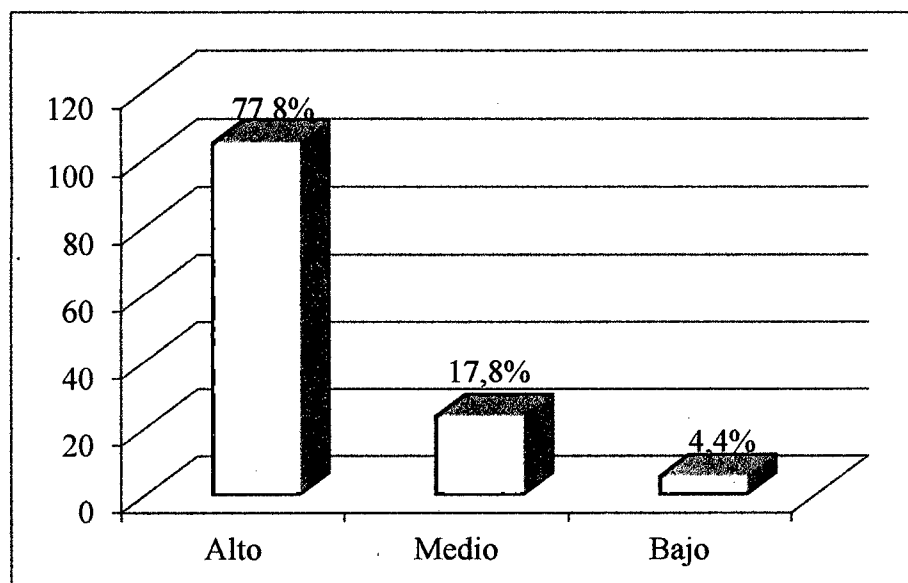
Interpretación: En la tabla/gráfico N° 01 se puede observar que del 100% (135) de mujeres encuestadas, el 50,4 % (68) tienen un nivel de conocimiento alto sobre autoexamen de mamas, el 44,4 % (60) tiene un conocimiento medio y un 5,2 % (7) tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 02: Nivel de conocimiento conceptual sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	105	77,8
Medio	24	17,8
Bajo	6	4,4
Total	135	100

Fuente: Formulario Cuestionario “test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”

Gráfico N°02: Nivel de conocimiento conceptual sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas -2013.



Fuente: Tabla N° 02

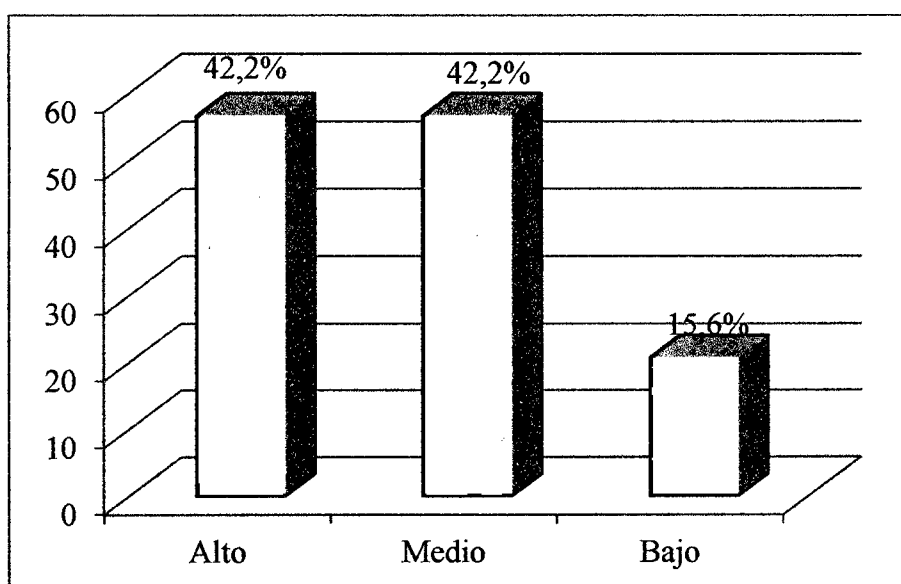
Interpretación: En la tabla/gráfico N° 02 se puede observar que del 100% (135) de mujeres encuestadas, el 77,8% (105) poseen un nivel de conocimiento alto en el aspecto conceptual, el 17,8% (24), tiene un nivel de conocimiento medio y un 4,4 % (6) tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 03: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	57	42,2
Medio	57	42,2
Bajo	21	15,6
Total	135	100

Fuente: Formulario Cuestionario "test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas

Gráfico N°03: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2013.



