

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE CÁNCER DE MAMA EN
LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. 2014**

Informe de Tesis para optar el título profesional de Obstetriz

AUTORAS:

Bach. Cáceda Chávez, Yesvi Karina
Bach. Flores Mosqueira, Brenda Shasmin

ASESORA:

Dra. Elizabeth Díaz Peña

TRUJILLO - PERÚ
2016

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE CÁNCER DE MAMA EN
LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. 2014**

Informe de Tesis para optar el título profesional de Obstetriz

AUTORAS:

Bach. Cáceda Chávez, Yesvi Karina
Bach. Flores Mosqueira, Brenda Shasmin

ASESORA:

Dra. Elizabeth Díaz Peña

TRUJILLO - PERÚ
2016

PÁGINA DEL JURADO

Presidente

Secretario

Vocal

DEDICATORIA

“En primer lugar gracias infinitas a Dios por iluminarme, guiarme, bendecirme día a día, por protegerme y permitir que mis sueños se hagan realidad”.

“Gracias a mi adorada mamá Esperanza, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, paciencia, comprensión, confianza, apoyo económico, por cada consejo brindado hacia mi persona, y estar siempre a mi lado cuando más la necesito”.

“Gracias a mi querido papá quien en vida fue Oscar Cáceda, por su apoyo incondicional, por su amor, por confiar en mí, siempre estarás presente en mi mente y en mi corazón, fuiste el mejor”.

“Gracias infinitas a mis hermanos: César, Miguel y Vanesa, por su respeto, amor y consideración, por apoyarme en todas mis decisiones, por inculcarme cosas positivas, y gracias por sus consejos”.

Karina.

“A Dios por estar presente en todo momento de mi vida por sus infinitas bendiciones, cuidarme, guiarme por el camino del bien y nunca dejarme rendir ante cualquier adversidad”.

“A mis queridos padres Francisco y Maritza, por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por la confianza que depositaron en mí para lograr mis objetivos, por ser los únicos que me apoyan día a día en cada decisión que tomo, los amo y soy quien soy gracias a ustedes por los valores que me brindaron y por la formación que me dieron”.

“A mis hermanos, Richard como muestra de gratitud por todo lo que hiciste por mí, por comprenderme, y por estar ahí cuando más te necesito a pesar de la distancia, a mi hermano Julio porque siempre hizo de mi vida lo mejor, no conocí tristeza a su lado, por cuidarme, guiarme y protegerme desde el cielo, los amo”.

Brenda.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Obstetricia, por brindarnos facilidades de llevar a cabo nuestra investigación y estar ahí cuando los necesitamos.

A la Dra. Elizabeth Díaz Peña, nuestra asesora por los conocimientos brindados y el apoyo en la realización y por guiarnos con sabiduría y responsabilidad para la culminación de nuestro proyecto de investigación

A la Mg. Bethy Goicochea Lecca, por su apoyo incondicional y dedicación, por darnos de su tiempo y solucionar cada inconveniente o duda que se presentaron.

A la Mg. Ruth Vargas González, una gran docente que nos motivó y aportó adecuadas ideas para culminar nuestro proyecto de investigación sin duda alguna no nos dejó rendirnos fácilmente.

Al Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, por brindarnos apoyo y facilidades para poder realizar nuestras consejerías sin inconveniente alguno, brindándonos seguridad y una atención de calidad a las pacientes.

A todas las pacientes entrevistadas por sus ganas de querer aprender más, por participar en el presente estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la elaboración de esta investigación.

Karina y Brenda

INDICE

CARÁTULA

PAGINAS PRELIMINARES

Dedicatoria	4
Agradecimiento	6
Tabla de contenidos	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Formulación del Problema	18
1.2. Objetivos	19
II. MATERIAL Y METODOS	20
2.1. Material	20
2.1.1. Población	20
2.1.2. Muestra	20
2.1.3. Selección de Muestra	21
2.1.4. Unidad de Análisis	21
2.1.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	21
2.2. Método	22
2.2.1. Tipo y diseño de Estudio:	22
2.2.2. Operacionalización de Variables	22
2.2.3. Técnicas de Recolección de Datos	26
2.2.4. Procedimiento	27
2.2.5 Métodos y Análisis estadístico	29
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	48

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Frecuencia de mujeres que usualmente reciben consejería de cáncer de mama y autoexamen por el personal asistencial del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014.

