

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y GESTION
SANITARIA**



**RELACION ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE
PREVENCION DE CANCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES
DE 40 AÑOS DEL CLASS PILLCOMARCA - HUANUCO 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN
SANITARIA**

TESISTA: LOYDA JACINTO MIRAVAL

HUANUCO – PERU

2016

DEDICATORIA

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

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Escuela de post Grado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizan”, por todo el apoyo brindado a lo largo de mi formación profesional, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

Mi especial agradecimiento a la Dra. Marina Llanos Melgarejo por aceptar asesorar esta tesis. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica sobre prevención de cáncer de mama.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio correlacional compuesto por 94 mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016. Se utilizó un cuestionario de conocimiento y de prácticas de prevención en la recolección de datos. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

Resultados. El 73,4% (69 mujeres) presentaron conocimiento regular sobre cáncer de mama y 44,7% (42 mujeres) realizaron prácticas de prevención del cáncer de mama. Por otro lado, las prácticas de prevención del cáncer de mama se relacionan significativamente con el conocimiento general ($p \leq 0,001$); conocimiento del concepto ($p \leq 0,000$); conocimiento de los factores de riesgo ($p \leq 0,000$); y conocimiento de los medios de detección temprana ($p \leq 0,004$), siendo todas significativas estadísticamente.

Conclusiones. Existe relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco.

Palabras clave: cáncer de mama, conocimiento, prácticas de prevención, mujeres mayores de 40 años.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the relationship between knowledge and practice about breast cancer prevention.

METHODS: Conducted a correlational study with 94 women over 40 years Pillcomarca CLASS - Huanuco 2016. A questionnaire of knowledge and prevention practices in data collection was used. For the inferential analysis, the Chi -square test was used.

RESULTS: 73.4% (69 women) had normal awareness of breast cancer and 44.7% (42 women) conducted practices prevention of breast cancer. On the other hand, the practices of prevention of breast cancer are significantly related to general knowledge ($p \leq 0,001$); knowledge of the concept ($p \leq 0,000$); knowledge of risk factors ($p \leq 0,000$); and knowledge of the means of early detection ($p \leq 0,004$), all of statistically significant.

CONCLUSIONS: There is significant relationship between knowledge and practices of prevention of breast cancer in women over 40 years Pillcomarca CLASS - Huanuco.

***Keywords:** breast cancer, knowledge, prevention practices, women over 40 years.*

INTRODUCCION

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 (1).

Las estadísticas sustentan la necesidad de hacer imprescindible la prevención de cáncer de mama, para lograr una disminución de casos de morbimortalidad en las mujeres a causa de una enfermedad cuya prevención es posible a través del control de factores de riesgo específicos modificables y mediante el empleo de factores protectores (2).

Hasta el momento actual, la posibilidad de cambiar la historia natural del cáncer de mama se ha basado en la prevención secundaria, dado que los principales factores de riesgo conocidos (edad, sexo, antecedentes familiares y personales, menarquia precoz, menopausia tardía) no se pueden modificar (3).

Brusint, Vich, Álvarez, Cuadrado, Díaz y Redondo (4) manifiestan que el cáncer de mama constituye un importante problema de salud con altas tasas de morbimortalidad, que puede ser detectado en una fase preclínica mediante un test de cribado como es la mamografía (prueba sencilla, con adecuadas sensibilidad, especificidad y valor predictivo), y para el que existe un tratamiento que, aplicado precozmente, permite una actuación más conservadora en un alto porcentaje de los casos y proporciona tasas de supervivencia más elevadas.

VII

Asimismo, es necesario identificar los factores protectores como los conocimientos y prácticas que están directamente relacionados con el bajo índice de cáncer de mama, es decir la modificación de los determinantes de la salud, prevención de la enfermedad, e inclusive para la disminución de casos de la patología en intervenciones futuras (5).

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 (6).

El conocimiento se refiere a recordar hechos específicos, a la capacidad de aplicar los hechos concretos para resolver problemas, o incluso enviar conceptos con los conocimientos adquiridos acerca de un evento en particular (7).

Las prácticas son conductas aprendidas que pretenden regular y mantener la integridad de la estructura humana, el funcionamiento y su desarrollo. Estas a su vez se encuentran limitadas ante factores como el conocimiento, la motivación y habilidades personales (8).

Por tal motivo, el estudio se compone en cinco capítulos. El primero comprende el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

VIII

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	VI
INDICE	IX

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema.....	01
1.2. Formulación del Problema	04
1.3. Objetivo General y objetivos específicos	05
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	06
1.5. Variables.....	07
1.6. Justificación e importancia	08
1.7. Viabilidad	08
1.8. Limitaciones	09

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definiciones conceptuales	20
2.4. Bases epistémicos	21

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio	23
3.2. Diseño y esquema de la investigación.....	23
3.3. Población y muestra.....	24
3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	26
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	28

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	29
4.2. Análisis inferencial de los resultados	46

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión	54
----------------------	----

CONCLUSIONES	57
---------------------------	----

SUGERENCIAS	58
--------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	59
---------------------------	----

ANEXOS	65
---------------------	----

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

La incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado considerablemente en todo el mundo y el cáncer de mama (CaMa) no es la excepción, constituye la afección más común entre todas las mujeres y, por consiguiente, una grave amenaza para su salud (9).

Según la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (10), señala que el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres a nivel mundial, representando la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en todos los países.

En la Región de América Latina y Caribe, según estimaciones del Globocan para el año 2012, el cáncer de mama fue la 9ª causa de muerte sobre todas las causas en mujeres de todas las edades y la 7ma causa en el grupo de 15 a 49 años (11).

Asimismo, en México en el 2006 murieron 4,451 mujeres por CaMa, es decir un fallecimiento cada dos horas. El 60% de las mujeres muere entre los 30 y 59 años de edad, en plena etapa productiva y muchas en reproductiva (12).

En Brasil, según el Instituto Nacional del Cáncer de Brasil (INCA), las estimaciones para 2012/2013 indican que serán identificados 52.680

nuevos casos de cáncer de mama femenino, lo que corresponde a una incidencia de 52 casos por cada 100.000 mujeres (13).

En Colombia se estima que aproximadamente 8.686 casos son detectados al año, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social (14).

Del mismo modo, en el Perú se detectó un incremento en las tasas de cáncer de mama desde 1987 hasta la actualidad. El informe de Velarde, publicado en 2007, señala que el cáncer de mama ha desplazado al de cuello uterino en cuanto al número de víctimas mortales (15). Según los registros de cáncer en Lima Metropolitana, la incidencia de cáncer de mama es de 12.4 casos x 100,000 hab, con una mortalidad de 3.85 x 100,000 hab. Cada día muere una mujer víctima del cáncer de mama en Lima (16).

Los factores de riesgo establecidos para el cáncer de mama incluyen factores reproductivos (menarquia temprana, nuliparidad, edad mayor de 30 años en el primer embarazo, uso de anticonceptivos hormonales de alta dosis, menopausia tardía y terapia de reemplazo hormonal), aumento de la edad, alta densidad del tejido mamario y una historia familiar de cáncer, especialmente cáncer de mama (17). Otros factores que modulan el riesgo de cáncer de mama incluyen factores nutricionales, actividad física, la historia y duración de la lactancia materna, la obesidad en la post-menopausia, fumar, consumo de alcohol, exposición a radiación ionizante y nivel socioeconómico (18).

Por otra parte, 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 (19).

Asimismo, existe evidencia que las mujeres que poseen conocimientos sobre la salud de la mama conocen las características normales de éstas y tienen mayores probabilidades de detectar una lesión y solicitar atención inmediata si perciben algo anormal (20).

Sin embargo, muchos estudios han demostrado deficiencias en la realización de esa práctica, así como inconsistencia de aprendizaje, no realización y práctica incorrecta (21).

En un estudio se evaluó el nivel de conocimientos y la frecuencia en la práctica de exámenes de detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mama, respecto al CaMa se descubrió que más de la mitad de las mujeres 56.4% tienen conocimientos sobre esta enfermedad, sin embargo, cuando se evaluó el conocimiento y la práctica de autoexploración de mama se encontró que ambos son bajos y la principal causa es el desconocimiento de la técnica (22).

También, Pérez, López, Benítez y Sandoval (23) demostraron con sus resultados que los conocimientos son deficientes y no se relacionan con conductas saludables ni garantizan que las mujeres realicen detección oportuna.

Del Toro, Peinado y Díaz (24) concluyeron que el 95,7% de las mujeres participantes en el estudio refieren que es importante la realización del

autoexamen, pero en un 33.8% de ellas existe un desconocimiento con relación a la técnica e importancia del mismo.

Gálvez, Rodríguez y Rodríguez (25) obtuvieron que el mayor por ciento de las mujeres desconocían qué es el autoexamen de mama y la forma y frecuencia en que se debe realizar; no así la relación con el periodo menstrual. El medio por el cual recibieron mayor información fue la consulta médica.

Por último, ante esto, se objetiva con este estudio determinar la relación entre el conocimiento y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años que acuden al CLASS Pillcomarca – Huánuco, durante el periodo 2016.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

Por lo expuesto se formula la siguiente pregunta general de investigación:

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre el concepto de la enfermedad y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad y la práctica sobre prevención de cáncer de

mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016?

- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre los medios de detección temprana de la enfermedad y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a. Objetivo General:

- Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

b. Objetivos Específicos:

- Establecer la relación entre el conocimiento sobre el concepto de la enfermedad y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.
- Evaluar la relación entre el conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.
- Medir la relación entre el conocimiento sobre los medios de detección temprana de la enfermedad y la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS.

a. Hipótesis general:

Ha: El conocimiento sobre la enfermedad se relaciona con la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

a. Hipótesis específicas:

Ha₁: El conocimiento sobre el concepto de la enfermedad se relaciona con la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

Ha₂: El conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad se relaciona con la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

Ha₃: El conocimiento sobre los medios de detección temprana de la enfermedad se relaciona con la práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

1.5 VARIABLES

a. IDENTIFICACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Práctica sobre prevención de cáncer de mama.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Conocimiento sobre la enfermedad

b. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Práctica sobre prevención de cáncer de mama	Medidas de prevención	SI NO	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Conocimiento sobre la enfermedad	Conocimiento del concepto de la enfermedad	Bueno Regular Deficiente	Cualitativa	Ordinal
	Conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad	Bueno Regular Deficiente	Cualitativa	Ordinal
	Conocimiento de los medios de detección temprana de la enfermedad	Bueno Regular Deficiente	Cualitativa	Ordinal
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
Edad	Única	En años	Cuantitativa	De razón
Estado civil	Única	Casada Conviviente Separada Soltera Viuda	Cualitativa	Nominal
Grado de instrucción	Única	Primaria Secundaria Técnica Universitaria	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Única	Su casa Trabajo dependiente Trabajo independiente	Cualitativa	Nominal
Religión	Única	Católica Evangélica Mormón Otro	Cualitativa	Nominal
Lugar de residencia	Única	Rural Urbana Urbana-marginal	Cualitativa	Nominal

1.6 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El estudio se justifica debido a que el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres y principal causa de muerte por cáncer en mujeres, constituyéndose incluso en la primera causa de muerte (sobre todas las causas) en el grupo etáreo entre 15 a 40 años a nivel mundial.

También, porque 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.

Y, porque existe la necesidad de realizar tempranamente el diagnóstico del cáncer de mama y de ejecutar acciones de salud encaminadas a enseñar y divulgar los procedimientos para el autoexamen mamario de manera correcta, es fundamental para combatir con eficacia esta enfermedad. Asimismo, es importante precisar el conocimiento que tienen las mujeres sobre las técnicas de detección temprana, específicamente los del medio de detección temprana.

1.7 VIABILIDAD

El estudio de este problema fue políticamente viable, por la perspectiva que tiene esta investigación para las autoridades regionales y locales, sobre todo en materia salud sexual y reproductiva.

