

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
AUTOEXAMEN DE MAMAS Y LA ACTITUD FRENTE A ESTE
PROCEDIMIENTO EN EL PERSONAL FEMENINO DEL ÁREA
ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAJAMARCA. 2016**

Presentado por:

La Bachiller en Obstetricia

Alcántara Mantilla, Yolanda Elizabeth

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

CAJAMARCA – PERÚ, 2016

ESTE TRABAJO SE DEDICA A:

Dios por guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar frente a los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Mis padres Hipólito y Felicita, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos y motivarme constantemente para lograr cada una de mis metas.

Mis hermanos Marcial, Karina y Luz, por la motivación que me brindan y además por compartir conmigo cada momento de su vida.

Yolanda

SE AGRADECE A:

Dios ser maravilloso que me diera fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

Mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, ya que gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Mis docentes por haberme brindado sus enseñanzas y consejos durante mi formación académica.

Mi asesora obstetra Elena Soledad Ugaz Burga, quien con su apoyo me supo guiar para la realización y culminación de este trabajo de investigación.

Yolanda

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
Introducción.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	2
1.1. Definición y delimitación del problema	2
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación del problema.....	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	6
2.1.2. Antecedentes nacionales	7
2.1.3. Antecedentes locales	8
2.2. Teorías.....	8
2.2.1. Cáncer mamario.....	8
2.2.1.1. Referencial histórico	8
2.2.1.2. Definición.....	10
2.2.1.3. Signos y síntomas del cáncer de seno.....	10
2.2.1.4. Factores de riesgo	11
2.2.1.5. Factores protectores	15
2.2.1.6. Promoción y Prevención	16
2.2.1.7. Prevención secundaria	17
2.2.1.8. Abordaje diagnóstico	18
2.2.2. Autoexamen de mamas.....	18
2.2.3. Exploración mamaria clínica.....	23
2.2.4. Conocimiento:	24
2.2.5. Actitud:	24
2.3. Hipótesis:.....	25
2.4. Variables.....	25

2.4.1. Conceptualización y Operacionalización de las variables	26
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	27
3.2. Área de estudio y población.....	27
3.3. Muestra.....	28
3.3.1. Tamaño de muestra	28
3.4. Unidad de análisis.....	29
3.5. Criterios de inclusión.....	29
3.6. Consideraciones éticas.....	29
3.7. Técnica de recolección de datos.....	29
3.8. Descripción del instrumento.....	30
3.9. Procesamiento y análisis de datos.....	30
3.10. Control de calidad de datos.....	30
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXO 01: Cuestionario de recolección de datos.....	47
ANEXO 02: Prueba de conocimientos sobre el autoexamen de mamas.....	48
ANEXO 03: Actitud frente al autoexamen de mamas	50
ANEXO 04: Consentimiento informado.....	51
ANEXO Nº 05: Validación de encuesta: Actitud ante el autoexamen de mamas	52
ANEXO Nº 06: Validación de encuesta: Conocimiento ante el autoexamen de mama ..	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características sociodemográficas del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016	31
Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016.....	36
Tabla 03: Actitud del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016	38
Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y actitud frente a este procedimiento, en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016	40

RESUMEN

El autoexamen de mama es un método no invasivo utilizado para detectar alguna patología en la mama, para que se realice dicho procedimiento es necesario tener un cierto nivel de conocimiento el cual repercute en la actitud que se tome frente a este. El presente trabajo de investigación corresponde a un diseño no experimental, el tipo de investigación es descriptiva, transversal y correlacional. Se tuvo como principal objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y la actitud frente a éste, para ello se diseñó un instrumento de recolección de datos (cuestionario), para lo cual se trabajó con una muestra de 81 mujeres que forman parte del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca. Los resultados fueron: el mayor porcentaje del personal femenino administrativo de la Universidad Nacional de Cajamarca, pertenece al grupo etáreo de 30-34 años con el 34,5%, la mayoría de ellas tiene educación superior ya sea técnica o universitaria con un porcentaje de 91,4%, casadas en un 39,5 % y pertenecientes al área urbana en 88,9%. El 44,4% de las mujeres tiene un nivel de conocimientos bueno. El 53,1% de mujeres tienen una actitud favorable. Finalmente se determinó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al autoexamen de mamas.

Palabras claves: autoexamen de mama, nivel de conocimiento, actitud.

ABSTRACT

Breast self-examination is a method of invasive used to detect any disease in the breast, so that this procedure is not necessary to have a certain level of knowledge which impact on the attitude taken against this. The present research work corresponds to a non-experimental design, the type of research is descriptive, transversal and correlational. Had as main objective to determine the relationship between the level of knowledge about self-examination of breasts, and the attitude towards this, so was designed a collection of data (questionnaire) instrument, to which worked with a sample of 81 women who are part of the female staff of the administrative area of the National University of Cajamarca. The results were: the highest percentage of female staff at the National University of Cajamarca, belongs to the 30-34 year age group with 34.5%, most of them have higher education either technical or University with a percentage of 91.4, married in a 39.5 %.y belonging to the urban area on 88.9%. 44.4% of the women has a good level of knowledge. 53.1% of women have a favorable attitude. Finally, it was determined that there is a significant relationship between the level of knowledge and the attitude towards the breast self-exam.

Key words: breast self-examination, knowledge, attitude.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una de las enfermedades que no hace distinción entre la población de países desarrollados y en desarrollo y es el tipo de cáncer con mayor presencia en las mujeres a nivel mundial; sin embargo, se puede detectar fácilmente en etapas tempranas mediante algunas técnicas como la mamografía y más personalmente mediante el autoexamen de mamas, pero para ello se hace necesario de un cierto nivel de conocimiento y una actitud favorable, por cuya razón se realizó la presente investigación cuyo objetivo fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento, en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Se llegó a determinar que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y el tipo de actitud según $p > 0,052$.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: corresponde al planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPITULO II: pertenece a este capítulo los antecedentes, teorías, hipótesis y variables.

CAPITULO III: Está compuesto por el diseño metodológico.

CAPITULO IV: constituido por el análisis y discusión de los resultados.

Finalmente están las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

A medida que avanzan, en ciencia y tecnología, los países en desarrollo experimentan cambios en el estilo de vida que aumentan la incidencia de los diferentes tipos de cáncer (1).

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuye 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo para el año 2012. Entre ellos uno que cobra relevancia es el cáncer de mama por las defunciones que origina (521,000) (1).

Del total de casos de cáncer diagnosticados en 2012, el 25% fueron de mama, de los que 883,000 se registraron en países menos desarrollados y 794,000 en el mundo desarrollado (2).

En el Perú el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en las mujeres. Se estima que cada año se presentan alrededor de 4,300 nuevos casos (tasa de incidencia acumulada 34 x 100 000 mujeres) y 1.365 muertes (tasa de mortalidad 10,8 x 100 000 mujeres). El cáncer de mama representa, así, 30,862 años de vida saludables perdidos, generando una pérdida aproximada de 90 millones de dólares (3).

En Cajamarca la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 3,7 en el año 2011 (4).

Sin embargo, el cáncer de mama es uno de los que más avances han logrado en su tratamiento, con un alto grado de efectividad si se detecta en fases tempranas, para lo que es imprescindible incluir las mamografías en la rutina de los servicios médicos de todos los países y la autoexploración mamaria (2). Estos exámenes pueden ayudar a los médicos a encontrar y tratar algunos tipos de cáncer en etapa

temprana, observándose que esta última es una práctica que empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo; sin embargo, el INEI reporta que solamente el 22,8% de las personas de 40 a 59 años de edad se ha realizado algún examen clínico para descartar cualquier tipo de cáncer, en los últimos 24 meses. Siendo que la detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer (5).

La mayoría de las investigaciones sugiere un impacto positivo y los hallazgos señalan que quienes practican el auto examen de mama en comparación con quienes no lo hacen detectan tumores primarios más pequeños y menor número de nódulos linfáticos axilares comprometidos. Su sensibilidad diagnóstica en general es del 35%, pero varía según la edad, siendo más sensitiva en mujeres de 35-39 años con 45% de sensibilidad y menos sensitiva entre los 60-74 años, período en el cual es del 25%. El autoexamen de mama detecta el 35% de los cánceres de mama y se estima que reduce la mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente un 25%; pero la actitud hacia la realización del autoexamen de mama debe ser favorable en el aspecto de estar dispuesto a realizarlo y a que ante la presencia o aparición de una masa en los senos durante la realización del autoexamen la persona debe saber qué hacer y a dónde acudir (6).