Fuente: Tabla N° 03

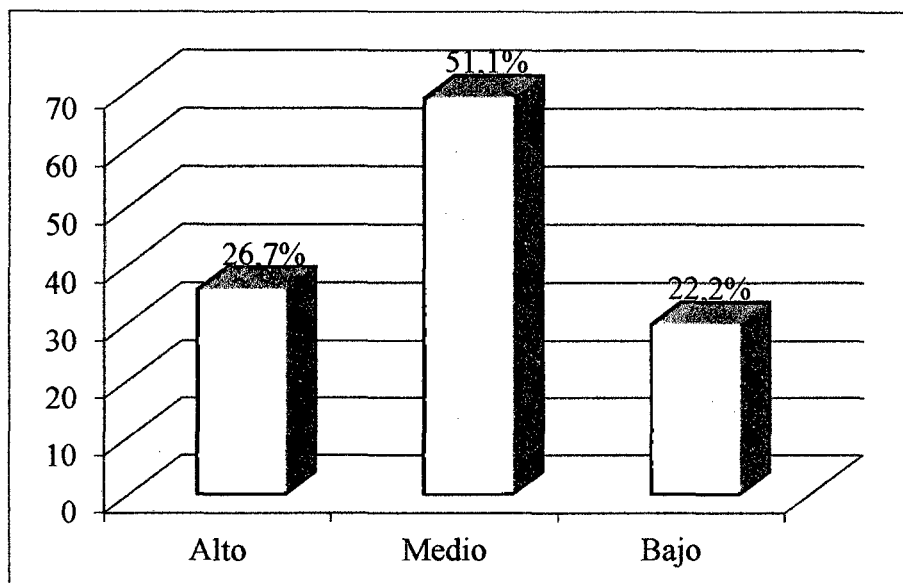
Interpretación: En la tabla/gráfico N° 03 se puede observar que del 100%(135) de mujeres encuestadas; el 42.2% (57) tienen un conocimiento alto sobre factores de riesgo; el 42,2%(57), tiene un conocimiento medio y el 15,6 % (21) tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 04: Nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas en mujeres que acuden en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas –2013.

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	36	26,7
Medio	69	51,1
Bajo	30	22,2
Total	135	100

Fuente: Formulario Cuestionario “test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”

Gráfico N°04: Nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas en mujeres que acuden en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.



Fuente: Tabla N° 04

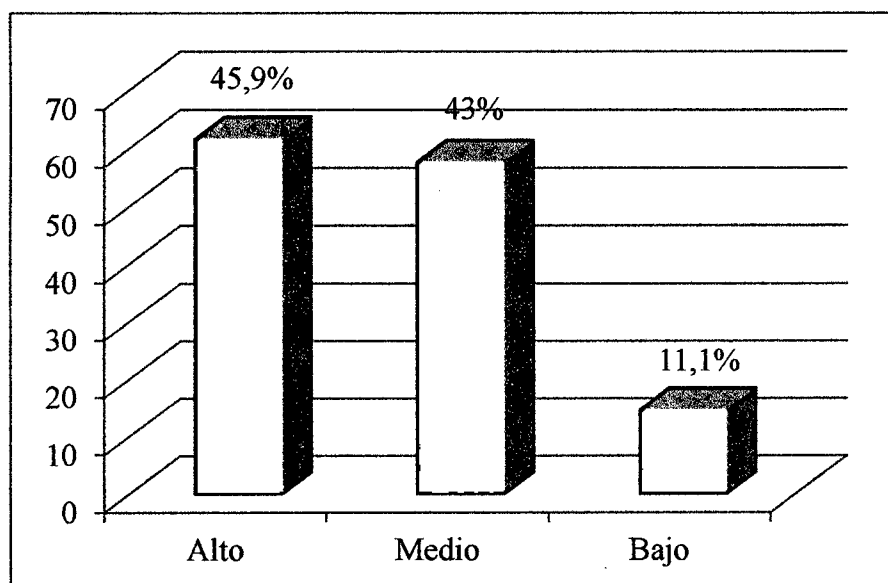
Interpretación: En la tabla/gráfico N° 04 se puede observar que del 100%(135) de mujeres encuestadas; el 51,1% (69) tienen un conocimiento medio sobre la frecuencia con la que debe realizarse el autoexamen de mamas; el 26,7%(36), tiene un conocimiento alto y el 22,2 % (30) tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 05: Nivel de conocimiento sobre la técnica de autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas –2013.

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	62	45,9
Medio	58	43,0
Bajo	15	11,1
Total	135	100

Fuente: Cuestionario “test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”.

Gráfico N° 05: Nivel de conocimiento sobre la técnica de autoexamen de Mamas de en mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.



Fuente: Tabla N° 05

Interpretación: En la tabla/gráfico N° 05 se puede observar que del 100%(135) de mujeres encuestadas el 45,9% (62) tienen un conocimiento alto sobre la técnica con la que debe realizarse el autoexamen de mamas; el 43,0%(53) tiene un conocimiento medio y un 1,1 % (15) tiene un conocimiento bajo

V. DISCUSIÓN

En la tabla N° 01 en relación al nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas de las mujeres encuestadas se observa que el 50,4% (68) tienen un conocimiento alto, el 44,4% (60) tienen un conocimiento medio y el 5,2% (7) tienen un conocimiento bajo

Según el grado de instrucción la gran mayoría de mujeres encuestadas tienen secundaria completa en un porcentaje de 29,6 % (40) seguida por aquellas que cuentan con estudios superiores concluidos (Anexo N° 06).; dentro del grupo etáreo, predominan las mujeres de 20-24 años con un porcentaje 25,2% (34), seguidas del grupo de 25- 29 años con el 19,3% (26) (Anexo N° 04), en relación al estado civil un alto porcentaje de mujeres son solteras en un 37,8%(51), un 34,8%(47) casadas y un porcentaje significativo convivientes, (Anexo N° 05). Con respecto al número de hijos se muestra que la mayoría de ellas es madre de 1 a 2 hijos alcanzando el 55,6% (75) y en 22,2% (30) tienen entre 3 a más hijos de igual porcentaje lo constituye las mujeres que aún no son madres (Anexo N° 07),

Así mismo Rivera y Román, (2009) en su estudio “Conocimientos sobre autoexamen de mamas en mujeres de un consultorio del Municipio Playa”, realizado en Cuba, encontró que la edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 45 años, y que la mayoría contaba con un grado de instrucción predominantemente universitario (32%), concluyendo que tenían buen conocimiento sobre el autoexamen de mamas, la televisión constituyó la fuente de información sobre ésta práctica, la mayoría de féminas se realizaban el autoexamen, aunque la minoría lo hacía con una frecuencia mensual evidenciando similitud con el estudio realizado.