Tabla N° 02: Nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014.

Tabla N° 03: Nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014.

Tabla N° 04: Influencia de la consejería sobre el nivel de prácticas de autoexamen de mamas en mujeres del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque en el año 2014.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, cuasi – experimental, pre test – post test, en 2 grupos de 44 mujeres: con consejería y sin consejería, donde se evaluó el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama, antes y después de realizar la consejería diseñada para la presente investigación. Para el análisis correlacional se usó la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher cuando las celdas tuvieron valoración numérica menor de 5. Se consideró asociación estadística para un valor de $p < 0,05$.

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

Conclusión: La consejería sobre cáncer de mama influye sobre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en mujeres.

Palabras Clave: Autoexamen de mama, cáncer de mama, nivel de conocimiento, nivel de práctica.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of counseling on breast cancer in the practice of self-examination in women attending the Maternal and Child Health Center El Bosque in 2014.

Material and Methods: A prospective study was performed quasi – experimental, pretest – posttest, in 2 groups of 44 women: with counseling and without counseling. Where I was evaluated the level of knowledge and the practice of breast self-examination were evaluated before and after performing counseling designed for this investigation. For the correlational analysis chi square test and Fisher's exact test was used when the cells had lower numerical rating of 5, I was considered statistical association for a value of $p < 0,05$.

Results: The frequency of women who usually receive previous counseling by health personnel was 42%. The level of knowledge on breast self-examination before receiving, in the group of study was: 13.6% good, 63.6% fair and 22.7% bad; and in the group of comparison was: 45.5% good, 45.5% fair and 9% bad. The level of knowledge on breast self-examination after receiving, in the group of study was: 88.6% good, 11.4% fair and 0% bad; and in the group of comparison was: 43.2% good, 47.7% fair and 9.1% bad. The level of practice breast self – examination before receiving, in the group of study was: 36.4% adequate and 63.6% poor; and, in the group of comparison was: 72.7% adequate and 27.3% poor. The level of practice breast self – examination after receiving, in the group of study was: 97.7% adequate and 2.3% poor; and, in the group of comparison was: 70.5% adequate and 29.5% poor.

Conclusion: Counseling on breast cancer influences the level of knowledge and practice of breast self-examination in women.

Keywords: self-examination of breast, cáncer of breast, level of knowledge and level of the practice.

I. INTRODUCCIÓN:

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

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en el año 2012. Dentro de los principales tipos de cáncer se encuentran: pulmonar (1,59 millones de defunciones); hepático (745 000 defunciones); gástrico (723 000 defunciones); colorrectal (694 000 defunciones); mamario (521 000 defunciones); y cáncer de esófago (400 000 defunciones) ^{2 3}.

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente que constituye un importante problema de Salud Pública. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte. En Chile los datos oficiales de mortalidad publicados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (Minsa), indican que en el 2008, el cáncer de mama alcanzó una tasa de mortalidad observada de 14,5 por 100 000 mujeres, ocupando el segundo lugar entre las muertes por cáncer en mujeres chilenas, antecedido por el cáncer de vesícula y vías biliares ^{4 5}.

En el Perú, el Registro de Cáncer de Lima, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por 100 mil habitantes de nuestra ciudad capital. Dentro de las neoplasias más comunes se encuentran: el cáncer de mama, cuello uterino y próstata, órganos accesibles que debido a su naturaleza permiten la detección precoz; por lo cual si se establecieran programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían. En el 2010 se presentaron 283 muertes por cáncer de mama; así lo demuestran los datos estadísticos de la Organización Panamericana de la

Salud (OPS) y del Ministerio de Salud (MINSA) ^{6 7}.