En Cajamarca, la situación no suele ser diferente, pues en la vida cotidiana, la interrelación con amigas, familiares, vecinas, y al hacer alusión al tema del autoexamen de mamas, es sorprendente verificar que muchas de ellas, desconocen este procedimiento tan sencillo, pero que podría salvarles la vida en un determinado momento; además, asumen una actitud negativa, restándole importancia, es por ello que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar cuál es el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas y su relación con el tipo de actitud frente a este técnica de autocuidado de la salud en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Cajamarca.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento, en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres que forman parte del estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.
3. Determinar el tipo de actitud frente al autoexamen de mama en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.

1.4. Justificación del problema

El cáncer es la segunda causa de muerte en América Latina y el de mama es el tumor que más vidas cobra entre las mujeres latinoamericanas, según cifras de la Organización Panamericana de Salud (OPS). El cáncer de mama está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas Según el Ministerio de Salud 3,500 nuevos casos de cáncer de mama son detectados cada año en el Perú, de los cuales casi el 40% son diagnosticados en fases ya avanzadas (7).

El cáncer de mama es uno de los que más muertes maternas ocasiona, pero también es el que más avances ha logrado en su tratamiento, con un alto grado de efectividad si se detecta en fases tempranas, siendo indispensable para ello que la mujer tenga conocimiento de la técnica del autoexamen de mama, pero además que asuma una actitud positiva para que, rutinariamente, tenga este hábito de autoexaminarse y de ser el caso identificar precozmente una tumoración maligna y recibir un tratamiento oportuno que, de hecho, le salvará la vida; es por ello que se pretende la realización del presente estudio a fin de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama y la actitud frente al procedimiento (5).

Los resultados permitirán a futuro, incorporar estrategias preventivo promocionales en el control y la detección temprana de cáncer mamario, incorporando, en las mujeres, el conocimiento suficiente para una técnica correcta sobre el autoexamen de mamas, con la finalidad de lograr en ellas un empoderamiento y responsabilidad plena sobre su salud, además de fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, la misma que permitirá que adopten una actitud positiva frente a este procedimiento, sencillo, pero de gran significado ya que podría salvarles la vida en un momento determinado. De igual forma permitirá a otros profesionales, formular una propuesta y/o implementación de un programa de prevención y control de cáncer de mama en la región, teniendo en consideración el costo, la eficacia y accesibilidad, redundando en beneficio no solo de la mujer misma, sino de su familia y la sociedad, así como de los servicios de salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gutiérrez y cols. (Bolivia, 2011) en su estudio determinaron que de las encuestadas, el 50,5% pertenecían al rango de edad entre 20-22 años, 91% de las encuestadas conocían el procedimiento del autoexamen, 71% practicaban el autoexamen, 99% pensaban que era muy importante; el 44% se informó del mismo a través del personal de salud y el 63,4% prefirió realizar el autoexamen frente al espejo (8).

Bell y col. (Venezuela, 2012) en su estudio determinaron que en la casuística predominó el grupo atareó de 40-49 años (28,3%), las pacientes que realizaban la técnica de forma incompleta (74,1 %) y las que no ejecutaban este procedimiento (75,1%). Entre las principales fuentes de información sobresalieron: promoción gráfica, familiares y amigos (9).

Gálvez M. y cols. (Cuba, 2013) en su estudio determinaron que el 57,9% de las mujeres desconocía qué es el autoexamen de mama, solamente el 31,4% se autoexaminaba 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 (10).

Ochoa F. (Ecuador, 2015) en su estudio determinó que el 78,7% de mujeres tenía de 20 a 39 años de edad; el 69,2% refirió tener uno y tres hijos; el 54,1% tuvo instrucción primaria, 60% eran amas de casa; 9,5% tenía antecedentes familiares de patología mamaria. Sobre conocimientos el 48,9% refirió que debía examinarse seno, pezón y

axilas; el 29% consideraba que debía autoexplorarse mensualmente y 19,6% que debía autoexplorarse después de la menstruación. El 95% tuvo una actitud positiva, temores infundados en el 90%; el 48,9% hace una práctica regular de este conocimiento (11).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Aponte S. y cols. (Lima 2010) en su estudio realizado determinaron que, el 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 obtuvo un 48,2% sobre signos y síntomas y un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento. En relación con las características sociodemográficas, encontró que el 87,1% tenía entre 20 y 49 años de edad; el 48,2% era soltera; el 48,3% tenían secundaria completa o superior; el 58,8% procedía de la región costa y el 88,2% tenía por lo menos un hijo, entre ellas, el 49,3% lo tuvo antes de los 18 años y el 82,9% refirieron no tener antecedentes familiares de cáncer de mama (12).

Sáenz A. y Sánchez A. (Lima, 2011) en su estudio determinaron que el 26,6% de mujeres tenían entre 26 y 30 años, el 32,02% presentaban el nivel de educación secundaria completa; el 60,1% tenían una relación estable (conviviente), un 41,87% profesaban la religión católica y el 82,27% habitaban en urbanización. Del total de las 203 pacientes entrevistadas, el 89,16% afirmó que es un examen necesario; el 81,28%, que ésta técnica sirve para detectar algo anormal; un 95,57%, que el personal de Salud debería de difundir la práctica del examen más exhaustivamente. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama (6).

Blossiers C. (Lima, 2012) en su estudio determinó que el 99,19% de las universitarias conocían y definían correctamente la técnica del autoexamen de mamas, el 83,87% sabían el procedimiento y la parte de la mano a utilizar en la palpación de la mama, el 62,10% desconocían el período en que se realiza la práctica del autoexamen de mamas; no obstante su importancia; halló que, no se asume la práctica del autoexamen

de mamas con responsabilidad personal, en la medida en que, no se tenía el hábito (13).

Pacohuanaco M. (Tacna, 2012) en su estudio determinó que el 65% de adolescentes evidenciaban un nivel de conocimiento insuficiente, el 66% presentaron una actitud positiva y el 78% no practicaba el autoexamen de mama (14).

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Cuzco G. (Cajamarca, 2012) en su estudio determinó que el mayor porcentaje de mujeres (86,7%) tenían un nivel de conocimientos regular sobre el autoexamen de mama, y coincidentemente; el 6,7% mostraron un nivel de conocimiento bueno y malo respectivamente. La principal fuente de información acerca del autoexamen de mamas fue la televisión con 26,7%, seguida de los libros y folletos con 20,0% y solo 15,6% para el profesional de obstetricia. El 80% no realizaban la práctica del autoexamen de mamas pese a su nivel regular de conocimientos sobre el tema (15).

Rojas y Col. (Cajamarca, 2014) en su estudio determinaron que del total, 75,5% mujeres poseían un nivel de conocimientos bueno, 47,6% realizaban la práctica de autoexamen de mamas; 44,2% poseían un nivel de conocimiento bueno y buena práctica de la misma y 29,9% de ellas poseían un nivel de conocimientos bueno sin embargo, no realizaban la práctica de autoexamen de mamas (16).

2.2. TEORIAS

2.2.1. Cáncer mamario

2.2.1.1. Referencial histórico

El cáncer de mama es una enfermedad que ha acompañado a la humanidad desde épocas antiguas. Se ha mencionado en cada período de la historia registrada y debido a los síntomas visibles, especialmente en los estadios avanzados han sido registrados por los médicos a partir de épocas tempranas. A diferencia de otros cánceres internos, los tumores de mama tienden a manifestarse como tumores visibles.

Sin embargo, esta enfermedad era una cuestión de tabú y de vergüenza por lo que la detección y el diagnóstico era raro. La mención de los cánceres de mama en literatura de los libros médicos fue escasa (17).

La Implicación activa de más mujeres de poner en evidencia la enfermedad, es un fenómeno reciente de aproximadamente tres o cuatro décadas atrás. En los años 90 el símbolo del cáncer de mama (la cinta rosada) puso en evidencia una revolución contra este cáncer.