También fue viable el estudio con el diseño a plantearse en el tiempo previsto.

1.8 LIMITACIONES

Nuestra principal preocupación de la investigación fue de carácter económico y financiero, ya que el gasto fue por recursos propios.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Se tuvieron en consideración las siguientes revisiones:

En Cuba, en el año 2015, Gálvez, Rodríguez y Rodríguez (26) desarrollaron un estudio con el objetivo de caracterizar el nivel de conocimiento del autoexamen de mama que poseen las mujeres de 30 años y más pertenecientes a dos consultorios del área de Gaspar, municipio Baraguá, Ciego de Ávila. Investigación epidemiológica, observacional, descriptiva y prospectiva. El universo estuvo constituido por 127 mujeres y la muestra por 121, seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se integraron métodos empíricos, teóricos y procesamientos estadísticos: software estadístico EPINFO 5. El instrumento empleado fue la encuesta, aplicada a las mujeres del estudio. El 57,9 % de las mujeres desconocía qué es el autoexamen de mama, solamente el 31,4 % se autoexaminaban de forma correcta, el 21,6 % refirió realizarlo mensualmente y el 35,3 %, después de la menstruación. El 82,4 %, de las mujeres recibieron mayor información a través de las consultas médicas.

Por otra parte, en el año 2014, Del Toro, Peinado y Díaz (27) efectuaron un estudio con el objetivo de identificar el conocimiento y prácticas de las mujeres cartageneras (departamento de Bolívar, Colombia) respecto al autoexamen mamario. Estudio descriptivo de corte transversal, a partir de un muestreo aleatorio, constituido por 305 mujeres mayores de 20 años. Se analizó el nivel de conocimiento y prácticas de las mujeres con relación al autoexamen de mama, así como el modo y la periodicidad con la que se lo realizan. Se encontró que el 33.8% de las participantes conocen acerca del autoexamen de mama, mientras que un 67.2% lo desconocen.

Asimismo, en Brasil, en el año 2013, Silva, Soares y Rego (28) llevaron a cabo un estudio transversal con 116 usuarios, de 40 a 59 años, de una Unidad de Salud de la Familia en el suroeste de Bahía, con el fin de evaluar el conocimiento y la práctica de las mismas sobre el autoexamen de mamas (AEM). Se utilizó formulario estructurado, analizado por regresión de Poisson. 75,9% de las mujeres reportaron conocer el AEM y el 65,5% lo practica. La razón de prevalencia para el conocimiento del AEM fue 1,40 veces mayor entre las mujeres con mayor escolaridad, 2,85 veces mayor entre las que conocían el cáncer de mama y más del 15% para aquellas que consideran que es importante detectar la enfermedad temprano. La práctica fue más alta entre la población económicamente activa, con más de 2 hijos, no fumadoras, que asisten a la unidad durante más de 2 años, que conocen y sienten importante detectar el cáncer de mama precozmente.

En México, en el año 2011, Pérez, López, Benítez y Sandoval (29) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la relación que existe

entre conocimientos y comportamientos sobre factores de riesgo y detección oportuna del cáncer de mama en un grupo de mujeres. Estudio piloto observacional, descriptivo y transversal, incluyó 52 mujeres mayores de 25 años de una institución educativa. Las variables fueron: factores de riesgo para CaMa, antecedentes personales, conductas protectoras o de riesgo, conocimientos y screening. La media de edad 38 ± 8 , las mujeres de 47-57 años tienen menor nivel de escolaridad ($Z = -2.87$, $p=0.004$), y menos conocimientos (Anova $p=0.02$). Las mujeres que no reportaron datos de enfermedad crónica tienen un promedio mayor de conductas de riesgo (3 ± 1) que aquellas que si lo presentan (2 ± 1 , $t = 2.944$, $gl=50$, $p < 0.005$).

Y, en el Perú, Aponte, Mestanza, Velásquez y Farro (30) realizaron un estudio con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y las características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Virgen de Fátima – Chorrillos; estudio realizado entre los meses de mayo y junio del año 2009. Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal; se utilizó un cuestionario validado aplicado a 85 mujeres, individualmente, en un tiempo de 30 minutos considerando los principios éticos. Los conocimientos obtenidos sobre cáncer de mama fueron: nivel de conocimiento medio (90,6%) y un nivel de conocimiento alto y bajo (4,7%), considerando las dimensiones; el 45,9% tuvo conocimiento medio sobre definición, conceptos y factores predisponentes, el 40,0% acerca de prevención y el 82,3% del autoexamen de mama. En cuanto a conocimiento bajo se obtuvo un 48,2% sobre signos y síntomas y un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento. En relación con las

características sociodemográficas, se encontró que el 87,1% tiene entre 20 y 49 años de edad; el 48,2% es soltera; el 48,3% tiene secundaria completa o superior; el 58,8% procede de la región costa y el 88,2% tiene por lo menos un hijo, entre ellas, el 49,3% lo tuvo antes de los 18 años y el 82,9% refiere no tener antecedentes familiares de cáncer de mama.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Cáncer de mama

2.2.1.1. Definiciones

La décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud consigna a los tumores malignos de la mama como C50 (31). El cáncer de mama (CaMa) es una enfermedad sistémica, multifactorial, polimorfa caracterizada por la proliferación maligna, acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria, específicamente a las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama (32).

La palabra cáncer se aplica a las neoplasias malignas que se originan en estirpes celulares de origen epitelial o glandular. Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90 % de los tumores malignos de esta localización, los cuales tiene su origen en la proliferación

acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90 % de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón. Este cáncer se conoce como carcinoma ductal, que es el más frecuente, conocido como ductal invasivo. Esta variedad es más frecuente en el hombre que en la mujer. En el 10 % de los casos restantes el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares y se le llama carcinoma lobulillar. El carcinoma ductal puede invadir el interior de los acinos, en lo que se conoce como fenómeno de cancerización lobular (33).

La clasificación histológica de los tumores primarios de la mama incluye a los tumores epiteliales no invasivos, invasivos y mixtos. El sistema clasificatorio TNM agrupa a los pacientes en cuatro estadios según el tamaño del tumor primario (T), el estado de los ganglios linfáticos regionales (N) y la presencia o ausencia de metástasis a distancia (M). El sistema más utilizado es el del American Joint Committee on Cancer (34).

Este sistema se actualiza cada 6-8 años para re-flejar el conocimiento más reciente del comportamiento de los tumores. En su última actualización (séptima edición) se hace una clasificación más rigurosa de las células

tumorales aisladas basada en el número de células y en si las células son prácticamente confluyente o no (35).

2.2.1.2. Factores de riesgo

El riesgo de desarrollar un cáncer de mama puede establecerse en términos de riesgo absoluto o relativo. El riesgo absoluto se refiere al conjunto de la población, mientras que el riesgo relativo hace referencia al riesgo de un grupo determinado de mujeres. A veces se confunde lo que es riesgo a lo largo de la vida y la incidencia anual. El riesgo o incidencia anual es el número de mujeres de una población diagnosticadas de cáncer cada año y se expresa en tanto por ciento. El riesgo a lo largo de la vida es la posibilidad de que una mujer desarrolle cáncer durante su vida. Existe un riesgo de base del 4% al 6%, con algunos factores que acentúan dicho riesgo en parte de esta población (Tabla 2.1), de los cuales los que realmente influyen de forma decisiva (sexo, edad y antecedentes familiares y personales) no son modificables. Como el riesgo de desarrollar un cáncer de mama aumenta con la edad, a medida que la población envejece el número total de mujeres con cáncer de mama continuará aumentando (36).

Tabla 2.1. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama

Riesgo alto:
Mutaciones en BRCA 1, BRCA 2, síndrome de Li-Fraumeni
Edad avanzada
País occidental
Historia familiar de primer grado
Hiperplasia atípica en la mama
Radiaciones ionizantes
Historia previa de cáncer de mama
Riesgo moderado:
Menarquia precoz
Menopausia tardía
Nuliparidad o edad del primer parto avanzada (> de 30 años)
Nivel socioeconómico alto
Ingesta de alcohol
Obesidad (en mujeres posmenopáusicas)
Sarcoma de partes blandas en hijo o hija
Historia previa de cáncer de útero, ovario o colon.
Hiperplasia sin atipia en la mama.
Riesgo discutible:
Anticonceptivos orales
Toma de estrógenos o progesterona en posmenopáusicas
Interrupción del primer embarazo
Factores psicossomáticos
Dieta elevada en grasas
Fibroadenoma
Exposición a campos electromagnéticos de baja frecuencia
Disminución de riesgo:
Primer embarazo a término por debajo de los 20-24 años
Multiparidad
Ovariectomía por debajo de los 45 años
Ejercicio físico regular
Lactancia

Fuente: Bernard Fisher y cols 1997 (citado en De Linares Galindo 1998)

2.2.1.3. Prevención

Consideramos conveniente aclarar, en primer lugar, la diferencia entre dos términos que aparentemente pueden parecer sinónimos: detección y diagnóstico. Detección es la capacidad para encontrar anomalías, de las que un “significativo” número de ellas se probará que

son malignas, mientras que diagnóstico es la capacidad de caracterizar las anomalías detectadas como benignas o malignas (37).

El origen del cáncer de mama como ya hemos comentado es multifactorial, dependiendo de numerosos factores ambientales y del huésped. Debido a su origen multifactorial no podemos hacer una prevención primaria sino una prevención secundaria. Existen tres tipos de prevención (38):

- **Primaria:** La constituyen las medidas destinadas a evitar el cáncer detectando los factores que lo producen. En el cáncer de mama la prevención primaria es difícil de hacer. Realmente no puede hacerse gran cosa ante los factores de riesgo como son la edad, herencia, factores ginecológicos y reproductivos. El resto de los factores causales no se conocen claramente, aunque puede insistirse en la importancia del control del peso en la juventud como en la edad adulta, realizar ejercicio físico y seguir una alimentación determinada.
- **Secundaria:** Consiste en detectar y diagnosticar precozmente el cáncer de mama y, por consiguiente, interrumpir la historia natural del tumor, aumentar la supervivencia y disminuir la mortalidad. Como hasta el momento no existen métodos eficaces de prevención primaria, desde los años 60 en los que el

estudio HIP demostró una reducción de la mortalidad de 23% en el grupo sometido al programa de detección precoz, se han desarrollado en muchos países programas de detección precoz basados en la mamografía sistemática a población de riesgo asintomática con esta finalidad.

- Prevención terciaria: Se trata de la serie de medidas a tomar para evitar recidivas, secuelas e incapacidades causadas por la enfermedad.

2.2.2. Conocimiento

Bertrand (39), plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de interferir a partir de estos.

Rosental (40), define al conocimiento como: “Un proceso en el cual la realidad se refleja y se produce en el pensamiento humano. Dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actitud práctica, el fin del conocimiento es alcanzar la verdad objetiva”.

Kant (41), en su teoría del conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos. El puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el empírico después de la experiencia.

Según Mario Bunge (42), el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser

claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándole en conocimiento científico y vulgar, el científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago, inexacto, limitado por la observación.

2.2.3. 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 (43).

La práctica es el conjunto de comportamientos expresados por el ser humano, influenciados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética (44).

Desde los inicios de su historia se ha tratado de estudiar y comprender, esto para tratar de aprovechar sus características en el desarrollo de actividades o mejorarlo para permitirle vivir de una mejor manera, ya sea observando sus fortalezas, mejorando esos aspectos y tratar de disminuir las debilidades aumentando la atención en los puntos en los que generalmente el ser humano suele fallar (45).