Aproximadamente el 50% de los casos de cáncer de mama recién diagnosticados se relacionan con factores hormonales; solo el 5% a 10% se relacionan con factores genéticos, aunque se sabe que estos aumentan considerablemente el riesgo de padecer la enfermedad. Las investigaciones han permitido determinar los factores fisiológicos, ambientales y modo de vida relacionados con la incidencia de cáncer de mama, algunos de los cuales son modificables mediante intervenciones preventivas ⁸.

El origen del cáncer de mama no se conoce, sin embargo; existen factores de riesgo, entre los cuales se tiene la edad, que es el factor de riesgo más relevante ya que más del 75% se diagnostica después de la menopausia. Conforme van pasando los años el riesgo aumenta. En estos últimos años, se observa la aparición de cáncer de mama en edades más tempranas; otro factor de riesgo es hereditario (parientes cercanos de primer grado), ingesta de anticonceptivos orales, primer embarazo en mujeres mayores de 35 años, menopausia tardía, menarquía temprana, historia previa de cáncer primario de ovario o de endometrio, obesidad en mujeres, y evidencia de susceptibilidad genética: 5% al 10% tiene un origen genético por poseer los genes mutados breast cancer type 1 (BRCA1) y breast cancer type 2 (BRCA2) ⁹.

El autoexamen mamario constituye un importante método en la detección de patologías de la mama, como el cáncer de mama, disminuyendo así la mortalidad en el mundo y en nuestro país, si es que se detectan estos casos en estadios tempranos. Las acciones de información y prestación de servicios en vista a la prevención de estas patologías y de las referencias oportunas son de real valor para la disminución de la morbilidad y mortalidad de la mujer ¹⁰.

Podemos decir que las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población, para el conocimiento de los factores

de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por cáncer de mama, así como fomentar la demanda en la detección temprana con el objetivo de mejorar el oportuno diagnóstico y tratamiento ¹¹.

La mayoría de las investigaciones sugieren un impacto positivo y los hallazgos señalan que quienes practican el autoexamen de mama en comparación con quienes no lo hacen, detectan tumores primarios más pequeños y menor número de nódulos linfáticos axilares comprometidos. Su sensibilidad diagnóstica en general es el 35%, pero varía según la edad, siendo más sensitiva en mujeres de 35-39 años con el 45% de sensibilidad y menos sensitiva entre los 60-74 años, período en el cual es del 25%. Su especificidad es dudosa. El autoexamen de mama detecta el 35% de los cánceres de mama y se estima que reduce la mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente un 25% ¹².

El Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, es una entidad sanitaria de nivel I – 4, donde se realiza la atención partos vaginales, controles prenatales, atención de mujeres en edad fértil, psicoprofilaxis, y planificación familiar. En su infraestructura cuenta con los ambientes requeridos para la atención al personal que acude, donde se brinda una atención cordial y se crea un ambiente de confianza con el usuario logrando un mayor número de pacientes de esta manera concretando su mejoría y satisfaciendo sus necesidades. No obstante, hay un déficit de conocimientos por parte de las pacientes sobre el cáncer de mama y el autoexamen de mama, tal es así, que de un 100 % solo un 40 % conocen del tema pero sin ponerlo en práctica ¹³.

Las mamas están formadas por tejido adiposo, tejido fibroso y tejido glandular. Se dice que una mujer tiene mamas densas (en un mamograma) cuando tiene más tejido glandular, fibroso y menos tejido adiposo. Las mujeres cuyas mamas aparecen densas en un mamograma tienen un riesgo de padecer cáncer de mama de 1.2 a 2 veces mayor que las mujeres

con una densidad promedio en sus mamas. Desafortunadamente, el tejido mamario denso también puede causar que los mamogramas sean menos precisos ¹⁴.

Existen tres tipos de métodos de tamizaje para prevenir el cáncer de mama: mamografía, examen clínico y el autoexamen. La mamografía es la herramienta más utilizada en los programas de tamizaje y diagnóstico; sin embargo, el autoexamen de mama es simple, de bajo costo y no invasivo; además, tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer ¹⁵.