Los Egipcios fueron los primeros en observar la enfermedad hace más de 3.500 años. La condición fue descrita en los papiros de Edwin Smith y George Ebers, donde se documentan ocho casos de cáncer mamario (17).

En el año 460 A.C., Hipócrates, quien dio el nombre de Cáncer a las enfermedades malignas describiéndola como enfermedad humoral. Él postuló que el cuerpo humano consistió en cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra). Sugirió que el cáncer fuera causado por el exceso de la bilis negra.

En 1680, el médico Francés Francois de la Boe Sylvius comenzó a desafiar la teoría humoral del cáncer. Él presumió que el cáncer no vino de un exceso de la bilis negra propuso que el cáncer viene de un proceso químico que transformó los líquidos linfáticos de ácido a acre (17).

En 1730 el médico Claude-Deshais Gendron de París también rechazó la teoría sistémica de Galen y dijo que el cáncer se formó cuando el nervio y el tejido glandular se mezclaron con los vasos de linfa. Henry Francois Le Duran (168 -1770), consideró al cáncer como una enfermedad local en sus etapas iniciales y subrayó que la única esperanza de curación era la cirugía temprana (Hipótesis de la enfermedad local).

Guillermo Halstead de Nueva York hizo cirugía radical de mama, el patrón duro por los 100 años próximos. Él desarrolló la mastectomía radical, extirpando totalmente al seno, los ganglios axilares, y ambos músculos del pecho como el único procedimiento para prevenir la extensión del cáncer de mama (17).

En 1955, Bernard Fisher mencionó la capacidad del cáncer para extenderse por metástasis. En 1976, Fisher publicó resultados usando una cirugía conservadora más simple seguida por la radiación o la quimioterapia. Él observó que éstos eran apenas tan efectivos como mastectomía radical.

En 1995, el menos de 10 por ciento de mujeres con cáncer de mama, tenía una mastectomía. Esta vez también consideró el revelado de las terapias nuevas para el cáncer de pecho incluyendo tratamientos hormonales, cirugías y terapias biológicas. La Mamografía también fue desarrollada para la detección temprana de los cánceres. Los Científicos entonces aislaron los genes que causan el cáncer de mama (17).

2.2.1.2. Definición

El 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" (17).

2.2.1.3. Signos y síntomas del cáncer de seno

El uso generalizado de los mamogramas de detección ha aumentado la cantidad de tumores cancerosos de los senos detectados antes de que causen algún síntoma. Aun así, algunos cánceres no se detectan mediante mamogramas, ya sea porque no se realizó la prueba o porque aun en condiciones ideales los mamogramas no detectan todos los cánceres de seno.

Protuberancia o masa en los senos

El síntoma más común del cáncer de seno es una nueva masa o protuberancia. Una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer, aunque los tumores cancerosos del seno pueden ser sensibles a la palpación, blandos y de forma redondeada. Incluso pueden causar dolor. Por este motivo, es importante que un médico con experiencia en el diagnóstico de enfermedades de los senos examine cualquier masa, protuberancia nueva, o cualquier cambio en los senos.

Otros síntomas

Otros posibles síntomas de cáncer de seno incluyen:

- Hinchazón de parte o de todo el seno (aunque no se sienta una protuberancia definida).
- Irritación o hendiduras en la piel.
- Dolor en el seno o en el pezón.
- Retracción (contracción) de los pezones.
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón.
- Secreción del pezón que no sea leche materna.

Algunas veces un cáncer de seno se puede propagar a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula y causar una protuberancia o inflamación ahí, aun antes de que el tumor original en el tejido del seno sea lo suficientemente grande como para poderlo palpar (18).

2.2.1.4. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que se padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de seno nunca padece este cáncer, mientras que muchas mujeres que lo padecen no tienen factores de riesgo conocidos (excluyendo el ser mujer y de edad avanzada). Aun cuando una mujer con factores de riesgo padezca ese cáncer, resulta difícil saber cuánto pudieron haber contribuido estos factores.

Algunos factores de riesgo no se pueden cambiar, como la edad o la raza de una persona.

Otros factores de riesgo están relacionados con el estilo de vida, tales como factores causantes de cáncer en el medio ambiente o conductas personales, tales como fumar, tomar bebidas alcohólicas, y la alimentación. Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros, y el riesgo de cáncer de seno cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o el estilo de vida (18).

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

- **Biológicos:**

- ✓ Sexo femenino.
- ✓ Edad: A mayor edad mayor riesgo; la edad es uno de los factores más conocidos para padecer cáncer de mama. En México suele manifestarse a partir de los 20 años de edad y su frecuencia se incrementa hasta alcanzar los 40 a 54 años. Las pacientes menores de 40 años tienen un riesgo mayor de desarrollar una recurrencia local.
- ✓ Antecedente personal o familiar: en lo que a historia familiar-genética respecta, por cada integrante de primer grado con antecedente de cáncer de mama, se incrementa el riesgo 1.8 veces, respecto a las mujeres que no manifiestan la enfermedad.
- ✓ Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia. En mujeres con antecedente de enfermedad benigna se eleva el riesgo, principalmente cuando el resultado histopatológico es de hiperplasia de células ductales o lobulillares. En pacientes con hiperplasia atípica aumenta de 4 a 5 veces el riesgo de padecer cáncer.
- ✓ Vida menstrual mayor a 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- ✓ Densidad mamaria.
- ✓ Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2. Si una mujer tiene mutación del BRCA1 o 2 tienen un aumento en el riesgo del cáncer de mama. Además, las mujeres que tuvieron cáncer en una mama tienen un riesgo más alto de contraer el cáncer en la otra mama. Estas mujeres también tienen mayor riesgo de cáncer de ovario y pueden tener un mayor riesgo de otros cánceres (17).

- **Yatrógenos o ambientales:**

- ✓ Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in útero, en la adolescencia). La exposición a la radiación ionizante produce lesiones en el genoma, como hidroxilación de la timina, lo que resulta en formación de dímeros de dicha base nitrogenada y rotura de una o dos cadenas de ADN.
- ✓ Tratamiento con radioterapia en tórax (17).

- **Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos:**

- ✓ Nuliparidad.
- ✓ Primer embarazo a término después de los 30 años de edad: el primer embarazo después de los 30 años de edad se considera un factor de riesgo, pues éste produce un efecto protector, como resultado de la proliferación y diferenciación del tejido mamario durante la gestación, lo que se considera un factor protector a la lactancia acumulativa (más de 16 meses) y aumento en la paridad.
- ✓ Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años: La terapia hormonal de reemplazo por tiempo prolongado (periodo mayor de cinco años) incrementa en 2% anual el riesgo de padecer cáncer de mama. Este riesgo permanece latente cinco años después de suspender el tratamiento; posterior a este periodo, el riesgo se iguala al de las mujeres que nunca recibieron terapia (17).

- **Factores de riesgo relacionados con estilo de vida:**

- ✓ Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
- ✓ Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.

- ✓ Obesidad, principalmente en la posmenopausia: se considera que el IMC de 27 o mayor, para talla normal, y de 25 o mayor para la población de talla baja (150 cm para mujeres) es un factor de riesgo.

Mientras que en la mujer premenopáusica, la obesidad tiene relación inversamente proporcional con el desarrollo de cáncer de mama, en la posmenopáusica se convierte en un factor importante, pues se asocia con riesgo hasta dos veces mayor que en las mujeres premenopáusicas.

En la mujer posmenopáusica obesa, el tejido adiposo se convierte en el único órgano productor de estrógenos, a través de la aromatización de androstenediona, ya que se altera la unión de éstos con la proteína transportadora de esteroides sexuales, lo que induce elevadas concentraciones de estrógenos libres.