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 a 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 (46).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- a) **Autoexamen de mama:** procedimiento por el cual una mujer se examina sus mamas y sus estructuras accesorias en busca de cualquier alteración mamaria a través de la observación y la palpación.
- b) **Cáncer de mama:** se define como el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse.
- c) **Conocimiento:** se definen como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.
- d) **Detección Temprana o Precoz:** en medicina un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de Salud Pública, de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población

determinada y asintomática, una enfermedad grave, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada.

e) Práctica: es una respuesta establecida para una situación común. Es una conducta o reacción. Las prácticas regulares se denominan hábitos.

f) Prevención: se lleva a cabo eliminando los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma.

2.4. BASES EPISTÉMICOS.

El cáncer de mama se caracteriza por el crecimiento de células malignas en los tejidos de la mama. Una célula cancerosa de mama se duplica cada 100 a 300 días. Para que una tumoración sea palpable se requiere un período de duplicación celular preclínico de 8 a 10 años (47).

Existen dos teorías sobre el crecimiento del cáncer de mama (48):

La teoría del *continuum* postula que después de un período variable de lesión *in situ* confinada al ducto, invade la membrana basal convirtiéndose en enfermedad invasiva.

Basándose en un extenso análisis de la mama, Gallager y Martin (49) han postulado una progresión lógica de la lesión epitelial a cáncer *in situ*.

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

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

Prescindiendo de la discutida historia natural del cáncer de mama está claro que un diagnóstico precoz del cáncer de mama disminuye la tasa absoluta de la mortalidad de la enfermedad en la población a la que se le ha hecho el screening según se ha demostrado en los estudios al azar controlados desde los años 60 (50).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

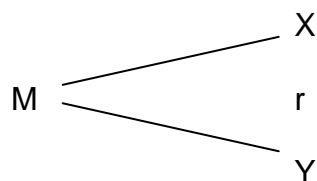
De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo **descriptivo y correlacional**.

Según la ocurrencia de los hechos fue de tipo **Prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Según el período de tiempo el estudio fue de tipo **Transversal**, porque se tuvo en cuenta un cohorte durante la investigación.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el Diseño correlacional como en el siguiente esquema:



Donde:

M = Población Muestral

X =Variable Independiente

y = Variable Dependiente

r= La relación probable entre las variables

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por todas las mujeres mayores de 40 años atendidas en el CLAS Pillcomarca, que en total fueron 4035 mujeres.

Criterios de selección:

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

- Mujeres que perteneces a la jurisdicción del CLAS
- Mujeres con consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres migrantes
- Mujeres con atención de internamiento.

Ámbito y tiempo del estudio:

El estudio se realizó en el CLAS Pillcomarca, ubicado en el distrito de Pillcomarca, provincia y departamento de Huánuco. El periodo del estudio fuer durante el año 2016.

3.3.2. MUESTRA

UNIDAD DE ANALISIS:

Mujeres mayores de 40 años.

TAMAÑO DE MUESTRA:

En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula de cálculo de muestras para estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

$Z^2 = 95\%$ confiabilidad

$P = 50\%$

$Q = 1-P$

$e =$ error de estimación en 10%

$N =$ Población

Cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 4035}{(0,1)^2 (225-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{3875,214}{41,3004}$$

$$n = 93,8 \text{ (94 mujeres)}$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 94 mujeres mayores de 40 años.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. Instrumentos

a. Cuestionario de conocimiento.

En el cuestionario de conocimiento se consideraron preguntas generales de las mujeres en estudio y asimismo las preguntas referidas al conocimiento del cáncer de mama, con alternativas de respuestas politómicas (Anexo 01)

b. Cuestionario de prácticas.

Donde se recopiló la información referente las prácticas de prevención de cáncer de mama (Anexo 02).

3.4.2. Validez y confiabilidad

En la validación de los instrumentos de recolección de los datos se tuvo en cuenta el juicio de 5 expertos relacionados en el tema, para ello emitirán su juicio en el instrumento elaborado (Ver anexo 04).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
Pregunta1	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta2	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta3	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta4	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta5	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta6	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta7	A	A	D	A	A	4	0,80
Pregunta8	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta9	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta10	A	A	A	A	A	5	1,00

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

Asimismo, en la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el alfa de cronbach, donde el cuestionario de conocimiento arrojó un valor confiable de 0,88 y el cuestionario de prácticas también fue confiable con un valor de 0,91.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Los procedimientos realizados para el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- a) Coordinación con los directivos del CLAS en estudio.
- b) Capacitación a encuestadores para la recolección de datos.
- c) Ejecución de prueba piloto.
- d) Recolección de datos propiamente dicho en el tiempo programado.
- e) Control de calidad de la información.
- f) Proceso de análisis e interpretación de datos.

Dentro del análisis de datos, se tuvieron en cuenta:

a. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio.

b. Análisis Inferencial.

Para la contrastación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi Cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio y con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Edad en años de las mujeres mayores de 40 años del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

Edad en años	Frecuencia	%
41 a 45	55	58,5
46 a 50	28	29,8
51 a 55	11	11,7
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

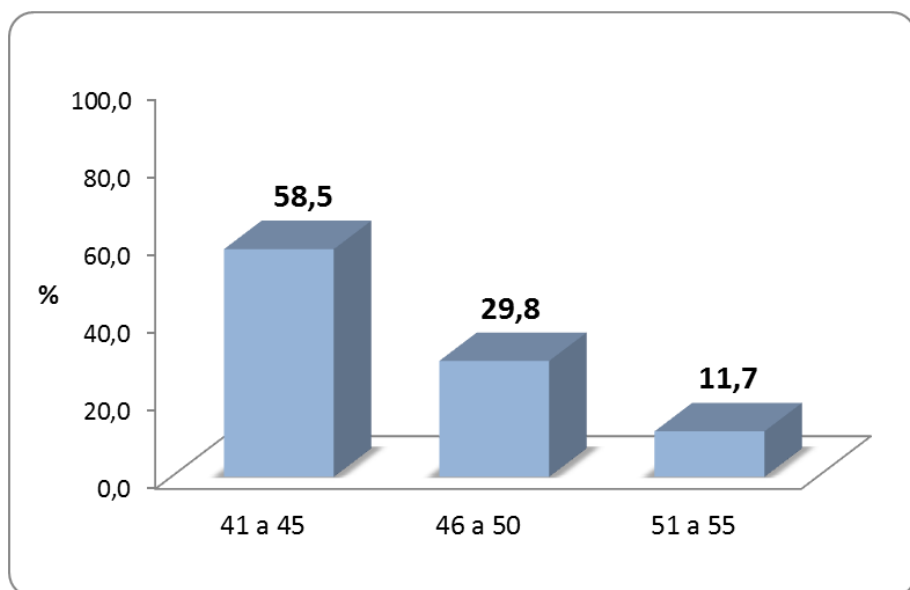


Gráfico 01. Porcentaje de mujeres según edad en años del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

En relación a la edad en años de las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 58,5% (55 mujeres) pertenecieron a las edades entre 41 a 45 años, el 29,8% (28 mujeres) entre 46 a 50 años y el 11,7% entre 51 a 55 años.

Tabla 02. Estado civil de las mujeres mayores de 40 años del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	6	6,4
Casada	27	28,7
Conviviente	61	64,9
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

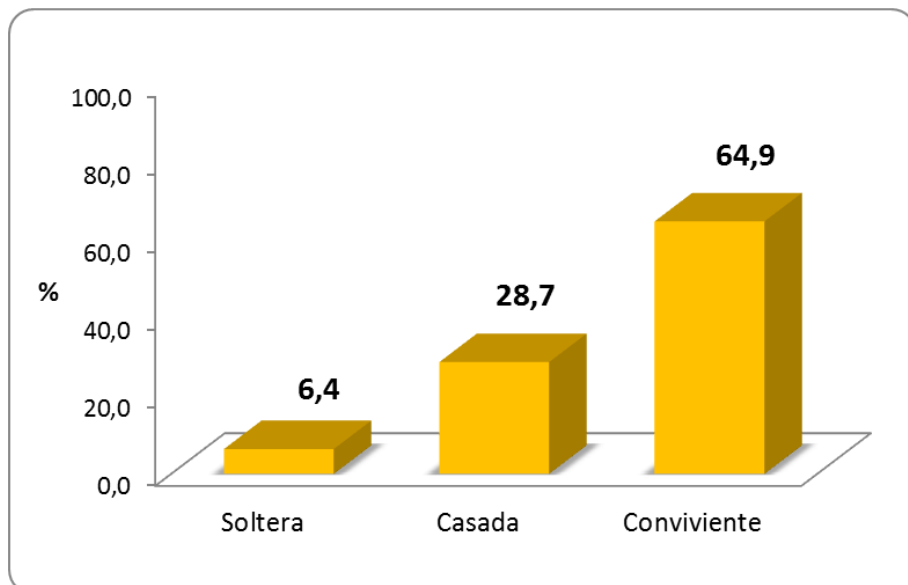


Gráfico 02. Porcentaje de mujeres según estado civil del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

Con respecto al estado civil de las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 64,9% (61 mujeres) tuvieron el estado de convivencia, el 28,7% (27 mujeres) estuvieron casadas y el 6,4% (6 mujeres) fueron solteras.

Tabla 03. Grado de instrucción de las mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	20	21,3
Secundaria	57	60,6
Superior	17	18,1
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

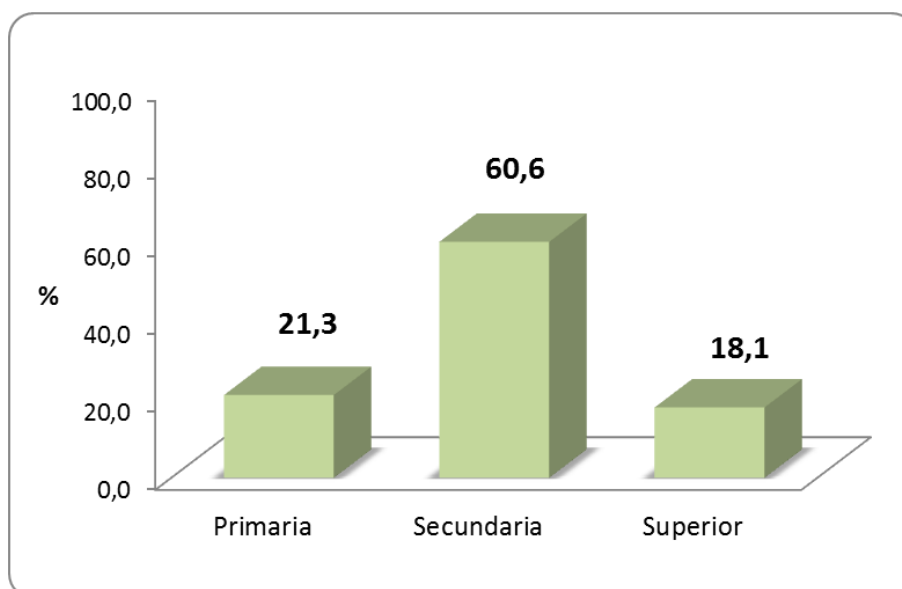


Gráfico 03. Porcentaje de mujeres según grado de instrucción del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En razón al grado de instrucción de las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 60,6% (57 mujeres) tuvieron el grado de instrucción de secundaria, el 21,3% (20 mujeres) de primaria y el 18,1% (17 mujeres) alcanzaron al educación superior.