Al respecto Sáenz. y Sánchez .(2011), en su estudio “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” , sus principales resultados fueron que el 26,6% tenían entre 26 y 30 años, el 32, 02% presentaba el nivel de educación secundaria completa, además el 89,16% afirma que es un examen necesario ; el 81,28% afirma que ésta técnica sirve para detectar algo anormal . Un. 95,57% afirma que el personal 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 encuentra concordancia con los resultados de la presente investigación en donde se observa que la población que acude a atenderse en el Hospital regional Virgen de Fátima generalmente son féminas adultas jóvenes, con un grado de instrucción entre secundaria y superior que muestran conocimientos de aspectos generales del cáncer de mama, lo cual lo relacionan con la aparición de tumores o nódulos en la mama, afirman conocer o haber escuchado a través de medios de comunicación o de una atención de salud sobre el autoexamen de mamas y su relación con la prevención.

Si tomamos en cuenta a Nonaka (1998) quien refiere que el conocimiento es más que un conjunto de datos, es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada, a través de la experiencia o del aprendizaje, y así mismo a Dorotea Orem en su teoría, quien afirma que el individuo contribuye a su autocuidado a través de la puesta en práctica de acciones encaminadas a regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su salud, su vida y su propio bienestar las cuales son aprendidas a través del conocimiento y orientadas a mejorar su salud además de los resultados obtenidos concluiremos que las mujeres con un nivel de escolaridad igual o superior a la enseñanza media tiene mayor oportunidad de acceso y comprensión de programas de educación en salud, es decir a mayor escolaridad son más aptas a comprender las necesidades de prácticas que conducen a la prevención de la salud y por lo tanto acceden más a menudo a los programas preventivos en donde reciben información; sin embargo es importante resaltar que un porcentaje significativo el 44,4%(60) poseen un conocimiento medio es decir muchas han adquirido conocimiento sobre el autoexamen de mamas en forma general con conceptos básicos, que muchas veces no se encaminan al objetivo real de la práctica del autoexamen, consideran a esta práctica como parte de la consulta médica, no toman en cuenta que debe ser realizado por ellas mismas con el objetivo de detectar a tiempo algunas alteraciones en sus mamas y constituirse como un medio de prevención y detección precoz.

Pero por otro lado cabe la necesidad de que el personal de salud responsables de áreas preventivas de cáncer, presenten mayor representatividad, compromiso y dedicación en relación al autoexamen de mamas y que ésta estrategia recién implementada en este hospital se dirija a actividades preventivas promocionales

enfocadas a la difusión y enseñanza de la práctica del autoexamen de mamas aprovechando la afluencia continúa de mujeres que acuden a consultorios externos para recibir atención, brindando la educación necesaria y personalizada sobre dicho examen y que a futuro sean las mismas mujeres quienes tomen conciencia de su cuerpo se familiaricen con él, sean ellas quienes detecten alguna anormalidad en sus mamas, acudan a recibir despistaje y por ende un tratamiento oportuno disminuyendo la morbimortalidad por cáncer de mama que en la actualidad está cobrando muchas víctimas en la población femenina a nivel nacional y mundial.

En la tabla N° 02, referente al nivel de conocimiento conceptual se evidencia que el 77,8% (104) de las mujeres que acuden por consulta externa tienen un conocimiento alto, seguida por el 17,8% (24) que tienen un conocimiento medio y el 4.4% (6) tiene un conocimiento bajo.

Cierta coincidencia se encuentra en el estudio realizado por Margarita Shenken y Silvia Espinoza; (2000), titulado “Actitud y conducta de autoexamen de mama entre las profesionales de salud en Hospital de Chile” donde encontró que un alto porcentaje conoce del AEM (autoexamen de mama), la mayoría estaban familiarizados con aspectos del cáncer de mama, son conscientes de los beneficios del autoexamen de mamas, no ponen obstáculo para la realización de ésta práctica a pesar de eso sólo un bajo porcentaje lo realiza mensualmente.

Por otro lado el estudio de la presente investigación obtuvo similitudes con los estudios anteriores ya que las mujeres que acuden por consulta externa al Hospital regional Virgen de Fátima conocen o han escuchado hablar alguna vez sobre lo que es el autoexamen de mamas ya sea por los medios de comunicación masivos, o por haber acudido a una consulta en los servicios de salud en donde los profesionales les brindaron información de este método para la prevención de cáncer de mama, pero muchas veces ésta no es lo suficientemente clara y lo que obtienen son conceptos superficiales sobre ésta práctica es decir no se enfatiza aspectos fundamentales sobre su definición, beneficios, aspectos a evaluar, frecuencia y más que todo en los pasos para un correcto autoexamen.

Según el Plan Estratégico 2006 -2016 “Coalición multisectorial del Perú contra el Cáncer” tiene como visión un Perú libre de cáncer avanzado, con cultura y educación en salud y con acceso a servicios de calidad para el control del cáncer, teniendo dos

ejes estratégicos importantes como son: la promoción de la salud y prevención del cáncer, así como también la Información y Comunicación en cáncer a la población.