- ✓ Sedentarismo.
- ✓ Consumo de alcohol. mayor a 15 g/día: el consumo de bebidas alcohólicas se ha identificado como factor de riesgo, ya que entre sus productos se encuentra el acetaldehído, conocido como carcinógeno primario en animales.
Diversos estudios epidemiológicos muestran la asociación del consumo de alcohol con el cáncer de mama de forma consistente, lo que sugiere una modesta asociación, y una relación de dosis-respuesta. El consumo de alcohol incrementa los niveles endógenos de estrógeno, un riesgo conocido para cáncer de mama. Es conocido que los derivados de la metabolización del alcohol son tóxicos, y se ha pensado que causan modificaciones en el DNA que llevan al cáncer. La investigación reciente se ha enfocado en genes que influyen la velocidad con la que se metaboliza el alcohol, y elevan las concentraciones de acetaldehído que se piensa puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.
- ✓ Tabaquismo: aún existe controversia entre la asociación del tabaquismo y el cáncer de mama, pues algunos autores señalan que los derivados del tabaco, como el benzopireno, las aminas aromáticas y las nitrosaminas están implicados en la carcinogénesis de la mama; otros autores; sin embargo, no han encontrado asociación alguna (17).

2.2.1.5. Factores protectores

La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población. Se debe orientar a las mujeres acerca de su responsabilidad en el autocuidado de la salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos como:

- ✓ Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales.

- ✓ Práctica de ejercicio físico moderado, que se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama en la población general. El ejercicio y el control de peso en la actualidad representan los cambios de vida más eficientes que una mujer puede realizar para reducir el riesgo de cáncer de mama. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que realizar una actividad física constante reduce el riesgo, hasta de un 10-30%, de presentar algunos tipos de cáncer, como el de colon, de endometrio, de próstata, de páncreas y de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas y, posiblemente, premenopáusicas.
Las recomendaciones actuales de actividad física son de 30-60 minutos diarios y con una intensidad de moderada a vigorosa.

- ✓ Consumo de ácido fólico.

- ✓ Amamantar, por lo que debe incluirse entre las ventajas de la lactancia materna. La edad temprana de la madre en el primer embarazo y la paridad, así como la lactancia materna, se han descrito como factores protectores. Por cada 12 meses de lactancia materna hay una reducción a padecer cáncer de mama del 4%.

- ✓ Mantener un adecuado índice de masa corporal pues el elevado (> 30) se asocia con un incremento significativo en el riesgo de cáncer mamario.

- ✓ La mastectomía o la ooforectomía como una estrategia para reducir el riesgo de cáncer de mama es apropiada para aquellas mujeres quienes tienen un riesgo familiar muy alto y la opción debe ser discutida de manera individual y en cada paciente y bajo el apoyo de un equipo multidisciplinario (17).

2.2.1.6. Promoción y Prevención

Podemos decir que las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por el cáncer de la mama, así como fomentar la demanda de la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento (17).

Desde la perspectiva de la salud pública, la disminución de la prevalencia de factores de riesgo en la comunidad, implicados en la causalidad del cáncer, puede tener un impacto significativo en la disminución de la morbilidad y la mortalidad del cáncer de mama. Por lo anterior, se fomentará la coordinación institucional y social para su inclusión en campañas de comunicación y educación a la población que favorezcan hábitos de vida saludables para reducir el riesgo de cáncer de mama.

Las acciones de promoción también incluyen el desarrollo de entornos saludables, el reforzamiento de la participación social, la reorientación de los servicios de salud a la prevención y las necesidades interculturales de las personas, así como el impulso de políticas públicas saludables (17).

Las actividades de detección del cáncer de mama, consisten en tres tipos de intervención específica que van dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad o vulnerabilidad y son:

- ✓ Autoexploración, para el diagnóstico temprano.
- ✓ Examen clínico, para el diagnóstico temprano.
- ✓ Mastografía, para la identificación en fase preclínica (17).

Desde la perspectiva de la salud pública, la disminución en la comunidad en términos de prevalencia de los factores de riesgo implicados en la causalidad del cáncer, puede tener un impacto significativo en la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. En los últimos años, todas las instituciones del sector salud y las organizaciones de la sociedad civil han hecho un esfuerzo particular para informar de

manera más amplia a la población sobre los métodos de prevención y diagnóstico temprano de las diferentes enfermedades (17).

Si bien los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de la mama y su efecto en la mortalidad no han mostrado evidencia invariable de su beneficio, en un país como el nuestro es imperativo continuar con estas acciones cuando éstas van acompañadas de un programa organizado para el diagnóstico temprano. La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubren alguna anomalía, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicios de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población (17).

2.2.1.7. Prevención secundaria

La prevención secundaria para la detección del cáncer de mama debe incluir la autoexploración, el examen clínico y la mastografía. De acuerdo a la OMS la detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer. Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo (17).

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (17).

Hay dos métodos de detección precoz:

El diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer (17).

2.2.1.8. Abordaje diagnóstico

Los signos y síntomas de sospecha de cáncer mamario son:

- ✓ Tumor palpable de consistencia dura y no doloroso, con escaso desplazamiento y bordes irregulares.
- ✓ Ganglio de mayor consistencia, duro, no doloroso, persistente y tiende a formar conglomerados de crecimiento progresivo.
- ✓ Edema de la piel (piel en aspecto de naranja).
- ✓ Retracción cutánea.
- ✓ Ulceración de la piel.
- ✓ Úlcera o descamación del pezón.
- ✓ Telorrea (secreción serosanguinolenta) (17).

Además de los signos clínicos, otros datos de sospecha son:

- ✓ Mastografía sospechosa o sugestiva de malignidad (BI-RADS 4 o 5)(17).

La sospecha se incrementa con:

- ✓ Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- ✓ Antecedentes personales de hiperplasia atípica y/o cáncer lobulillar in situ (17).

2.2.2. Autoexamen de mamas

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

El autoexamen de mama es el más simple, de bajo costo y no invasivo, además de que tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer. Su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países de escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para realizar mamografías en la población de forma rutinaria (17).

La asociación Americana de Cáncer recomienda realizar la Autoexploración de las mamas en forma mensual a todas las mujeres a partir de la menarca, sobretodo en mayores de 20 años de edad. La exploración debe ser entre los días siete y diez del ciclo menstrual, cuando el tamaño de la mama es menor y la nodularidad cíclica es menos evidente durante la etapa reproductiva, mientras que en la mujer postmenopáusica, la autoexploración se debe realizar en un día fijo mensualmente (17).

El autoexamen mamario debe perseguir los objetivos siguientes: desterrar la cancerofobia, sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, lograr que tenga un mayor conocimiento de su propio cuerpo y que identifique cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada.

Es función del personal de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres mayores de 20 años de edad que acudan a las unidades médicas.

A pesar de lo anterior, el autoexamen de mama tiene una sensibilidad de 26 a 46% para detectar abultamientos de 0.5 a 1.0 cm. (17).

Técnica

Las técnicas de auto examen deben ser las siguientes:

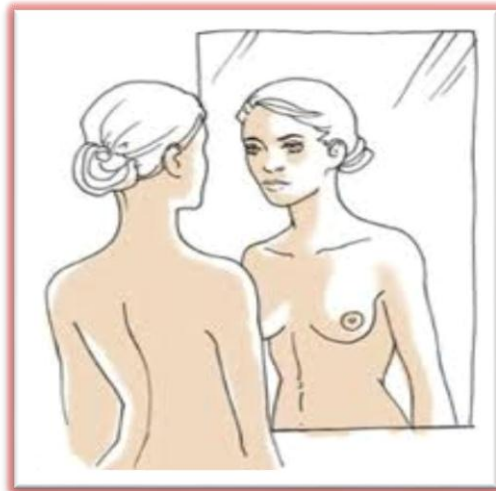
A. Inspección

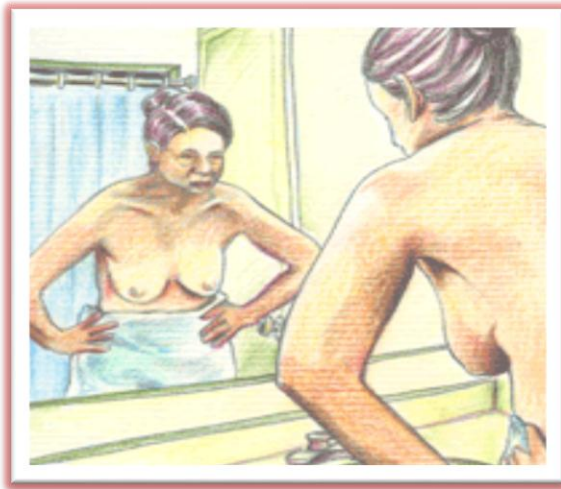
Frente al espejo

Debe realizarse una observación cuidadosa de las mamas frente al espejo permitiendo la visualización simultánea 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:

- Asimetría del volumen.
- Desviación de la dirección del pezón.
- Retracción del pezón o de otras áreas cutáneas.
- Edema de la piel.
- Ulceraciones o escoriaciones.
- Aumento de la vascularidad.
- Enrojecimiento cutáneo.
- Salida espontánea o provocada de secreciones (19).