Tabla 04. Ocupación de las mujeres mayores de 40 años del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

Ocupación	Frecuencia	%
Su casa	56	59,6
Trabajo dependiente	25	26,6
Trabajo independiente	13	13,8
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

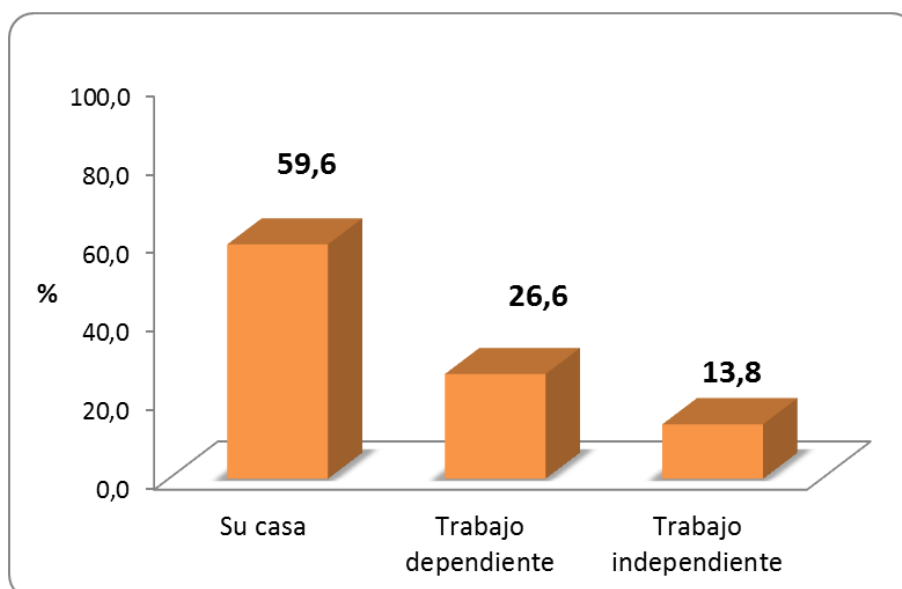


Gráfico 04. Porcentaje de mujeres según ocupación del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

Respecto a la ocupación de las mujeres en estudio, se encontró que el 59,6% (56 mujeres) se dedicaban a su casa, el 26,6% (25 mujeres) tuvieron trabajo dependiente y el 13,8% (13 mujeres) indicaron trabajo independiente.

Tabla 05. Religión de las mujeres mayores de 40 años del CLASS
Pillcomarca – Huánuco 2016

Religión	Frecuencia	%
Católica	82	87,2
Evangélica	8	8,5
Otra	4	4,3
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

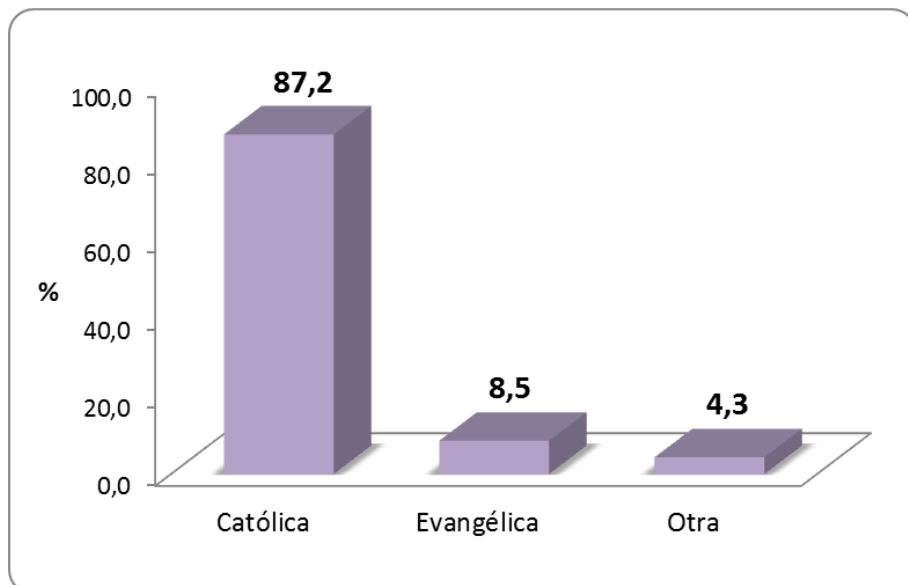


Gráfico 05. Porcentaje de mujeres según religión del CLASS Pillcomarca
– Huánuco 2016

Con respecto a la religión de las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 87,2% (82 mujeres) pertenecieron a la religión católica, el 8,5% (8 mujeres) a la religión evangélica y el 4,3% a otra religión.

Tabla 06. Lugar de residencia de las mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Lugar de residencia	Frecuencia	%
Rural	5	5,3
Urbana	70	74,5
Urbana-marginal	19	20,2
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

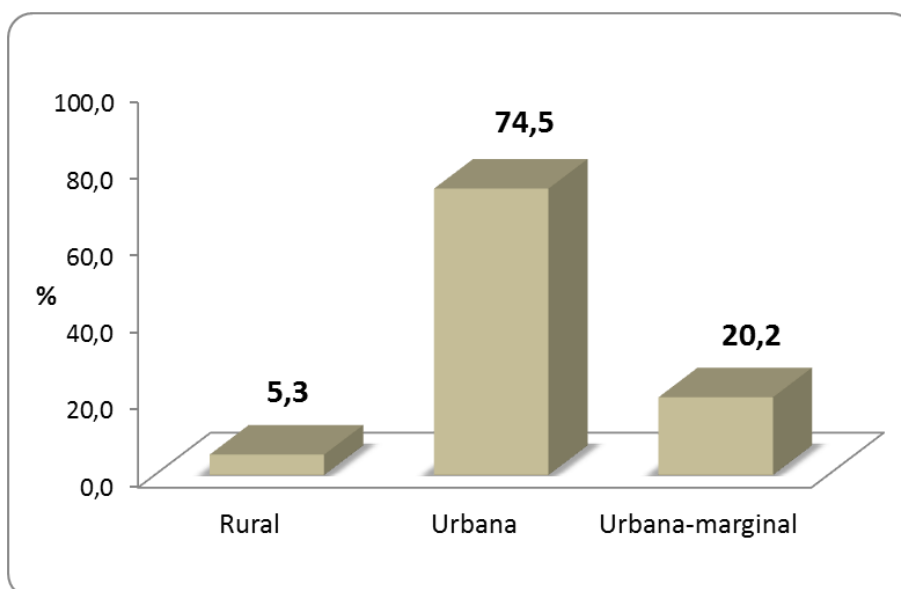


Gráfico 06. Porcentaje de mujeres según lugar de residencia del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Correspondiente al lugar de residencia de las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 74,5% (70 mujeres) residen en el ámbito urbana, el 20,2% (19 mujeres) en el ámbito rural y el 5,3% (5 mujeres) en el ámbito urbano marginal.

4.1.2. Características sobre conocimiento:

Tabla 07. Conocimiento del concepto de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento del concepto de la enfermedad	Frecuencia	%
Bueno	17	18,1
Regular	71	75,5
Deficiente	6	6,4
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

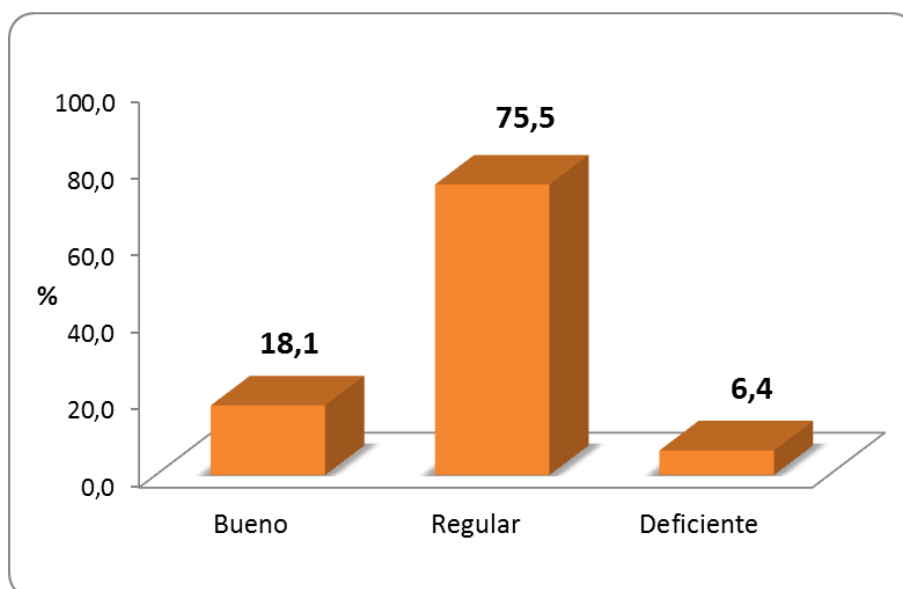


Gráfico 07. Porcentaje de mujeres según conocimiento del concepto de cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En cuanto al conocimiento del concepto del cáncer de mama en las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 75,5% (71 mujeres) tuvieron conocimiento regular, sin embargo, el 18,1% (17 mujeres) presentaron conocimiento bueno y en cambio, el 6,4% (14 mujeres) mostraron conocimiento deficiente.

Tabla 08. Conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad	Frecuencia	%
Bueno	7	7,4
Regular	62	66,0
Deficiente	25	26,6
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

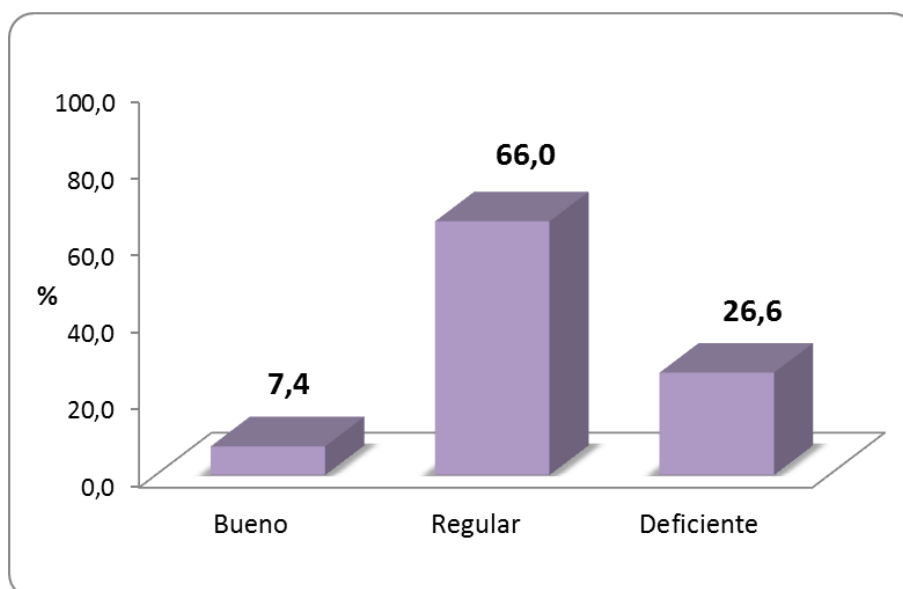


Gráfico 08. Porcentaje de mujeres según conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Referente al conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama en las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 66,0% (62 mujeres) obtuvieron conocimiento regular, sin embargo, el 26,6% (25 mujeres) manifestaron conocimiento deficiente y en cambio, el 7,4% (7 mujeres) revelaron conocimiento bueno.