Por tanto se requiere que las acciones preventivas relacionadas al cáncer de mamas sea un trabajo multidisciplinario , que enfoquen al autoexamen de mamas como un medio de prevención precoz, que sean continuas con materiales y recursos propios de nuestra realidad y que las mujeres cuenten con un espacio protegido , respetando su intimidad donde profesionales capacitados brinden la enseñanza adecuada y personalizada sobre este medio de prevención y a futura se consolide como una práctica habitual en las mujeres de la localidad de Chachapoyas ya que muchas veces solo se enfocan a brindar conocimientos en forma general y no realizan el paso a paso de esta práctica ,se sabe que por medio de la práctica continua perdura más el conocimiento, programa preventivo de cáncer, realice un trabajo multidisciplinario coordinado y planificado que unifique criterios de actuación en medida de prevención en todas las áreas de atención de salud, para que la población que utilice los servicios de salud reciba una información adecuada sobre la prevención secundaria especialmente sobre la importancia del autoexamen de mamas.

En la Tabla N° 03 respecto al nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo se observa que el 42.2% (57) tienen un conocimiento alto en igual porcentaje poseen un nivel de conocimiento medio y un 15.6% (21) tiene conocimiento bajo.

Al realizar la revisión bibliográfica se encuentra que Acevedo S (2010), en su estudio “Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM” realizado en Lima-Perú encontró que un 86% de alumnos reconocen al antecedente directo de cáncer de mama como uno de los principales factores de riesgo, seguido por el uso prolongado de hormonas durante la pre y posmenopausia con un 68%, el 67% de ellos reconoce a la edad mayor de 40 años como factor de riesgo, seguido por la Obesidad con un 54%, teniendo así como factores menos conocidos a la nuliparidad con un 32%, la menopausia tardía con un 29% y el alcoholismo con un 23%.

Como primer lineamiento de política que rige en el país es “la promoción de la salud y prevención de la enfermedad”, enfocados a nuestra área se dice que es una de las primordiales labores del profesional de enfermería; continuar mejorando el acceso a

información, la promoción de estilos de vida saludables, recursos y medidas preventivas tales como el conocimiento de los factores de riesgo.

La población investigada conoce múltiples factores de riesgo, asociados a la aparición de cáncer, pero no toma en cuenta algunos que también influyen de manera importante en la aparición de esta enfermedad como son: la dieta, el ejercicio, el consumo de alcohol por tal razón el personal a cargo de estrategias preventivas debe realizar actividades de comunicación y educación a la población para valorar los factores de riesgo y promover los estilos de vida saludable, que incluyen una dieta adecuada, actividad física, peso adecuado, esperando que en el largo plazo puedan contribuir en la reducción de la incidencia del cáncer de mama, además dentro de los hospitales se debe fomentar la creación de entornos saludables, que propicien el desarrollo de habilidades personales, para la toma de decisiones informadas en relación al uso de los servicios de prevención y control de cáncer de mama

En la tabla N° 04 con respecto al nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas se obtuvo que de las mujeres encuestadas el 26.7%(36) tienen un conocimiento alto, el 51.1% (69) poseen un conocimiento medio y el 22.2% (30) tienen un conocimiento bajo.

Ciertas coincidencias se encuentran con el estudio realizado por Sáenz O, Andrea y Sánchez C, Ángela (2011) 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” en Lima- Perú, encontró que 51.72% piensa que la frecuencia del Autoexamen de Mamas es de 6 meses. Un 30.54% afirma que se debe realizar una vez al mes después de la menstruación, un 26.60% afirma que la frecuencia del examen es de tres meses. El estudio demostró que la población investigada desconoce sobre la frecuencia del autoexamen de mamas, muchas consideran que debe ser anual o de intervalos de cada seis meses, además que durante la menopausia ya no es importante realizarse el autoexamen de mamas por la ausencia de la menstruación.

Por lo tanto teniendo en cuenta los datos encontrados durante la presente investigación la función de los profesionales de enfermería en especial del grupo humano que trabaja en el área Preventiva de Cáncer de éste hospital debería ser el de

difundir a través de diversos medios sobre la frecuencia correcta para la realización del autoexamen de mamas tanto en mujeres que ya han entrado a la etapa de la menopausia así también en aquellas que se encuentran dentro del grupo de mujeres en edad fértil ya que ésta información y práctica en los días e intervalos correctos fomentaría hábitos saludables en las féminas y contribuiría a la detección precoz, el que la mujer tome consciencia de su cuerpo y lo conozca e identifique anomalías a través de prácticas como el autoexamen se convierta en una herramienta para la detección precoz de cáncer y reciba tratamiento oportuno, teniendo en cuenta que detrás de una mujer enferma hay una carga familiar además que ella se constituye en el pilar fundamental de la familia y de la sociedad.

En la tabla N° 05 en relación al nivel de conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas se tuvo como resultados que el 45.9 % (62), tienen un nivel de conocimiento alto, el 43 % (58) tienen un nivel de conocimiento medio y el 11,1% (15) poseen un nivel de conocimiento bajo.