B. La 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 mano 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.

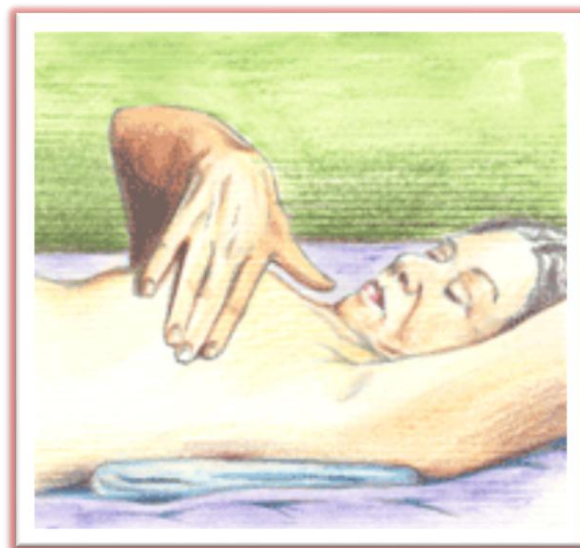
Finalizando con los cuadrantes internos se traslada al hemisferio externo, se baja el brazo del lado examinando, se coloca a lo largo del tronco y se realiza la misma técnica de los cuadrantes, con líneas radiales pero ahora con el contamos cuadrante externo en dirección hacia la areola y el pezón. Se 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 (19).



Palpación de la axila

Algunas maniobras de la autoexploración como la palpación de la zona axilar, se pueden realizar durante el baño, colocando el brazo del lado a explorar en un ángulo aproximado de 90 grados con la mano por detrás de la cabeza y con los dedos de la mano opuesta, comprimiendo la axila contra la parrilla costal, en búsqueda de crecimiento ganglionar (19).



2.2.3. Exploración mamaria clínica

El examen clínico de las mamas debe ser realizado anualmente a cada mujer mayor de 25 años que asista a las unidades de salud, por personal médico capacitado, en condiciones que garanticen el respeto a la privacidad de la mujer tales como:

- Realizar la exploración en presencia de un/a familiar, enfermera, auxiliar o asistente de consultorio.
- Utilizar bata para cubrir las mamas cuando no se estén inspeccionando o palpando.
- El examen clínico de las mamas debe incluir la identificación de los factores de riesgo en la historia clínica, para determinar la edad de inicio de la mastografía, así como necesidades especiales de consejería en mujeres de alto riesgo (17).

El diagnóstico presuntivo de patología mamaria maligna se puede establecer por los siguientes signos clínicos compatibles con cáncer de mama:

- ✓ Nódulo sólido, irregular de consistencia dura, fijo a planos profundos.
- ✓ Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento).
- ✓ Zona de sistematización en el tejido glandular, focalizado a una sola mama y región.
- ✓ Secreción serosanguinolenta.
- ✓ Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular.
- ✓ El examen clínico y la cita de la próxima detección debe registrarse en la Cartilla Nacional de Salud.
- ✓ Se recomienda realizar el examen clínico completo a todas las pacientes y revisión ginecológica anual en mujeres con antecedente de cáncer de mama o cáncer familiar.
- ✓ Para mujeres sin factores de riesgo se recomienda realizar el examen clínico cada 1 a 3 años a partir de los 20 a 39 años de edad (17).

2.2.4. 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 (20).

También puede definirse 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. Corresponde en sí a una de las facultades sensoriales del hombre. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. Para la realización del autoexamen de mama se debe saber su utilidad, la técnica para realizárselo, en que momento de su ciclo menstrual debe hacerlo, lo normal que se debe encontrar y si el embarazo impide su realización (6).

2.2.5. Actitud:

“Es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden” (20).

Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas (6).

Las actitudes comprenden tres factores: uno ideológico formado por ideas y convicciones determinadas, otro sentimental que genera simpatía o antipatía hacia cosas o personas; y un tercero reactivo o conductual que impulsa a pensar y obrar en las distintas situaciones sociales en consonancia con las convicciones y sentimientos profesados (6).

La actitud hacia la realización del autoexamen de mama debe ser favorable en el aspecto de estar dispuesto a realizarlo y a que ante la presencia o aparición de una masa en los senos durante la realización del autoexamen la persona debe saber que hacer y a donde debe acudir (6).

2.3. Hipótesis:

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca 2016.

2.4. Variables

Variable independiente:

Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas.

Variable dependiente:

Actitud frente al autoexamen de mamas.

2.4.1. Conceptualización y Operacionalización de las variables

TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Variable independiente: Nivel de Conocimiento acerca de autoexamen de mamas.	Bueno Regular Malo	16-20 11-15 0-10	Intervalo
Variable Dependiente: Actitud frente al autoexamen de mamas.	Favorable Indiferente Desfavorable	16-20 11-15 0-10	Intervalo

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental. El tipo de investigación es descriptiva, transversal y correlacional.

- ✓ Es no experimental porque no se manipuló ninguna variable
- ✓ Transversal, en tanto que la investigación se realizó en un tiempo determinado, sin hacer cortes en el tiempo.
- ✓ Descriptiva porque estuvo dirigida a identificar el nivel de conocimientos de las mujeres acerca del autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento.
- ✓ Correlacional, porque se pretendió establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca, que está ubicado en la zona Norandina del Perú, entre los paralelos 4°30' y 7° 30' de latitud Sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud Oeste, a 856 Km de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m. y cuenta con una temperatura de 18.9°C.

El presente estudio se realizó en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, que según la oficina de Control de Personal son 103.

3.3. MUESTRA

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó un muestreo aleatorio en base de proporciones, utilizando la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2 PQ}{d^2N + Z^2 PQ}$$

$$n \geq \frac{103 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times 103 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n \geq 81$$

N=Tamaño de población. (103)

n= Tamaño de muestra.

Z=1,96 (precisión de la estimación)

P=Es la proporción de mujeres con bajo nivel de conocimientos sobre autoexamen de mamas (0,5).

Q= Es la proporción de mujeres con alto nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas. (0,5)

$d^2=0.05$. Error de muestreo.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca que cumplen con los criterios de inclusión.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres que no tengan o hayan tenido cáncer de mama.

Mujeres que acepten voluntariamente participar de la investigación.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se fundamenta en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- ✓ **Autonomía:** La mujer entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.
- ✓ **No maleficencia:** La información se obtuvo luego que la participante dio su consentimiento para la entrevista.
- ✓ **Consentimiento informado:** Luego que la participante se informó en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.
- ✓ **Privacidad:** Se respetó el anonimato de las participantes entrevistadas, desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- ✓ **Confidencialidad:** La información referida por las participantes, no se reveló, utilizándose solo para fines de investigación.

3.7. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del estudio, en primer lugar se solicitó el permiso necesario al director de la oficina general de personal de la Universidad Nacional de Cajamarca, luego se informó a cada una de las participantes sobre los objetivos de la investigación y la importancia del mismo; se le solicitó la firma del consentimiento informado y se procedió a realizar la entrevista y encuesta correspondiente.

3.8. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.

La técnica a utilizar fue la encuesta y los instrumentos:

1. Cuestionario de recolección de datos donde se consignó datos generales de las mujeres como: edad, grado de instrucción, procedencia, estado civil, religión y antecedentes obstétricos.
2. La prueba de evaluación de conocimientos, la misma que está constituida por 10 ítems referidos al autoexamen de mamas; la misma que ha sido validada mediante la prueba de fiabilidad de alfa de Cronbach que es de 0,82.
3. Test de actitud sobre el autoexamen de mamas mediante una escala tipo Lickert, previamente validada, en una población de 10 mujeres y analizada de igual forma mediante la prueba de fiabilidad de Alfa de Cronbach que es de 0,80.