Tabla 09. Conocimiento de los medios de detección temprana del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento de los medios de detección temprana de la enfermedad	Frecuencia	%
Bueno	12	12,8
Regular	74	78,7
Deficiente	8	8,5
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

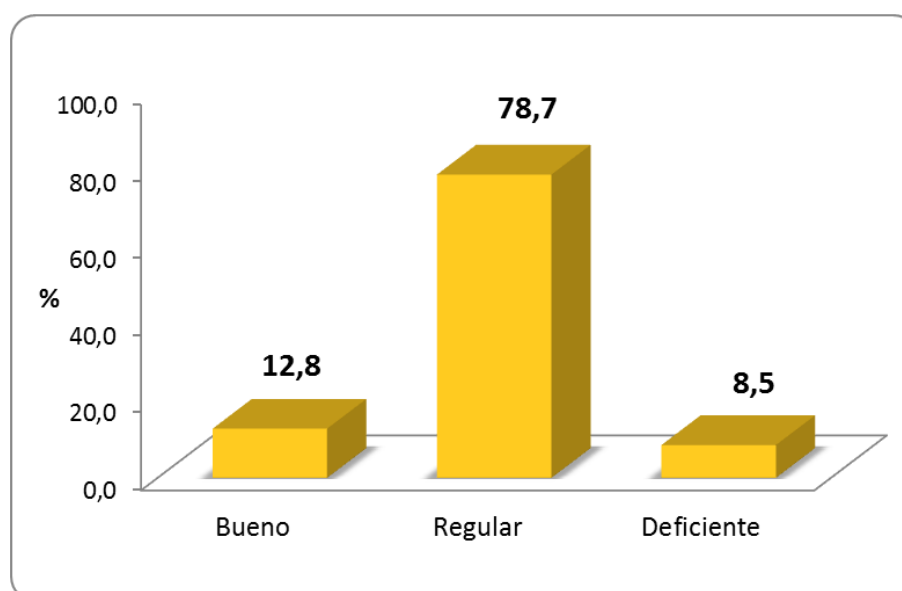


Gráfico 09. Porcentaje de mujeres según conocimiento de los medios de detección temprana del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En lo que respecta al conocimiento de los medios de detección temprana del cáncer de mama en las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 78,7% (74 mujeres) tuvieron conocimiento regular, por otro lado, el 12,8% (12 mujeres) manifestaron conocimiento bueno y en cambio, el 8,5% (8 mujeres) mostraron conocimiento deficiente.

Tabla 10. Conocimiento general del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento general sobre la enfermedad	Frecuencia	%
Bueno	14	14,9
Regular	69	73,4
Deficiente	11	11,7
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

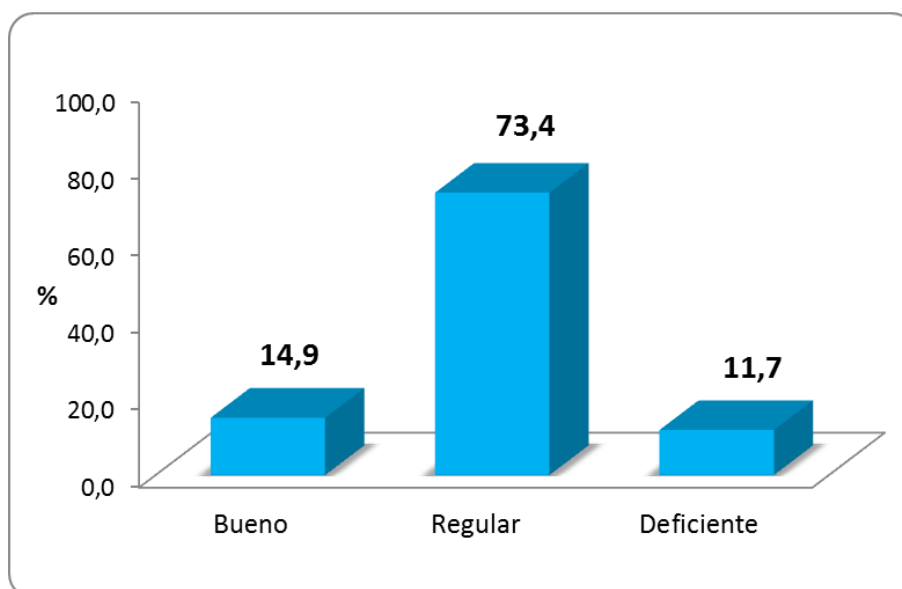


Gráfico 10. Porcentaje de mujeres según conocimiento general del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Con respecto al conocimiento general del cáncer de mama en las mujeres en estudio, se encontró que la mayoría del 73,4% (69 mujeres) demostraron conocimiento regular, sin embargo, el 14,9% (14 mujeres) mostraron conocimiento bueno y en cambio, el 11,7% (11 mujeres) manifestaron conocimiento deficiente.

4.1.3. Características de las prácticas de prevención:

Tabla 11. Prácticas de autoexamen de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Práctica de autoexamen de mama	Frecuencia	%
SI	35	37,2
NO	59	62,8
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas (Anexo 02).

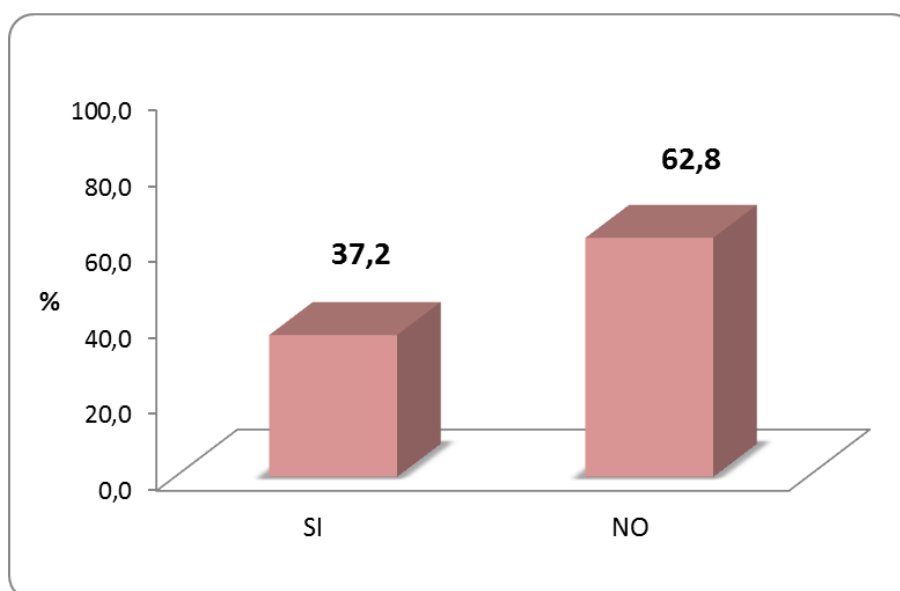


Gráfico 11. Porcentaje de mujeres según prácticas de autoexamen de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En referencia a las prácticas de autoexamen de mama en mujeres en estudio, se encontró que el 37,2% (35 mujeres) realizaban el autoexamen de mama y el 62,8% (59 mujeres) mencionaron que no.

Tabla 12. Frecuencia de consumo de frutas y verduras de mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Frecuencia de consumo de frutas y verduras	Frecuencia	%
Todos los días	20	21,3
2 veces por semana	22	23,4
1 vez por semana	41	43,6
Nunca	11	11,7
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas (Anexo 02).

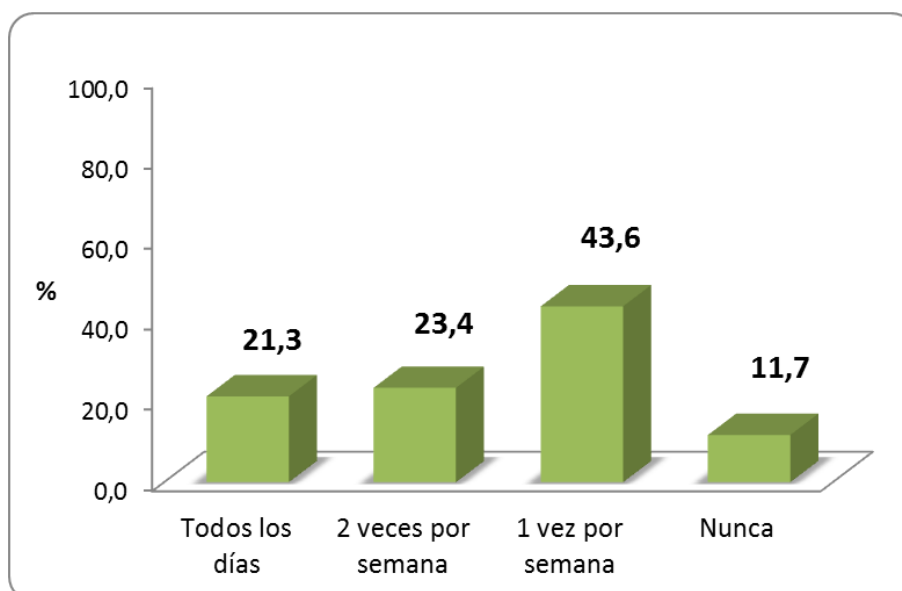


Gráfico 12. Porcentaje de mujeres según frecuencia de consumo de frutas y verduras del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Con respecto a la frecuencia de consumo de frutas y verduras de mujeres en estudio, se encontró que el 43,6% (41 mujeres) consumían una vez por semana, el 23,4% dos veces por semana, el 21,3% todos los días y el 11,7% de la mujeres manifestaron de nunca.

Tabla 13. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Frecuencia	%
Siempre	5	5,3
Casi siempre	23	24,5
A veces	25	26,6
Nunca	41	43,6
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas (Anexo 02).

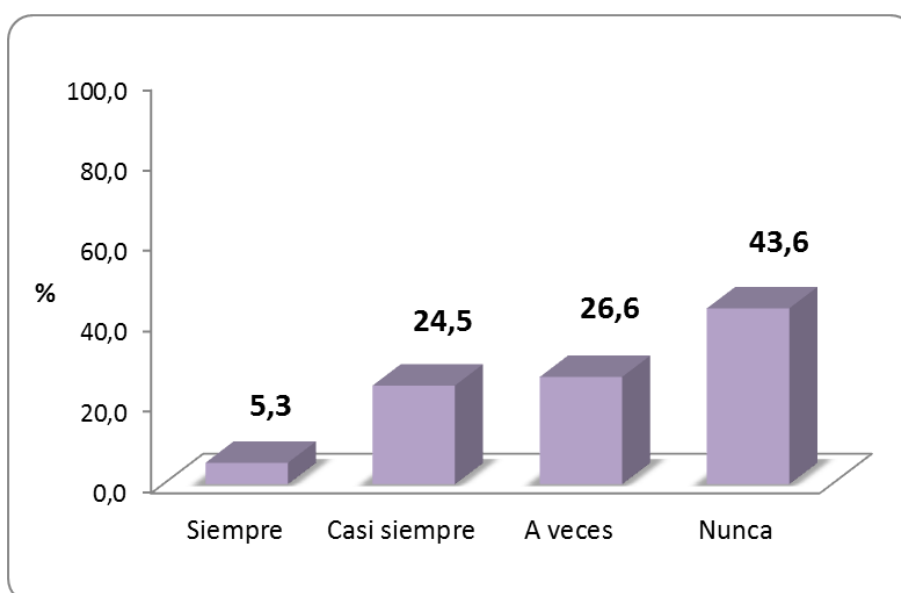


Gráfico 13. Porcentaje de mujeres según frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Respecto a la frecuencia de bebidas alcohólicas de mujeres en estudio, se encontró que el 43,6% (41 mujeres) nunca lo hacían, sin embargo, el 26,6% mencionaron de a veces, el 24,5% de casi siempre y el 5,3% de siempre.

Tabla 14. Frecuencia de consumo de tabaco o cigarrillo de mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Frecuencia de consumo de tabaco o cigarrillo	Frecuencia	%
Siempre	11	11,7
Casi siempre	19	20,2
A veces	49	52,1
Nunca	15	16,0
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas (Anexo 02).