Al respecto Rivera (2009) en su estudio, “conocimiento sobre el autoexamen de mama en las mujeres del Consultorio del Médico de Familia, del Policlínico Ana Betancourt, en playa” realizado en Cuba, los resultados evidencian que el 81,3% refieren conocer la forma de realizar el autoexamen de mama y el 71,3% adquirió ésta información mediante la televisión. El 78% de las mujeres consideraban que el autoexamen de mama se debía realizar mediante la inspección y palpación de ambas mamas,

Por su parte Villacrés (2008) en su estudio sobre “conocimientos sobre conductas preventivas para el cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en la ciudad de Sullana”, realizado en Piura, encontró que más de la mitad de la población encuestada nunca se realizó un autoexamen de mama, y del 56% de mujeres que afirman conocer la utilidad de éste examen solo el 8% lo realiza correctamente, existe diferencia con el estudio realizado ya que el nivel alto y medio sobre conocimientos de la técnica es el que predomina.; en la presente investigación se evidenció que las mujeres en su gran mayoría refieren conocer las técnicas del autoexamen de mamas, identifican a la palpación e inspección como tales, pero muchas de ellas refieren no lo realizan en forma correcta, no toman en cuenta los pasos que se debe seguir para un adecuado autoexamen de mama, las mujeres encuestadas refieren que ésta práctica debe hacerla un profesional de salud como

parte de la consulta y otras las confunden con los exámenes de mamografía, por lo que el personal de salud tiene un gran camino que recorrer en lo que respecta a brindar un conocimiento óptimo y fructífero sobre esta práctica y logremos al final que el autoexamen de mamas sea realizado por la mayoría de mujeres en su hogar con las técnicas de palpación e inspección adecuadas.

En tal sentido las ayudas audiovisuales y la correcta guía del procedimiento se constituirían en aliados para que las mujeres vean y practiquen como se debe realizar el autoexamen de mamas, se debe designar espacios y tiempos para brindar información sobre ésta práctica de prevención y valerse de medios como la divulgación de videos especialmente mientras las mujeres esperan atención en los consultorios externos además de la enseñanza directa de la técnica en los diferentes consultorios por parte de todos los profesionales de salud.

VI. CONCLUSIONES

Se arribó a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas que tienen las mujeres que acuden por consulta externa al Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas- 2013, es predominantemente alto, teniendo conocimiento en aspectos conceptuales y la técnica con la que se realiza pero desconocen aspectos fundamentales como son factores de riesgo y la frecuencia de su realización.
2. El nivel de conocimiento sobre aspectos conceptuales del autoexamen de mamas que tienen las mujeres que acuden por consulta externa al Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas-2013 es alto.
3. El nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas que tienen las mujeres de que acuden por consulta externa del Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas- 2013 en relación a factores de riesgo se distribuye entre alto y medio respectivamente
4. El nivel de conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas que tienen las mujeres que acuden por consulta externa del Hospital Regional “Virgen de Fátima” .Chachapoyas-2013 predomina es el nivel de conocimiento medio.
5. El nivel de conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas que tienen las mujeres que acuden por consulta externa del Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Chachapoyas- 2013 es predominantemente alto.

VII. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud:

- Capacitar sistemáticamente a los profesionales de la salud en la atención primaria en salud para promocionar y educar con más énfasis sobre la práctica del auto examen de mama, incentivando a todas las mujeres a realizárselo respetando sus hábitos, costumbre, idioma y grado de instrucción.
- Impulsar a través del Ministerio de Salud y otros organismos no gubernamentales, campañas educativas a la población de manera directa y a través de los medios de comunicación sobre el Autoexamen de Mama y patología mamaria e influir en la detección temprana del cáncer de mama.

A la Dirección Regional de Salud

- Capacitar a los profesionales de salud dedicados a la atención primaria en los diferentes lugares del departamento sobre aspectos preventivos promocionales dirigidos a la disminución de la morbimortalidad de cáncer de mama y que suministren información más completa sobre la técnica y la importancia del autocuidado dándole un enfoque relevante a la educación y práctica del autoexamen de mamas en la población.

Al Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas

- Brindar al Programa preventivo de Cáncer de éste nosocomio los resultados obtenidos en el presente estudio y re direccionen sus estrategias en materia de prevención enfocada en incentivar el autoexamen de mamas. en la población usuaria de sus servicios.
- Ejecutar un programa educativo sobre autoexamen de mamas y sobre riesgo de patología mamaria; de éste forma se permitirá el óptimo desenvolvimiento del personal de salud sobre estos temas, a fin de poder brindar la educación adecuada a las usuarias de los servicios de salud de éste Hospital en relación a la prevención del cáncer de mama.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza.

- Que en las experiencias curriculares atención de enfermería en salud de la mujer y enfermería comunitaria prioricen temas sobre actividades preventivo promocionales enfocadas al cáncer de mama y su prevención con el autoexamen de mamas

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE LIBROS

- Andreu, R.; Sieber, S. 2000.: La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje. Economía industrial. Editorial Economice. España. Pág. , 326,
- Boyle P. 2008. World Cancer Report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2da Edición. Editorial. J Am Coll .EE.UU. Pág. 904.
- Cotran RS.1999.Patología Estructural y Funcional.6ta Edición. Editorial Mc-Graw. México. Pág. 275-290
- Hernandez, Sampieri.2008. Metodología de la Investigación.5ta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. Pág.173.
- INEN. 2009. Guía de Prevención de Cáncer dirigido a docentes de Educación Básica”.2da Edición. Editorial INEN.Lima. Perú. Pág. 22-25
- Kopans D. 1999. Breast Imaging, 2da Edición. Editorial Lippincottn. Philadelphia, EUA.Pág. 397.
- Marriner. A, Railer M. 2003. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ta Edición. Editorial Elsevier. México. Pág. 65.
- Minsa. 2006. Plan Estratégico 2006 -2016 “Coalición multisectorial del Perú contra el Cáncer”.
- Nonaka I, Takeuchi, H.1998. La Organización Creadora del Conocimiento. Editorial Mc Graw Hill. EE.UU. Pág. 5-34.
- Rigol R, Cutié 2004. Cáncer de Mama. En: Obstetricia y Ginecología/. Editorial Ciencias Médicas. Pág. 355-359.
- Rodriguez P. 2010. Afecciones mamarias. Editorial ECIMED. Cuba. Pág.48-55

- Segarra, M.2007. Conceptos, Tipos y Dimensiones del Conocimient.2da Edición. Editorial Mc Graw Hill. España. Pág.176-193.