3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de aplicar los instrumentos de recolección de datos se ingresó la información a un software estadístico IBM SPSS (Software Statistical Package for Social Sciences) versión 22. El cual sirvió para procesar la información en tablas y su análisis estadístico respectivo de acuerdo al tipo de variable.

3.10. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

El instrumentó recolector de datos que se aplicó a la muestra en estudio, se evaluó con criterio de la investigadora y asesora; los cuales establecieron la respectiva redacción, coherencia, adecuación y observación del caso para cada ítem de cada componente. Para confirmar su fiabilidad se realizó una prueba piloto a 10 mujeres que pertenecen al grupo de estudio, las cuales fueron seleccionadas al azar, se les aplicó la encuesta a la cual ellas tuvieron que responder.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Caracterización sociodemográfica del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Tabla 01: Características sociodemográficas del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016.

Edad	n°	%
20-24	8	9,9
25-29	18	22,2
30-34	28	34,6
35-39	12	14,8
40-44	5	6,2
45-49	3	3,7
50-54	5	6,2
55-59	2	2,5
Grado de instrucción	n°	%
Secundaria completa	7	8,6
Superior	74	91,4
Estado civil	n°	%
Soltera	22	27,2
Conviviente	27	33,3
Casada	32	39,5
Procedencia	n°	%
Urbana	72	88,9
Rural	9	11,1
Total	100	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se puede observar que el mayor porcentaje del personal femenino administrativo de la Universidad Nacional de Cajamarca, pertenece al grupo etáreo de 30-34 años con el 34,5%; el 9,87% de mujeres pertenece al grupo etáreo de 20-24 años y solo un pequeño porcentaje (2,46%), pertenece al grupo de 55-59 años de edad.

Analizar la edad es importante ya que dependiendo de la etapa en la que se encuentra la mujer podría restarle o darle la importancia que amerita el autoexamen de mamas; en las etapas en las que las mujeres tienen hijos pequeños, el autocuidado de su salud por lo general disminuye durante los años de crianza de los mismos, son tantas las actividades que suelen realizar que olvidan el autocuidado de su salud, aumentando posteriormente con el devenir de los años, ya sea porque han disminuido sus actividades o porque tienen la oportunidad de conocer casos en familiares o amistades y en muchos otros caso lamentablemente porque tienen que enfrentar la enfermedad (21).

Los presentes datos coinciden con los reportados por Aponte quien en su estudio encontró que en relación con las características sociodemográficas el 87,1% tenía entre 20 y 49 años de edad (12). De igual forma Ochoa en su estudio reportó que el 78,7% de mujeres tenía 20 a 39 años de edad (22).

En cambio difieren con los encontrados por Bell quien en su estudio determinó que en la casuística predominó el grupo etáreo de 40-49 años (28,3%) (21).

Respecto al grado de instrucción, se puede observar que la mayoría de mujeres tienen educación superior ya sea técnica o universitaria con un porcentaje de 91.4 %, y secundaria completa con un pequeño porcentaje de 8.6 %.

El nivel educativo cobra importancia ya que a mayor gado de instrucción, mayor será el conocimiento sobre diferentes temas de salud por las posibilidades que tienen a los diferentes medios de comunicación; entre ellos el tema del autoexamen de mamas. El entorno de trabajo de aquellas mujeres con mayores niveles educativos, también influye para poder compartir experiencias o vivencias en donde se obtenga más conocimiento acerca del autoexamen de mamas o diferentes temas de salud.

Urbina (2012) señala que entre mayor es el nivel educativo y cultural y mejores son las condiciones económicas y sociales de vida, son mayores las posibilidades de acortar las desigualdades, las insuficiencias sanitarias, las posibilidades de corresponsabilidad y de acción social en salud. Asimismo, es mayor la capacidad de las personas de obtener la información que requieren para tomar medidas orientadas a su auto-cuidado y para comprometerse con la configuración de entornos saludables. También señala que hoy más que nunca se tienen evidencias científicas de que la salud es el resultado de una historia presente, de una trama y de un tejido social que desde el contexto macro hasta el micro está indisolublemente ligada a la forma de vida, a los conocimientos, creencias, saberes y costumbres y al nivel educativo (23).

Ramos y Choue también señala que la educación es un factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Los estudios realizados demuestran que el estado de bienestar aumenta de acuerdo con el nivel de educación, lo cual refleja el impacto positivo de éste en el cuidado de la salud, en el cambio de comportamientos en este caso en la adquisición de conocimientos sobre autoexamen de mamas (24).

Los presentes datos coinciden con Aponte (2010), quien en su estudio encontró que el 48,3% tenían secundaria completa o superior (12).

Al analizar el estado civil se evidencia que la mayoría del personal administrativo femenino son casadas con un 39.5 %, el 33.3% de las mujeres son convivientes y el 27.2% son solteras.

En cuanto al estado civil, es probable que las mujeres solteras crean de que no pueden tener ningún problema referido al cáncer de mamas, y por lo tanto no se preocupan por obtener el conocimiento sobre el autoexamen de mamas; sin embargo, la mayoría de mujeres que son casadas o convivientes por el mismo hecho de haber amamantado en alguna vez, posiblemente se preocupen por obtener mayor conocimiento sobre esta técnica.

Es preciso recordar que contrariamente a lo que pudieran suponer algunas mujeres, el no haber dado de lactar alguna vez se convierte en un factor de riesgo para el cáncer de mama.

Aguilar y cols. (2010) señalan que las mujeres que amamantan reducen el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Si bien es cierto que, a largo plazo, la protección ofrecida por la lactancia materna es mayor en las mujeres pre-menopáusicas. Algunos de los aspectos que podrían explicar tales efectos protectores son la reducción de los estrógenos y la eliminación de líquidos a través de la mama, esto es, la excreción de agentes cancerígenos a través del tejido mamario durante el proceso de la lactancia materna (25).

Susanne (2009), por su parte, informaron que la leche humana in vitro induce a la apoptosis o muerte celular programada de diversas variedades de células cancerosas (25).

En el estudio realizado por Sáenz (2011) reportó que el 60,1% tenía una relación estable (conviviente) (26) Por el contrario Aponte (2010) encontró que el 48,2% era soltera (12).

Al analizar la procedencia se puede observar que la mayoría del personal administrativo femenino pertenece al área urbana con 88,9%, y un pequeño porcentaje 11,1% procede la zona rural.

Analizar la procedencia de las mujeres es muy importante porque dependiendo de este podemos decir que el hecho de que la mayoría de mujeres vivan en la zona urbana no quiere decir que haya mayor práctica del autoexamen de mamas sino por el contrario, la urbanización es importante ya que hay mayor acceso a los servicios de salud, a la tecnología y también a una mayor vida sedentaria.

Las mujeres pueden tener el conocimiento necesario para poder realizarse el autoexamen de mamas pero la poca importancia que le dan a este tema, o el hecho de que en su tiempo libre se preocupen por otros temas más superficiales como ir de compras, el consumo de comidas poco saludables (comida rápida) y realizar actividades poco productivas los mismos que pueden que influyan en que no se realice el autoexamen, por lo tanto una detección tardía de cáncer si fuese el caso.

Dentro de los factores de riesgos modificables asociados a la aparición del cáncer de mama se encuentran los relacionados con la alimentación o nutrición de las mujeres, la

dieta hipercalórico y el consumo de grasas saturadas de origen animal. Asociados estos a la obesidad y vida sedentaria, constituyen unos de los principales componentes relacionados con el incremento en la incidencia de esta enfermedad, sobre todo en la mujer posmenopáusicas. Su mayor frecuencia en EE.UU. y en Europa y la baja incidencia en Asia y América Latina se han correlacionado con mayor consumo de grasas animales y azúcares refinados en la alimentación occidental (27).

El cáncer de mama es tres veces más común en las mujeres sedentarias, obesas y con actividades que demandan poca actividad física, que en las activas y más delgadas, con dieta equilibrada (hipocalórica y escasa de grasas saturadas), un control del peso y la práctica sistemática de actividad física, sobre todo en mujeres posmenopáusicas. Es posible disminuir el riesgo de enfermarse por este tipo de tumor (27)

Los presentes datos coinciden con Sáenz (2011) quien en su estudio encontró que el 82,27% habitaban en urbanización (26).