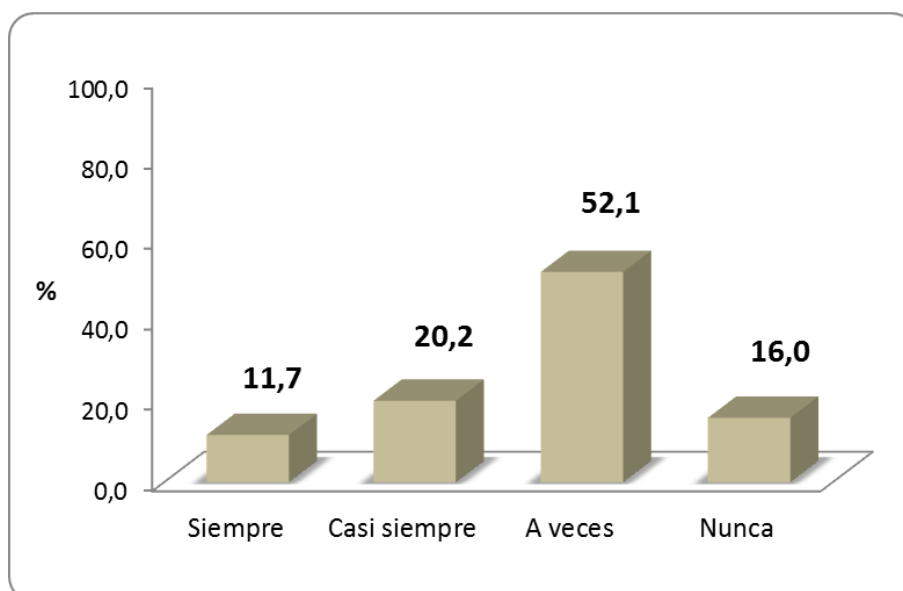


Gráfico 14. Porcentaje de mujeres según frecuencia de consumo de tabaco o cigarrillo del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En lo que respecta a la frecuencia de tabaco o cigarrillo de mujeres en estudio, se encontró que el 52,1% (49 mujeres) lo hacían a veces, el 20,2% casi siempre, el 16,0% nunca y el 11,7% de las mujeres manifestaron de siempre.

Tabla 15. Tiempo que acostumbra realizar ejercicios en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Tiempo que acostumbra realizar ejercicios	Frecuencia	%
10 a 30 minutos	18	19,1
De 31 a 60 minutos	10	10,6
A veces	18	19,1
No realiza ejercicios	48	51,1
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas (Anexo 02).

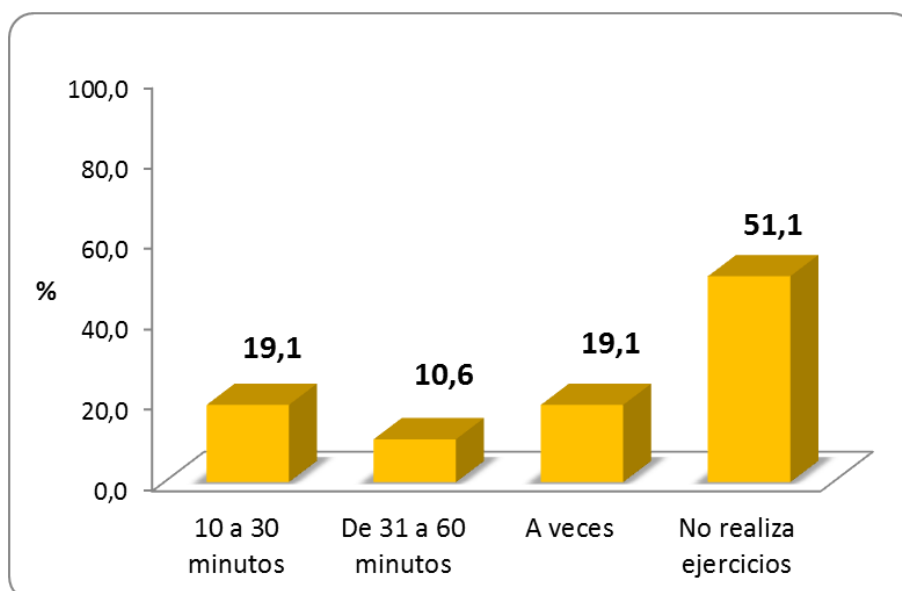


Gráfico 15. Porcentaje de mujeres según tiempo que acostumbra realizar ejercicios del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En razón al tiempo que acostumbra realizar ejercicios en mujeres en estudio, se encontró que el 51,1% (48 mujeres) no lo hacen, en cambio, el 19,1% lo hacen de 10 a 30 minutos y de a veces, cada una y el 10,6% de 31 a 60 minutos.

Tabla 16. Prácticas de prevención general del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Práctica sobre prevención general	Frecuencia	%
SI	42	44,7
NO	52	55,3
Total	94	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas (Anexo 02).

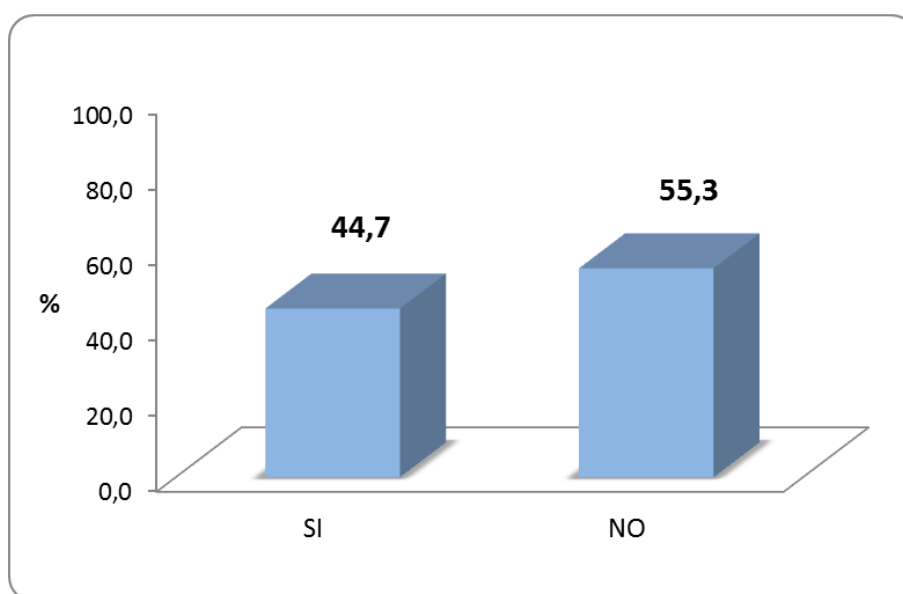


Gráfico 16. Porcentaje de mujeres según prácticas de prevención general del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En referencia a las prácticas de prevención general del cáncer de mama en las mujeres en estudio, se encontró que el 44,7% (42 mujeres) lo realizaban y en cambio, el 55,3% (52 mujeres) indicaron que no.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Tabla 17. Relación entre el conocimiento del concepto y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento del concepto de cáncer de mama	Prácticas sobre prevención del cáncer de mama				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	15	16,0	2	2,1	17	18,1	16,82	0,000
Regular	26	27,7	45	47,9	71	75,5		
Deficiente	1	1,1	5	5,3	6	6,4		
Total	42	44,7	52	55,3	94	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

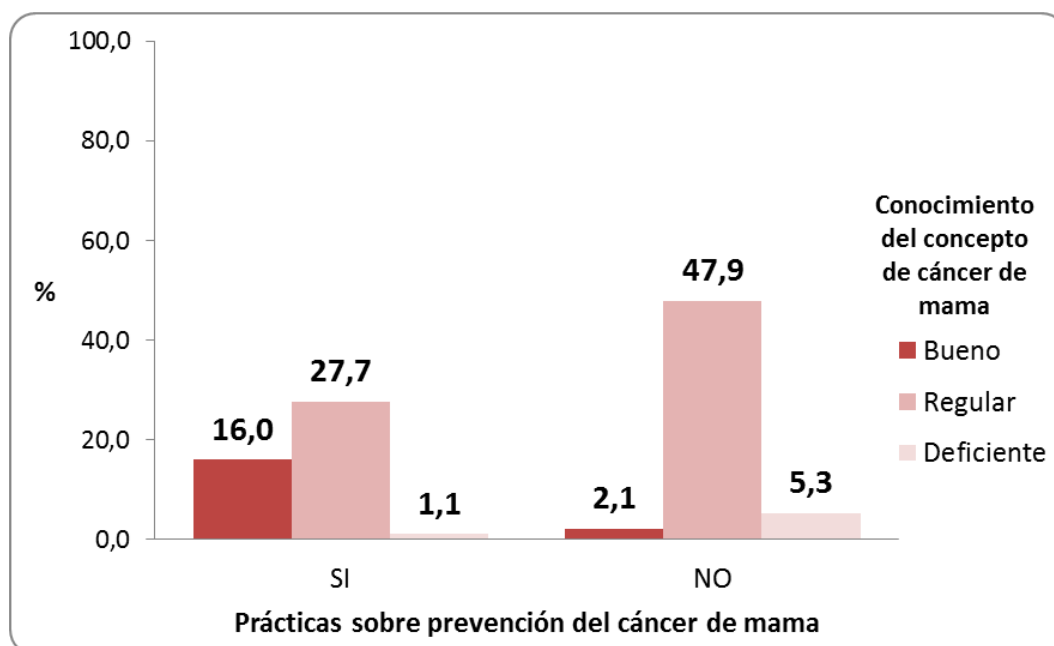


Gráfico 17. Porcentaje de mujeres según conocimiento del concepto y las prácticas de prevención del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En cuanto a la relación entre el conocimiento del concepto y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres en estudio, observamos que el 47,9% tuvieron conocimiento regular y la vez no realizaron prácticas prevención del cáncer de mama. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia resultó significativo estadísticamente ($X^2=16,82$; $p\leq 0,000$); es decir el conocimiento del concepto de la enfermedad se relaciona significativamente con las práctica de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca.

Tabla 18. Relación entre el conocimiento de los factores de riesgo y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama	Prácticas sobre prevención del cáncer de mama				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	6	6,4	1	1,1	7	7,4	20,97	0,000
Regular	34	36,2	28	29,8	62	66,0		
Deficiente	2	2,1	23	24,5	25	26,6		
Total	42	44,7	52	55,3	94	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

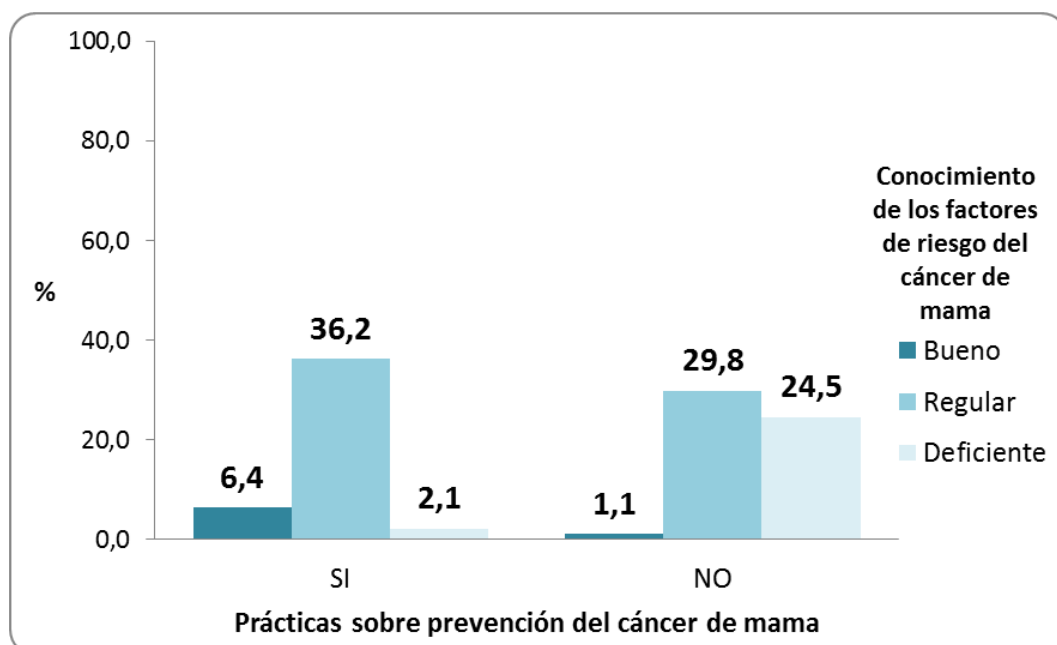


Gráfico 18. Porcentaje de mujeres según conocimiento de los factores de riesgo y las prácticas de prevención del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

En referencia a la relación entre el conocimiento de los factores de riesgo y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres en estudio, observamos que el 36,2% tuvieron conocimiento regular y la vez realizaron prácticas prevención del cáncer de mama. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia resultó significativo estadísticamente ($X^2=20,97$; $p\leq 0,000$); es decir el conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad se relaciona significativamente con las práctica de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca.