DE TESIS

- Bendezú C.2010. conocimiento y medidas preventivas sobre neoplasia mamaria en usuarias de un centro de salud Ica. Perú .Tesis para optar el título de Doctorado en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad San Juan Bautista.
- Bonilla C.2008. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páez. Managua. Tesis para optar el título de especialista en Ginecobstetricia. Universidad Autónoma de Nicaragua
- Carvalho, A.2004. Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. Brasil. Tesis para obtener grado de especialista en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Federal de Ceará.
- Franco Romani, Gutiérrez, Ramos, J. 2008. Autoexamen en mujeres peruanas, prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar. Lima. Estudios Demográficos. Facultad de Medicina Humana//Universidad Mayor de San Marcos.
- Ricse J.2007.Factores de Riesgo y conocimientos sobre Prevención del Cáncer de Mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil “Tabalada de Lurín” VMT. Lima. Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería. EAP de Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos.
- Rivera E, Román, Y.2009. Conocimientos sobre autoexamen de mama en mujeres de un consultorio del municipio playa. Cuba.. Aporte a Escuela de investigación de medicina. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

- Sáenz A, Sánchez C.201. 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.Lima.Tesis para optar título de Licenciada en Obstetricia .EAP de Obstetricia. Universidad Mayor de San Marcos.
- Silva, N; Soares, D, Rego de Jesús, S. 2012. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia..Brasil. Tesis para optar especialidad en Enfermería. Universidad de Sao Paulo.
- Villacréz K, Alarcón A.2002. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. Sullana. Universidad Cayetano Heredia.

ARTICULOS DE REVISTAS

- Castell, J."Impacto del cáncer de mama en la mujer joven". Conferencia en la jornada provincial de hogares maternos. La Habana. 2003. Pág.3-8.
- Wirst, Fernández. Autoexamen de Mamas: Influencia de la Educación Universitaria en la realización del Autoexamen de mamas. Revista de Postgrado de la VI cátedra de Medicina. Corrientes- Argentina. Número 159- Julio 2006. Pág. 1-7.

SITIOS EN RED

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Cáncer de mama en los últimos 2 años. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/prensa/notas-de-prensa/59-np-022-09-cancermama-mujer.html>. Acceso: 10 de marzo del 2013.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Epidemiología sobre cáncer de mama. Disponible en:<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>. Acceso el 12 de Marzo del 2013.

- Organización Mundial de la Salud//. Acción mundial sobre el cáncer Suiza. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>. Acceso: 10 de Setiembre del 2013.

- OPS.Normas internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-breast-cancer-guidelines.html>. Acceso el 10 de Marzo del 2013.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	I T E M S	CATEGORIA		ESCALA
						DIMENSIÓN	VARIABLE	
Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas	Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal	Es el grado de conocimiento preestablecido ya sea alto, medio o bajo que tengan las mujeres acerca del autoexamen de mamas	Conocimiento sobre concepto de autoexamen de mamas	técnica muy efectiva de exploración mamaria que consiste en detectar anomalías en la anatomía de las mamas	5	0- 3 = Bajo 4-7 =Medio 8-10 = Alto	0-13 = Bajo 14-17 Medio 23-40 = Alto	Variable : Ordinal Items: nominal dicotómica
			Conocimiento sobre factores de riesgo en mujeres	Existencia de cáncer de mama en la familia Tratamiento y anticoncepción hormonal en tiempo prolongado Inicio de la menstruación precoz y ciclos irregulares Menopausia tardía ; Nuliparidad Primer hijo después de los 30 años Variación en la dieta obesidad e inactividad física,	5	0- 3 = Bajo 4-7 = Medio 8-10 = Alto		

			Consumo de alcohol, fumar y drogas		
			Exposición química, radiactivas (radioterapia).		
		Conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen de mamas	Antes de la menopausia	5	0- 3 = Bajo 4-7 = Medio 8-10 = Alto
			Después de la menopausia		
		Conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas	Inspección	5	0- 3 = Bajo 4-7 = Medio 8-10 = Alto
			Palpación		

ANEXO N° 02

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS

Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

DECISIÓN ESTADÍSTICA

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.3125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.3125	*
7	5	100	0	0	0.3125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100	0	0	1.6449	*

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

EXPERTOS

- Experto 1:** Lic. Enf. Teonilde Lozano Chancahuana
Responsable del servicio de Ginecología-HRVF
- Experto 2:** Lic.Enf. Marlith Sánchez López
Responsable área preventiva programa de cáncer HRVF
- Experto 3:** Ginec. Ana María Rioja Torres.
Ginecóloga asesora del área preventiva de cáncer HRVF.
- Experto 4:** Lic. Enf. Janeth Chuquipa Vega.
Responsable Programa Preventivo Cáncer HRVF.
- Experto 5:** Obst. Karina Acedo Torres
Responsable área preventiva mujer HRVF

RESULTADO

Comparando el valor calculado ($VC = 8.88$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Por lo tanto con este resultado el instrumento es válido y significativo.