4.2 Identificación del nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016.

Nivel de conocimientos	n°	%
Buena	36	44,4
Regular	33	40,7
Mala	12	14,8
Total	81	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

En la presente tabla se observa que el 44,4% de las mujeres tiene un nivel de conocimientos bueno, el 40,7% un nivel de conocimiento regular y el 14,8% un nivel de conocimiento bajo.

Es posible que el conocimiento ya sea bueno o regular que tienen las mujeres tenga relación con las características sociodemográficas estudiadas, mayor nivel educativo, mayores ingresos y su ocupación.

Este nivel de conocimientos en la mayoría de las mujeres casi con certeza se debe al grado de instrucción que poseen; sin embargo, ello no garantiza una actitud positiva hacia el autoexamen de mamas, pero es esencial para que la persona pueda interiorizar la importancia que tiene y modificar una determinada conducta. En mujeres con un nivel de conocimientos alto sobre un tema determinado es más fácil brindar consejería, y esperar una respuesta positiva de ellas con lo cual se podría prevenir o detectar a tiempo alguna patología, y es así como se tiene mayor probabilidad de reducir las muertes maternas por cáncer de mama.

Los presentes datos coinciden con Rojas y Col. (2014) en su estudio determinaron que 75,5% mujeres poseían un nivel de conocimientos bueno (16). En cambio difieren con los datos encontrados por Aponte S y cols. (2010) quienes en su estudio realizado determinaron que en su población tuvieron un nivel de conocimiento medio en el 90,6%

y un nivel de conocimiento alto y bajo en el 4,7% (12). De igual forma difieren con los obtenidos por Pacohuanaco (2012) quien en su estudio determinó que el 65% de adolescentes evidenciaban un nivel de conocimiento insuficiente (14) y Cuzco G (2012) quien en su estudio determinó que el mayor porcentaje de mujeres (86,7%) tenían un nivel de conocimientos regular sobre el autoexamen de mama, y coincidentemente, el 6,7% mostraron un nivel de conocimiento bueno y malo respectivamente (15).

4.3 Determinación del tipo de actitud frente al autoexamen de mamas en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Tabla 03: Actitud del personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016.

Actitud	n°	%
Favorable	43	53,1
Indiferente	9	11,1
Desfavorable	29	35,8
Total	81	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

En la presente tabla se observa que el 53,1% de mujeres tienen una actitud favorable, el 35,8% una actitud desfavorable y el 11,1% de la mujeres tienen una actitud indiferente.

La actitud favorable que tiene la mayoría de mujeres posiblemente esté relacionado al estado civil que tienen (ser casadas o convivientes), ya que por el mismo hecho de acudir en cada embarazo a sus atenciones prenatales y haber recibido consejería sobre el autoexamen de mamas, muestran mayor apertura hacia la práctica, en cambio las mujeres solteras probablemente muestren pudor, vergüenza o miedo, elementos psicológicos que pueden traer consigo una actitud desfavorable o en todo caso indiferente.

La actitud favorable frente al autoexamen de mamas es posiblemente la que mantiene la disposición de poner en práctica los conocimientos adquiridos y buscando asistencia médica oportuna.

Vivas y cols. (2012) señalan que las prácticas de autocuidado son conductas aprendidas que pretenden regular y mantener la integridad del ser humano, el funcionamiento y su desarrollo. Estas a su vez se encuentran limitadas ante factores como el conocimiento, la motivación y habilidades personales (20).

Los presentes datos coinciden con los datos encontrados por Pacohuanaco M (2012) quien en su estudio encontró que el 66% presentaron una actitud positiva frente al autoexamen de mamas (14).

4.4 Determinación de la relación entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y actitud frente a este procedimiento en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016.

Nivel de conocimientos	Actitud						Total	
	Favorable		Indiferente		Desfavorable		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Bueno	24	66,7	4	11,1	8	22,2	36	44,4
Regular	16	48,5	2	6,1	15	45,5	33	40,7
Mala	3	25,0	3	25,0	6	50,0	12	14,8
Total	43	53,1	9	11,1	29	35,8	81	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 9,395$

$p < 0.052$

En la presente tabla se puede observar que del 44,4% de mujeres del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, con un nivel de conocimientos bueno, el 66,7% tiene una actitud favorable, el 22,2% desfavorable y el 11,1% indiferente; del 40,7% de mujeres con nivel de conocimientos regular, el 48,8% tuvo un nivel de conocimiento favorable, el 45,5% desfavorable y el 6,1% indiferente; del 14,8% de mujeres con un nivel de conocimiento malo, solamente el 25% tuvo una actitud favorable, mientras que el 50% tuvo una actitud desfavorable y el 25% una actitud indiferente.

Puede observarse que las mujeres que tienen un mayor nivel de conocimiento, también tienen una actitud favorable, que a su vez propicia una mayor preocupación por su salud y bienestar, asumiendo mayor responsabilidad sobre el autocuidado y las formas preventivas de cáncer de mama, entre ellas el autoexamen de mama, la misma que podrá determinar en algún momento alguna patología que identificada precozmente, también podrá ser tratada oportunamente.

Según el estudio realizado por Vivas V (2012) el 80% de las mujeres muestran una actitud favorable frente a la prevención del cáncer de mama. Manteniendo la disposición de poner en práctica los conocimientos adquiridos y buscando asistencia médica oportuna (20).

Estadísticamente, existe relación significativa entre las variables nivel de conocimiento y actitud, según el coeficiente de correlación $p < 0.052$.

CONCLUSIONES

1. La población del personal femenino administrativo de la Universidad Nacional de Cajamarca, en su mayoría pertenece al grupo etáreo de 30 a 34 años, con grado de instrucción superior universitario, estado civil casadas y procedentes de la zona urbana.
2. El mayor porcentaje de mujeres del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, tiene un nivel bueno de conocimiento sobre autoexamen de mama.
3. El mayor porcentaje de mujeres del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, tiene una actitud favorable frente al autoexamen de mama.
4. Se determinó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al autoexamen de mamas, corroborando de esta manera la hipótesis formulada.

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud (MINSA) y otros organismos no gubernamentales, realizar, campañas educativas a la población 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.
2. Autoridades pertinentes de la Universidad Nacional de Cajamarca en conjunto con la plana docente continúen mejorando las estrategias educativas a fin de afianzar los conocimientos en los alumnos, sobre temas como el autoexamen de mamas.
3. Al personal de salud implementar estrategias para promocionar el autoexamen de mamas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Informe técnico. Ginebra; 2014.
2. EFE. Salud. OMS: La incidencia del cáncer de mama aumenta un 20% desde 2008. Agencia EFE. 2014.
3. Alfonso G. costo utilidad de intervenciones preventivas para cáncer de mama en el Peru. Lima; 2012.
4. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología; 2012.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2013. Lima-Peru: 2014.
6. Sáenz A, Sánchez A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Autoexamen de Mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2011.
7. Ministerio de Salud. Taller de Políticas de Cáncer de Mama. Lima; 2013.
8. Gutiérrez A, cols. Conocimiento, Actitud y Práctica del Autoexamen mamario en mujeres estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón Gestión 2011. Cochabamba, Bolivia; 2011.
9. Bell H, Oduardo O. Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad "19 de Abril" del municipio Venezolano de Guanare. Venezuela; 2012.
10. Gálvez M, Rodríguez L, Rodríguez C. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. Cuba; 2013.
11. Ochoa F. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas en mujeres del área rural. Cuenca, 2014. Tesis. Cuenca- Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015.
12. Aponte M, Cols. nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemograficas en mujeres privadas de su libertad Lima.Peru 2010. Lima; 2010.
13. Blossiers C. conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en

- universitarias de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana y la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
14. Pacohuanaco M. Conocimiento, Actitud y su relación con la práctica del autoexamen en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Tacna-2012. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna; 2012.
 15. Cuzco G. Nivel de Conocimientos sobre Autoexamen de mamas en mujeres del vaso de leche "Unión y Esperanza" barrio San Martín, Cajamarca-2011. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca ; 2011.
 16. Rojas Y, Saucedo E. Nivel de Conocimiento y Práctica de Autoexamen de mamas, Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014.
 17. Santos Y. Conocimiento sobre el Cáncer de mama, Técnica de autoexamen, Actitud y su asociación con la práctica en mujeres derecho habitantes a la UMF 66. México- Veracruz; 2015.
 18. American Cancer Society; 2015.
 19. González D. 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. Guatemala; 2013.
 20. Vivas V, cols. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Prevención del Cáncer de mama. Colombia: Universidad Francisco; 2012.
 21. Bell H, Oduardo o. Autoexamen de mamas en las mujeres de la comunidad "19 de abril" del municipio venezolano de Guanare. Venezuela; 2015.
 22. Ochoa F. De igual forma Ochoa en su estudio reportó que el 78,7% de mujeres tenía 20 a 39 años de edad. Cuenca-Ecuador; 2015.
 23. Urbina M, González M. La Academia Nacional de Medicina ante los determinantes sociales de la salud. In Ruiz M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Primera ed. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
 24. Ramos M, Choque R. La Educación como determinante social de la salud en el Perú. Cuadernos de promoción de la salud. 2007;p. 7.