Tabla 19. Relación entre el conocimiento de los medios de detección temprana y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento de los medios de detección temprana del cáncer de mama	Prácticas sobre prevención del cáncer de mama				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	10	10,6	2	2,1	12	12,8	10,84	0,004
Regular	31	33,0	43	45,7	74	78,7		
Deficiente	1	1,1	7	7,4	8	8,5		
Total	42	44,7	52	55,3	94	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

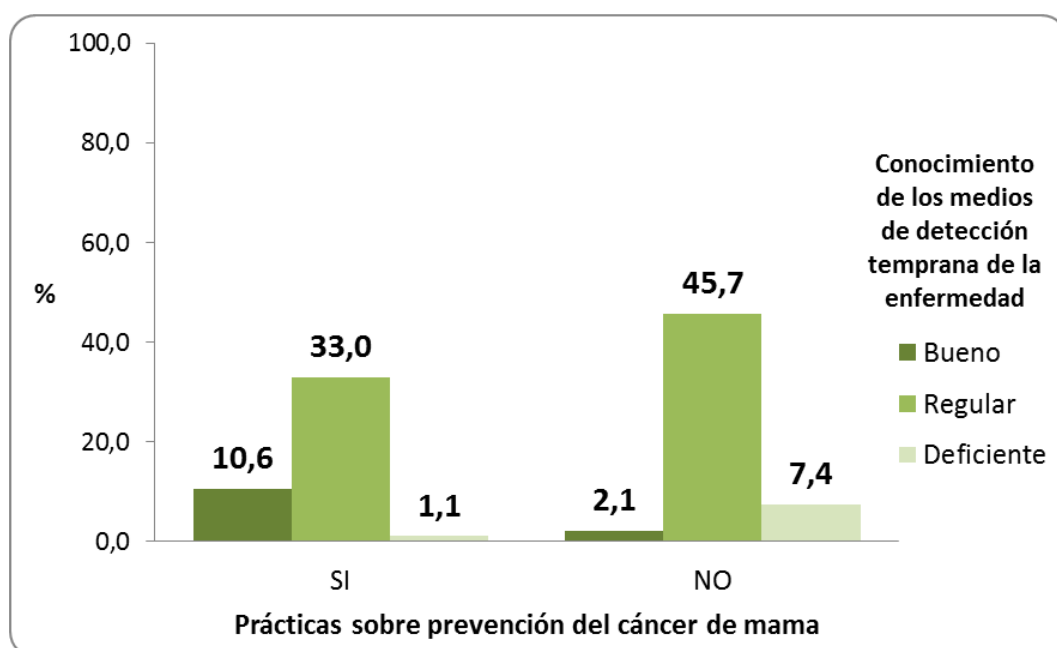


Gráfico 19. Porcentaje de mujeres según conocimiento de los medios de detección temprana y las prácticas de prevención del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Correspondiente a la relación entre el conocimiento de los medios de detección temprana y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres en estudio, observamos que el 45,7% tuvieron conocimiento regular y la vez no realizaron prácticas prevención del cáncer de mama. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia resultó significativo estadísticamente ($\chi^2=10,84$; $p\leq 0,004$); es decir el conocimiento de los medios de detección temprana de la enfermedad se relaciona significativamente con las práctica de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca.

Tabla 20. Relación entre el conocimiento general y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Conocimiento general del cáncer de mama	Prácticas sobre prevención del cáncer de mama				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	12	12,8	2	2,1	14	14,9	13,13	0,001
Regular	28	29,8	41	43,6	69	73,4		
Deficiente	2	2,1	9	9,6	11	11,7		
Total	42	44,7	52	55,3	94	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

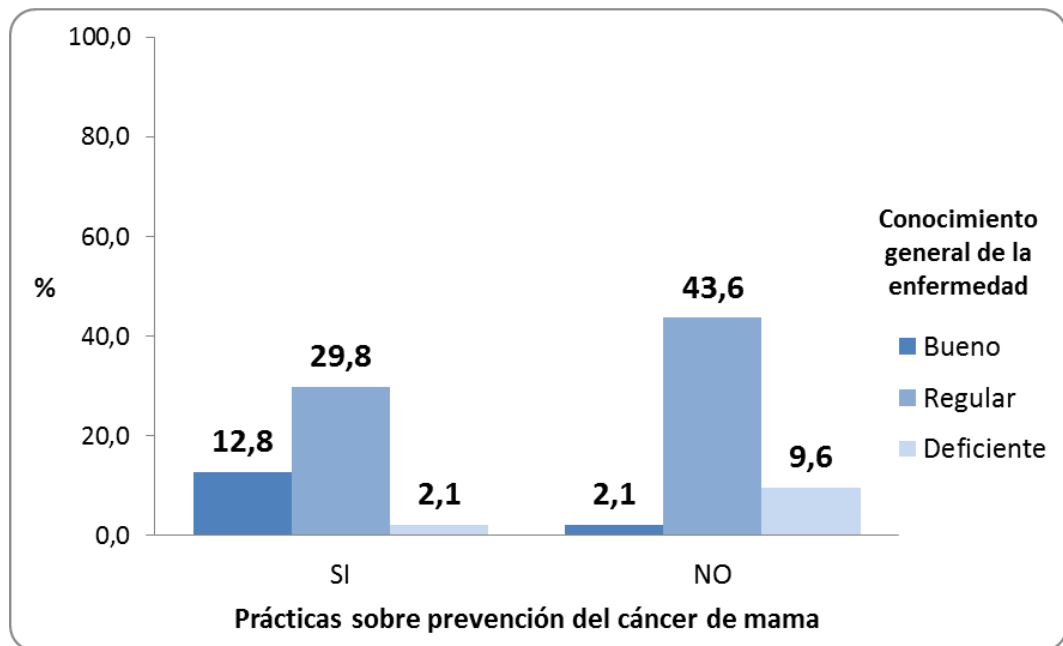


Gráfico 20. Porcentaje de mujeres según conocimiento general y las prácticas de prevención del cáncer de mama del CLASS Pillcomarca – Huánuco 2016

Y, en cuanto a la relación entre el conocimiento general y las prácticas de prevención del cáncer de mama en mujeres en estudio, observamos que el 43,6% tuvieron conocimiento regular y la vez no realizaron prácticas prevención del cáncer de mama. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia resultó significativo estadísticamente ($X^2=13,13$; $p\leq 0,001$); es decir el conocimiento general de la enfermedad se relaciona significativamente con las práctica de prevención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. DISCUSION

La prevención y control del cáncer se encuentran entre los más importantes desafíos científicos y de salud pública de nuestros días. Para que las estrategias de prevención y detección precoz del cáncer de mama produzcan beneficios reales, es imprescindible tomar un enfoque de equipo multidisciplinario (51).

En nuestra investigación se logró demostrar que el conocimiento sobre la enfermedad se relaciona con las prácticas de prevención del cáncer de mama, con significancia estadística de $p \leq 0,001$. Asimismo, las prácticas de prevención del cáncer de mama se relacionan con el conocimiento sobre el concepto del cáncer de mama ($p \leq 0,000$), los factores de riesgo del cáncer de mama ($p \leq 0,000$) y de los medios de detección temprana del cáncer de mama ($p \leq 0,004$).

Nuestros resultados son compartidos también por los estudios de Vivas, Torres, Esguerra, Torres, Mojica, Mendoza, et al (52) quienes manifiestan que existe alta asociación de la variable conocimientos y prácticas; aplicando métodos estadísticos X^2 (Chi Cuadrado). Además de ello, se encontró una alta fuerza de asociación entre las variables conocimientos y prácticas con un de OR: 8.07 lo que indica que a

mayores conocimientos, mayores prácticas de prevención de cáncer de mamas.

Asimismo, Rodríguez, Rodríguez, Triana y Mendoza (53) informan que la falta de conocimiento acerca del cáncer de mama pudiera estar en relación con la dificultad para la identificación de los factores de riesgo y la pobre asistencia a la consulta de control médico.

Silva, Soares y Rego (54) detectaron referencia de conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por parte de la mayoría de las usuarias. Señalan que tal conocimiento sobre el autoexamen de mamas es estadísticamente significativo en las mujeres de mayor nivel educativo, conocedoras del cáncer de mama y que consideran importante su diagnóstico inicial. Mencionan también que la práctica tuvo significancia estadística entre las mujeres económicamente activas, con al menos un hijo, no fumadoras, que frecuentan la unidad más de dos años, conocen el cáncer de mama, creen importante el diagnóstico inicial de la enfermedad y que aprendieron la técnica en los medios de comunicación.

Martín, Abt, Perestelo y Serrano (55) muestran que la postura ante la toma de decisiones de las mujeres con cáncer de mama es muy variable, cobrando especial importancia la situación emocional, nivel de información disponible y la influencia del entorno.

Por otro lado, Pérez, López, Benítez y Sandoval (56) manifestaron que no se encontró relación entre el nivel de conocimientos y los comportamientos protectores para cáncer de mama ($r_p = -0.076$, $p > 0.05$), es decir, los conocimientos son deficientes y no se relacionan con

conductas saludables ni garantizan que las mujeres realicen detección oportuna.

González (57) encontró que las pacientes que refieren conocer el autoexamen de mama que fueron 169, de estas un 59% refirió ponerlo en práctica y un 41% no hacerlo; sin embargo, la técnica utilizada no fue la correcta.

Avalos, Chávez y Corado (58) concluyeron que la población en estudio posee un nivel de conocimiento no aceptable, actitud no favorable y practica incorrecta hacia el Autoexamen de mamas.

Finalmente, ponemos de manifiesto las limitaciones de los hallazgos que derivan del diseño transversal del estudio que no permitió presentar explicaciones causales, sino más bien explicaciones de tipo relacional o de asociación, pero permitió generar preguntas hacia la causalidad para futuros estudios.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El 73,4% (69 mujeres) tuvieron conocimiento regular sobre cáncer de mama.
- Asimismo, el 44,7% (42 mujeres) realizaron prácticas de prevención del cáncer de mama.
- Por otro lado, existe relación significativa entre el conocimiento de la enfermedad y las prácticas de prevención del cáncer de mama, con $p \leq 0,001$.
- Y, se demostró que las prácticas de prevención del cáncer de mama se relacionan significativamente con el conocimiento del concepto ($p \leq 0,000$); conocimiento de los factores de riesgo ($p \leq 0,000$); y conocimiento de los medios de detección temprana ($p \leq 0,004$) de la enfermedad.

SUGERENCIAS

Se establecen las siguientes recomendaciones:

- Diseñar e implementar un plan de acción, evaluando este para que brinde su aporte al aumento del conocimiento y prácticas de detección oportuna del cáncer de mama.
- Incrementar la labor de promoción, prevención y educación para la salud en conjunto con los medios de difusión, a fin de lograr un mayor conocimiento sobre las medidas preventivas del cáncer de mama.
- Impulsar a través del Ministerio de Salud y otros organismos no gubernamentales, campañas de educación en salud dirigidas al público de bajo nivel socio-económico y con menor acceso a los servicios de salud y a otros medios de información, todavía no conscientes de las acciones de autocuidado en salud.
- Transmitir información a la familia, incluyéndolos en el proceso de la toma de decisiones con la autorización de la paciente.
- Es necesario la asignación de recursos y la capacidad de personal para hacer viable el diagnóstico precoz mediante la práctica sistemática del auto-examen de las mamas.