MATRIZ DE CORRELACIONES INTER-ELEMENTOS

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
P1	1,000	,356	,048	-,218	,218	,764	-,218	-,218	,218	-,218	,356	,218	,048	-,327	,218	,218	-,327	,048	-,327	,048
P2	,356	1,000	-,089	,408	,612	,612	,408	-,272	,102	,408	,583	,102	,356	,102	,102	,612	,102	,356	,102	,356
P3	,048	-,089	1,000	-,218	-,327	,218	-,218	,509	,764	-,218	-,089	-,327	-,429	-,327	-,327	,218	-,327	,524	-,327	,048
P4	-,218	,408	-,218	1,000	,667	-,167	-,111	-,111	-,167	1,000	,408	,667	,509	,667	,667	,667	,667	,509	,667	,509
P5	,218	,612	-,327	,667	1,000	,375	-,167	-,167	-,250	,667	,612	,375	,764	,375	,375	,375	,375	,218	,375	,218
P6	,764	,612	,218	-,167	,375	1,000	-,167	-,167	,375	-,167	,612	-,250	,218	-,250	-,250	,375	-,250	,218	-,250	,218
P7	-,218	,408	-,218	-,111	-,167	-,167	1,000	-,111	-,167	-,111	-,272	-,167	-,218	-,167	-,167	-,167	-,167	-,218	-,167	-,218
P8	-,218	-,272	,509	-,111	-,167	-,167	-,111	1,000	-,167	-,111	-,272	-,167	-,218	-,167	-,167	-,167	-,167	,509	-,167	-,218
P9	,218	,102	,764	-,167	-,250	,375	-,167	-,167	1,000	-,167	,102	-,250	-,327	-,250	-,250	,375	-,250	,218	-,250	,218
P10	-,218	,408	-,218	1,000	,667	-,167	-,111	-,111	-,167	1,000	,408	,667	,509	,667	,667	,667	,667	,509	,667	,509
P11	,356	,583	-,089	,408	,612	,612	-,272	-,272	,102	,408	1,000	,102	,356	,612	,102	,612	,102	,356	,102	,356
P12	,218	,102	-,327	,667	,375	-,250	-,167	-,167	-,250	,667	,102	1,000	,218	,375	1,000	,375	,375	,218	,375	,218
P13	,048	,356	-,429	,509	,764	,218	-,218	-,218	-,327	,509	,356	,218	1,000	,218	,218	,218	,218	,048	,218	,048
P14	-,327	,102	-,327	,667	,375	-,250	-,167	-,167	-,250	,667	,612	,375	,218	1,000	,375	,375	,375	,218	,375	,218
P15	,218	,102	-,327	,667	,375	-,250	-,167	-,167	-,250	,667	,102	1,000	,218	,375	1,000	,375	,375	,218	,375	,218
P16	,218	,612	,218	,667	,375	,375	-,167	-,167	,375	,667	,612	,375	,218	,375	,375	1,000	,375	,764	,375	,764
P17	-,327	,102	-,327	,667	,375	-,250	-,167	-,167	-,250	,667	,102	,375	,218	,375	,375	,375	1,000	,218	1,000	,764
P18	,048	,356	,524	,509	,218	,218	-,218	,509	,218	,509	,356	,218	,048	,218	,218	,764	,218	1,000	,218	,524
P19	-,327	,102	-,327	,667	,375	-,250	-,167	-,167	-,250	,667	,102	,375	,218	,375	,375	,375	1,000	,218	1,000	,764
P20	,048	,356	,048	,509	,218	,218	-,218	-,218	,218	,509	,356	,218	,048	,218	,218	,764	,764	,524	,764	1,000

ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Correlaciones inter-elementos	,181	-,429	1,000	1,429	-2,333	,119	20

▪ CRITERIO DE CONFIABILIDAD VALORES:

No es confiable: -1 a 0

Baja confiabilidad: 0.01 a 0.49

Moderada confiabilidad: 0.5 a 0.75

Fuerte confiabilidad: 0.76 a 0.89

Alta confiabilidad: 0.9 a 1

▪ ANALISIS DEL RESULTADO

Al realizar el análisis de fiabilidad según la prueba Alfa de cronbach, se obtuvo un resultado de **0.820** y al contrastar con los valores de CRITERIO DE CONFIABILIDAD se establece que, con estos resultados el instrumento de recolección de datos posee fuerte confiabilidad.

ANEXO N° 03

INFORME DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Matriz de elementos		ITEMS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C A S O S	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
	4	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3
	5	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	6	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3
	7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	8	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	9	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3
	10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2

**RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS
CASOS**

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	10	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,820	,816	20

ANEXO N° 04

Tabla N° 06: Edad de las mujeres encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas- 2013.

Edad	N°	%
14-19 años	18	13.3
20-24 años	34	25.2
25-29 años	26	19.3
30-34 años	22	16.3
35-39 años	15	11.1
40-44 años	12	8.9
45-49 años	8	5.9
Total	135	100

Fuente: Cuestionario "test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas", aplicado

ANEXO N° 05

Tabla N° 07: Estado civil de las mujeres encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013.

Estado Civil	N°	%
Soltera	51	37.8
Casada	47	34.8
Conviviente	35	25.9
Viuda	2	1.5
Total	135	100

Fuente: Cuestionario “Test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”, aplicado

ANEXO N° 06

Tabla N° 08: Grado de Instrucción de las encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2013

Grado de instrucción	N°	%
Ninguno	0	0
Primaria incompleta	15	11.1
Primaria completa	24	17.8
Secundaria incompleta	18	13.3
Secundaria completa	40	29.6
Superior incompleta	13	9.7
Superior completa	25	18.5
Total	135	100

Fuente: Cuestionario “test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”, aplicado

ANEXO N° 07

Tabla N° 09: Número de hijos por encuestadas sobre autoexamen de mamas en consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas –2013.