25. Aguilar E, cols. Lactancia Materna: Un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Nutricion Hospitalaria. 2010.
26. Sáenz A, Sánchez A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2011.
27. Oliva C, cols. Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. infoMED. 2015.

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

“Nivel de conocimientos y actitud frente al autoexamen de mamas en el personal femenino del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2016”

Instrucciones: Estimada señora (ta), las respuestas que obtengamos de Ud. Son muy importantes para la investigación. Por lo que le pedimos responda con seriedad. Esta entrevista es anónima y confidencial. Muchas gracias por su participación.

I. DATOS GENERALES

✓ Marque la respuesta de acuerdo a lo que Ud. Crea conveniente.

1. **Edad:**

2. **Grado de instrucción:**

Sin instrucción () Prim. Incompleta () Prim. Completa () sec. Inc. () Sec. Com.
() Supe ()

3. **Estado civil:**

Soltera () Conviviente () Casada ()

4. **Lugar de procedencia:**

Zona Urbana () Zona Rural ()

5. **Religión:**

Católica () No católica ()

Antecedentes ginecoobstétricos:

1. Número de hijos:
2. Número de partos:.....
3. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?
Entre 10-14 años () entre 15- 19 años ()

ANEXO N° 02

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTO EXAMEN DE MAMAS:

1. ¿Mediante el autoexamen de mamas se puede identificar algún tumor cancerígeno?

SI () NO ()

2. ¿El autoexamen de mamas se debe realizar toda mujer periódicamente?

SI () NO ()

MARQUE LA ALTERNATIVA CORRECTA:

3. En el autoexamen de mamas la observación debe comprender:

- a. Forma, tamaño y contextura.
- b. Situación simétrica de los pezones y areola.
- c. Características de la piel.
- d. Movilización de las mamas.
- e. Ausencia de lesiones.
- f. Todas son correctas.
- g. Todas son incorrectas.

4. El autoexamen de mamas se debe realizar:

- a. Una vez al mes después de la menstruación.
- b. Diario 8 días después de la menstruación.
- c. Una vez al año.
- d. En cualquier momento, mensualmente.
- e. Cada 6 meses.

5. El autoexamen de mamas sirve para :

- a. Evitar el cáncer.
- b. Detectar tempranamente patologías.
- c. Para estar seguras de estar sanas.
- d. Para prevenir muertes por cáncer de mama.
- e. Para evitar dolores en las mamas.
- f. Todas las anteriores.

6. ¿Quiénes se deben realizar el autoexamen de mamas?
 - a. Todas las mujeres.
 - b. Solo mujeres en edad fértil.
 - c. Mujeres y hombres.
 - d. Todas las mujeres a partir de los 20 años.
 - e. Mujeres mayores de 35 años.
 - f. Todas las mujeres que iniciaron su vida sexual.
 - g. Todas las mujeres que empiezan a desarrollar mamas.
 - h. Todas las mujeres que dan o han dado de lactar.

7. ¿Cómo cree usted que se debe realizar el autoexamen de mamas?
 - a. Examinar toda la mama.
 - b. Acostarse cómodamente para examinar las mamas.
 - c. Examinarse las mamas frente al espejo.
 - d. Todas las anteriores.

8. Cuando examinamos la mama izquierda ¿qué colocamos debajo de la cabeza?
 - a. Una almohada.
 - b. Una toalla.
 - c. Brazo izquierdo.
 - d. Brazo derecho.

9. Si usted detecta algún cambio en las mamas al momento del examen ¿qué es lo que haría?
 - a. Esperar que desaparezca.
 - b. Ir al personal de salud.
 - c. No hacer nada.
 - d. Contarle a una amiga.

10. El autoexamen de mamas:
 - a. Reemplaza el examen clínico de mamas realizado por un profesional de salud.
 - b. Reemplaza a la mamografía.
 - c. Complementa el examen clínico de mamas realizado por un profesional de salud.

ANEXO N° 03

ACTITUD FRENTE AL AUTOEXAMEN DE MAMAS

Las siguientes preguntas están referidas al autoexamen de mamas, lea cada una y marque con una "x" su respuesta en la columna respectiva. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad para alcanzar el objetivo de este estudio. Marque según su grado de acuerdo con las siguientes proposiciones:
 TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indeciso; DS: desacuerdo; TDS: totalmente en desacuerdo.

Proposiciones	TA	A	I	DS	TDS
¿Cree usted que es importante que toda mujer se practique el autoexamen de mamas?					
¿Cree usted que el autoexamen de mamas se debe realizar mensualmente?					
¿Aconsejaría usted a sus amigas que se realicen el autoexamen de mamas?					
¿Le interesa conocer la técnica del autoexamen de mamas?					
¿Cree usted que el autoexamen de mamas puede prevenir futuros problemas?					
¿Cree usted que el autoexamen no demora mucho tiempo?					
¿El autoexamen de mama no tiene ninguna importancia?					
¿Cree usted que el autoexamen de mamas se debe realizar ocasionalmente?					
¿Usted no aconsejaría a sus amigas a realizarse el autoexamen de mamas?					
¿No le parece interesante conocer la técnica del autoexamen de mamas?					
¿Cree usted que el autoexamen de mamas no puede prevenir futuros problemas?					
¿El autoexamen de mamas demora mucho tiempo?					

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....de.....años, identificada con DNI:....., por medio del presente acepto participar en la investigación denominada ***“Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al autoexamen de mamas en mujeres del área administrativa de la Universidad Nacional de Cajamarca.2016”***.

Habiendo sido informada sobre el propósito de la presente investigación, deposito mi plena confianza de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación.

.....

Firma

Cajamarca,..... de.....de 2015

ANEXO N° 05

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA: ACTITUD ANTE EL AUTOEXAMEN DE MAMAS

Análisis de fiabilidad: ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

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

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,806	12

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	31,2000	17,733	-,601	,844
VAR00002	31,3000	16,233	,000	,813
VAR00003	31,3000	16,233	,000	,813
VAR00004	31,3000	16,233	,000	,813
VAR00005	28,9000	10,322	,802	,748
VAR00006	28,9000	10,322	,802	,748
VAR00007	28,9000	10,322	,802	,748
VAR00008	29,1000	12,767	,679	,770
VAR00009	28,6000	14,933	,286	,805
VAR00010	28,6000	13,822	,606	,782
VAR00011	28,6000	13,822	,606	,782
VAR00012	28,6000	13,822	,606	,782

ANEXO N° 06

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA: CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS

Análisis de fiabilidad: ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

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

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,824	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	11,6000	5,822	,767	,777
VAR00002	11,6000	5,822	,767	,777
VAR00003	11,3000	10,456	-,861	,928
VAR00004	11,8000	5,956	,907	,768
VAR00005	11,8000	5,956	,907	,768
VAR00006	11,8000	5,956	,907	,768
VAR00007	11,7000	8,233	-,168	,874
VAR00008	11,8000	5,956	,907	,768
VAR00009	11,8000	5,956	,907	,768
VAR00010	11,8000	5,956	,907	,768