BIBLIOGRAFIA

1. Gori J. Cáncer de mama. La mujer debe informarse. Rev Ginecol y Obstet. 2009;8(3):48-67.
2. Vivas VM, Torres N, Esguerra LL, Torres CA, Mojica IC, Mendoza KC, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama. Revista ciencia y cuidado, 2012;9(2):43-51.
3. Brusint B, Vich P, Álvarez C, Cuadrado C, Díaz N, Redondo E. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (II/V). Semergen. 2014;40(7):381-391.
4. Ibid. P. 382.
5. Universidad Francisco de Paula Santander. Bienestar Universitario- Enfermería. Cúcuta. 2010.
6. Pérez GA, Álvarez JT, Selva A, Quilarte OT, Pérez AR. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. Rev MEDISAN. 2011;15(6).
7. Barcelos L, Costa M, Cecatti J, Duarte M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de seno en los centros de salud. Rev. Salud Pública, 2003;37(5).
8. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. 2003; 12 pág. [Consultado febrero 2016]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
9. García JA. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en Europa. Ann Oncol. 2007;18(3):581-92.
10. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Globocan 2012: Estimado la incidencia de cáncer , mortalidad y prevalencia en todo el mundo en 2012. Disponible en:

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) y en
<http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>

11. Instituto para la Métrica y Evaluación Sanitaria (IHME). GBD Diagrama de flecha. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2013. Available from <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>. último ingreso [04/07/2014]
12. Lozano R, Knaul FM, Gómez D, Arreola O, Méndez O. Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979-2006. Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2008.
13. Ministerio de Salud de Brasil. Instituto Nacional de Cáncer. Estimación 2012: incidencia de cáncer en Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [Acceso en febrero 2015]. Disponible en: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativ asde-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de prensa n.º 298 de 2014. Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia. 7 octubre de 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
15. Portillo Z. Perú: Incremento acelerado de cáncer de mama en Lima. Diario Comercio. 2009 octubre 31; Sección Salud.
16. Ministerio de Salud. Indicadores de cáncer. Lima – Perú: MINSA. 2005.
17. Tiezzi DG, Epidemiología de cáncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(5):213-5.
18. Ministerio de Salud de Brasil. Instituto Nacional de Cáncer. Intervenciones de enfermería para el control del cáncer: una propuesta de integración

- docente-asistencial. Instituto Nacional de Câncer. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
19. Pérez GA, Álvarez JT, Selva A, Quilarte OT, Pérez AR. Op. Cit. P. 3.
 20. Martínez-Montañez OG, Uribe-Zuñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Publica Mex. 2009; 51(2):S350-S360.
 21. Borba AA et al. Frecuencia de realización y exactitud de auto-examen del seno para detectar bultos en las mujeres sometidas a la mamografía. Rev. Bras. Ginecol Obstet. 2010; 20(1):38-44.
 22. Cumpián-Loredo B. Conocimiento sobre detección oportuna de CaCu y mamario. Hospital General de Zona 11. Piedras Negras, Coahuila. Instituto Mexicano del Seguro Social, Rev Enferm. IMSS 2000; 8 (3):129-32.
 23. Pérez SE, López AL, Benítez LA, Sandoval L. Conocimientos y comportamientos sobre factores de riesgo de cáncer de mama en un grupo de mujeres. Revista Enfermería Universitaria 2011;8(1):26-32.
 24. Del Toro RM, Peinado VL, Díaz PA. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen mamario en mujeres de Cartagena de Indias (Bol.-Col). Cienc. innov. salud. 2014;2(1):27-32.
 25. Gálvez M, Rodríguez L, Rodríguez CO. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015; 31(2):134-142.
 26. Ibid. P. 134.
 27. Del Toro RM, Peinado VL, Díaz PA. Op. Cit. P. 27.
 28. Silva NR, Soares DA, Rego de Jesus S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. Revista Enfermería Global 2013;1(29):463-476.

29. Pérez SE, López AL, Benítez LA, Sandoval L. Op. Cit. P. 26.
30. Aponte-Salazar M, Mestanza-Torres A, Velásquez-Távora J, Farro-Peña G. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad Lima – Perú, 2010. Rev enferm Herediana. 2010;3(2):57-63.
31. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a revisión. Ginebra: OMS; 1992.
32. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr 2009 Sep;25(3):[aprox. 12 p.].
33. Gobbi H. Clasificación de los tumores de mama: actualizado en base a la nueva clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 2012. J Bras Patol Med Lab. [Internet]. Dec 2012 [citado 13 Jun 2014];48(6):[aprox. 14. p.].
34. Hunt KK, Green MC, Buchholz TA. Enfermedades de la mama. En: Sabiston P, editor. Text-book of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19th ed. España: Elsevier S.L.; 2013.
35. Cavalli F. Krebs. El reto Grose. Zürich: Editiones Rotpunktverlag; 2012.
36. Molinero MM. Análisis de las lesiones biopsiadas en la ronda inicial de un programa de cribado poblacional de cáncer de mama. Tesis doctoral. Universidad de Málaga, Facultad de Medicina. 2002.
37. Kopans, D. Caution on Core. Radiology. 1994; 193:325-328.
38. Trichopoulos D, Frederick P, Hunter L, Hunter D. ¿cuáles son las causas del cáncer? Investigación y Ciencia. 1996; 242:28.
39. Bertrand R. El conocimiento humano. 5º ed. Editorial Touros S.A. España, 1998.

40. Rosental Teoría del Conocimiento [internet]. Disponible en:
www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones
41. Kant E. Teoría y praxis [internet]. Disponible en:
www.edu.mec.gob.uy/biblioteca%20digital/libros/Kant/teoría/praxis.
42. Bunge M. La investigación científica. 3° ed. Editorial Ariel, Barcelona – España, 2004.
43. Marx K. Teoría y Praxis. [Internet]. Disponible en:
<http://teoriaypraxisociologica.wordpress.com/tag/marx/>
44. Navas J. Conceptos y teorías del aprendizaje. Puerto Rico. Editorial publicaciones. 1986.
45. Ibid. P. 38.
46. Marx K. Op. Cit. P. 2.
47. Brandan ME, Villaseñor NY. Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Cancerol.* 2006;1:147–62.
48. Rubio JP. Análisis del programa de detección precoz del cáncer de mama en Jaén y del carcinoma de intervalo en Andalucía. [Tesis]. Jaén-España: UNIVERSIDAD DE MÁLAGA; 2003.
49. Gallager HS, Martin J. Fases tempranas del cáncer de mama. *Cancer.* 1969; 24(1):170.
50. Shapiro S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. *Cancer.* 1977; 39:2272-2782.
51. Dornelles CM, Santos P, Oliveira CB, Goldim JR, Ashton P. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* ene.-feb. 2015;23(1):90-7.

52. Vivas VM, Torres N, Esguerra LL, Torres CA, Mojica IC, Mendoza KC, et al. Op. Cit. P. 50.
53. Rodríguez J, Rodríguez A, Triana A, Mendoza R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2012;11(5):673-683.
54. Silva NR, Soares DA, Rego S. Op. Cit. P. 475.
55. Martín R, Abt A, Perestelo L, Serrano P. Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87: 59-72.
56. Pérez SE, López AL, Benítez LA, Sandoval L. Op. Cit. P. 31.
57. González DR. Estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012. [Tesis]. Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala; 2013.
58. Avalos HM, Chávez KM, Corado MO. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en la población femenina de 20 a 60 años que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar las trancas del municipio de Ozatlan, puerto parada en Usulután y Trompina en sociedad, Morazan. Periodo de agosto a septiembre del año 2011. [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2012.

ANEXOS

Nº encuesta:

Fecha: / /

ANEXO 01**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Relación entre conocimiento y práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

INSTRUCCIONES. A continuación se le presenta una serie de preguntas, lea detenidamente y con atención tómese el tiempo que sea necesario luego marque la respuesta correcta.

Es necesario precisar que este cuestionario es de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

Muchas gracias.

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____ en años

1.2. Estado civil:

- Casada ()
- Conviviente ()
- Separada ()
- Soltera ()
- Viuda ()

1.3. Grado de instrucción:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

1.4. Ocupación:

- Su casa ()
- Trabajo dependiente ()
- Trabajo independiente ()

1.5. Religión

- Católica ()
- Evangélica ()
- Mormón ()
- Otro ()

1.6. Lugar de residencia:

- Rural ()
- Urbana ()
- Urbana-marginal ()

II. DATOS SOBRE CONOCIMIENTO:

A continuación se le presenta una lista de preguntas, cada una de ellas con varias alternativas de respuesta, léalas detenidamente y luego responda marcando la respuesta correcta.

1. Para usted, el cáncer de mama es:
 - a) Una enfermedad hereditaria ()
 - b) Una enfermedad contagiosa ()
 - c) Una tumoración maligna ()
 - d) Una herida en la mama ()

2. La edad en la que se presenta con mayor frecuencia el cáncer de mama en las mujeres es:
 - a) De 20 – 30 años ()
 - b) De 31 – 40 años ()
 - c) De 41 años a más ()
 - d) No sabe ()

3. Las personas que tienen familiares directos (madre, hermanas) con cáncer de mama, tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad:
 - a) Si ()
 - b) No ()
 - c) No sabe ()

4. ¿El riesgo de tener Cáncer de mama aumenta, si la primera menstruación fue antes de los 12 años?
 - a) Si ()
 - b) No ()
 - c) No sabe ()

5. ¿La menopausia después de los 55 años, es un riesgo para desarrollar cáncer de mama?
 - a) Si ()
 - b) No ()
 - c) No sabe ()

6. ¿Quiénes tienen mayor riesgo de presentar Cáncer de mama?
 - a) Mujeres con 1 hijo ()
 - b) Mujeres con 2 hijos ()
 - c) Mujeres que nunca tuvieron hijos ()
 - d) No sabe ()

7. Los medios de detección temprana del cáncer de mama son:
 - a) Autoexamen de mama, mamografía ()
 - b) Mamografía, autoexamen de mama y examen clínico de mama ()
 - c) Examen clínico de mama, autoexamen de mama ()
 - d) No sabe ()

8. ¿Qué es el autoexamen de mamas?

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

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

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

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

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

Nº encuesta:

Fecha: / /

ANEXO 02**CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Relación entre conocimiento y práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

INSTRUCCIONES. A continuación se le presenta una serie de preguntas, lea detenidamente y con atención tómese el tiempo que sea necesario luego marque la respuesta según se indique.

Es necesario precisar que este cuestionario es de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

Muchas gracias.

I. DATOS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA:

Marcar con un aspa (X), a cada pregunta según lo que crea conveniente:

1. ¿Usted practica el autoexamen de mama?
a) SI ()
b) NO ()
2. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras?
a) Todos los días
b) 2 veces por semana
c) 1 vez por semana
d) Nunca
3. ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?
a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Nunca
4. ¿Con que frecuencia consume tabaco o cigarrillo?
a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Nunca
5. ¿Cuánto tiempo acostumbra realizar ejercicios, fuera de su rutina diaria?
a) De 10 a 30 minutos
b) De 31 a 60 minutos
c) A veces
d) No realiza ejercicios

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Relación entre conocimiento y práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la relación entre conocimiento y práctica sobre prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años del CLASS Pillcomarca - Huánuco 2016.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma del participante

Firma investigador

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 04

**TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
SEGÚN EXPERTOS**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

Sugerencias:.....

.....

.....

.....

Experto