Nro. de hijos	N°	%
0	30	22.2
1 a 2	75	55.6
3 a más	30	22.2
Total	135	100

Fuente: Cuestionario “test de Conocimiento sobre autoexamen de mamas”, aplicado

ANEXO N° 08



“UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO
RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS”



FACULTAD DE ENFERMERÍA

FORMULARIO CUESTIONARIO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
AUTOEXAMEN DE MAMAS

Buenos días, el siguiente cuestionario tiene como objetivo de determinar el Nivel de Conocimiento que posee sobre el Autoexamen de mamas, que nos servirá en la presente investigación. Contiene una serie de preguntas, para lo cual, le recordamos que sus respuestas son confidenciales.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD:-----ESTADO CIVIL: Soltera- Casada-------Conviviente-- -
Viuda-

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Ninguna

Primaria Incompleta

Secundaria Incompleta

Superior Incompleta

Primaria completa

Secundaria Completa

Superior Completa

NRO DE HIJOS: Ninguno

1-2 hijos

3 a + hijos

INSTRUCCIONES

A continuación Ud.encontrará una serie de preguntas relacionadas sobre el autoexamen de mamas, lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones y **marque (X)** la respuesta que crea correcta.

1.-¿Qué es para Ud. El cáncer de mama?

- a) Una enfermedad mortal y no tiene cura.
- b) Presencia de tumores y nódulos en las mamas que pueden ser malignos.
- c) Es una enfermedad contagiosa.

- 2.-El autoexamen de mamas
- a) Lo debe realizar el médico
 - b) Es examinar mis mamas yo misma y detectar cualquier anormalidad.
 - c) Debo acudir a un hospital para que me lo realicen.
- 3.- ¿Por qué es importante hacerse el autoexamen de mamas?
- a) No me sirve de nada, porque igual enfermamos de cáncer
 - b) Porque permite detectar enfermedades del estómago.
 - c) Es un medio de prevención de cáncer de mama y yo lo puedo realizar.
- 4.- ¿Crees que todas las mujeres deben realizarse?
- a) Sí, porque ayudaría prevenir el cáncer de mama.
 - b) No, porque no tiene importancia.
 - c) Algunas no tienen que realizarse
- 5.- A través de que medio conociste sobre el autoexamen de mamas
- a) La televisión
 - b) Personal de salud en los establecimientos de salud.
 - c) Ninguno.
- 6.- En las mujeres que han tenido familiares con cáncer, es importante realizarse el autoexamen de mama en forma periódica:
- a) Sí, porque tener familiares directos con antecedente de cáncer es un riesgo para tener cáncer de mama.
 - b) No, porque son casos diferentes, y no puedo adquirirlo.
 - c) A y b son ciertas.
- 7.-Si la mujer nunca ha tenido hijos piensas que debe realizarse el autoexamen de mamas.
- a) No, porque solo el cáncer les da a las que han tenido hijos.
 - b) No, porque nunca dio de lactar.
 - c) Sí, porque es un factor de riesgo, y debe tener más cuidado con sus mamas.
- 8.-En caso de mujeres que el inicio de la regla después de los 15 años a más, el autoexamen de mamas
- a) Es importante porque éste es un factor de riesgo para el tener cáncer de mama
 - b) No, porque la regla no tiene nada que ver con el cáncer de mama.
 - c) La regla se relaciona con el cáncer de útero.

- 9.-La alimentación basada en grasas y carnes rojas, la obesidad. Y la falta de ejercicio
- Aumenta el riesgo de tener cáncer de mama
 - La alimentación inadecuada solo puede producir problemas a nivel de estómago
 - No tiene nada que ver porque no se relaciona.
- 10.-Las mujeres que usan e anticonceptivos orales (píldoras) por más de 5 años. El autoexamen de mamas
- Tiene que realizarse el autoexamen en forma obligatoria, porque las píldoras contiene hormonas que pueden aumentar el riesgo de cáncer.
 - No, porque solo son hormonas simples que no tienen consecuencias.
 - No está relacionada con el cáncer de mama.
- 11.- ¿Con qué frecuencia se debe realizar el autoexamen de mamas?
- Cada mes
 - Una vez por año
 - No se debe realizar.
- 12.-En mujeres que menstrúan el autoexamen de mamas se realiza:
- En el primer día
 - Al 5to día.
 - Dentro del 7mo y 10mo día
- 13.-Durante la menstruación no se realiza el autoexamen de mamas por:
- Porque nuestras mamas están más sensibles
 - Es doloroso
 - Si se debe examinar.
- 14.-En mujeres durante la menopausia se debe autoexaminar las mamas:
- Anualmente
 - Diariamente
 - Mensualmente.
- 15.-Durante la menopausia se debe realizar el autoexamen de mamas:
- Escogiendo un día fijo
 - Puedes hacerlo cualquier día
 - Ya no se debe realiza
- 16.-Posición para observar sus mamas:
- Sentada
 - Parada

c) Acostada

17.-La palpación de mamas se debe realizar:

a) Parada

b) Sentada

c) Acostada

18.-Para realizar la palpación de las mamas se

a) Utiliza toda la mano.

b) Con aparatos.

c) Utiliza la yema de dedos.

19.-El orden para examinar sus mamas es

a) Ambas a la vez

b) Primero una y luego la otra. Con movimientos rotatorios

c) Empezando por el pezón.

20.-Para realizarse la inspección de sus mamas

a) Puedo hacerlo frente a un espejo, para observar cualquier alteración en las mamas.

b) Lo puedo realizar sin un espejo, porque no me ayuda en nada.

c) El médico o la obstetrix me lo realizan en consulta

Muchas gracias.