Más del 30% de defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, tales como: el consumo de tabaco; exceso de peso; desorden alimenticio, inactividad física; consumo de bebidas alcohólicas; infecciones por Virus del Papiloma Humano (PVH) y Virus de Hepatitis B (VHB); radiaciones ionizantes y no ionizantes; contaminación del aire de las ciudades; humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos ¹⁶.

El autoexamen de mama no es considerado un método de detección para reducir la mortalidad de cáncer de mama, pero su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países con escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para el tamizaje poblacional con mamografía. Es por ello que se recomienda iniciar el autoexamen mensual de mama a partir de los 20 años ¹⁷.

Realizarse el lavado de manos Clínico General. Colocarse frente a un espejo. Observar y revisar ambas mamas en busca de cualquier anomalía, tal como secreción de los pezones, rugosidades, hoyuelos o descamaciones de la piel. Los dos pasos siguientes son para detectar cualquier cambio en la forma o el perfil de sus mamas. Mientras hace los movimientos, podrá sentir que los músculos del pecho se contraen. Obsérvese con atención al espejo, tómese de las manos por detrás de la cabeza y presione con ellas hacia adelante ¹⁸.

Luego, colocar las manos en las caderas, presionar con firmeza e inclinarse levemente hacia el espejo mientras lleva los hombros y codos hacia adelante para verificar simetría e identificar masas y hundimientos. La siguiente parte del autoexamen puede realizarse acostada en la cama, de tal modo que la mama se hace más plana y fácil de examinar ¹⁹.

Levante el brazo izquierdo. Use tres o cuatro dedos de la mano derecha para explorar la mama izquierda, con firmeza, cuidado y minuciosidad. Comience en el borde exterior, haga presión con la yema de los dedos en pequeños círculos, trasladando lentamente los círculos por la mama. Llegue gradualmente hacia el pezón y asegúrese de cubrir toda la mama. Preste especial atención al área entre la mama y examinando la axila. Esté atenta a cualquier bulto o masa inusual debajo de la piel. Apriete suavemente el pezón y observe si hay secreción. Repita los mismos pasos en la mama derecho ¹⁹.

Todas las mujeres deberían familiarizarse con la palpación y aspecto de sus mamas, la familiaridad hace que sea más fácil notar cualquier cambio en ellas, si al realizarse el autoexamen de mamas no se palpa masas debe realizarse el autoexamen un día específico al mes y así mismo acudir al médico por lo menos una vez al año para realizarse un chequeo general que incluye una mamografía anual pasado los 40 años. En caso de encontrar masas, hundimientos y anormalidades (forma y tamaño), la mujer deberá acudir a su establecimiento de salud más cercano y ser atendida de inmediato por un médico u obstetra de turno, para corroborar anormalidades en las mamas, y se brinde un tratamiento oportuno a su diagnóstico, con la ayuda de medios de diagnóstico (ecografía y mamografía) ²⁰.

La determinación del estadio es una manera de describir el cáncer, es decir, dónde está ubicado, si se ha diseminado y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo. El conocimiento del estadio clínico permite decidir cuál es el mejor tratamiento y predecir el pronóstico de la paciente. Hay diferentes descripciones de estadio para distintos tipos de

cáncer. En el cáncer de mama existen 5 estadios: Estadio 0 (cero), que es carcinoma ductal in situ no invasivo (DCIS) y los estadios I a IV (uno a cuatro), que representan el cáncer de mama invasivo. El estadio es una forma frecuente de describir el cáncer de mama para que los médicos puedan, de común acuerdo, planificar el mejor tratamiento ²¹.

La Consejería es un proceso que depende del intercambio de información entre el prestador y el usuario, para proporcionar conocimientos, despejar dudas, ideas equivocadas y contribuir con el mejoramiento de la salud del usuario. Por lo tanto, para el caso de la oferta de consejería, la capacidad de comprensión del usuario que ingiere información, y la capacidad de la persona que brinda esta consejería, es determinante para garantizar la idoneidad del procedimiento y satisfacción de las usuarias realizando los 5 pasos de la consejería: Establecer una relación cordial, identificar necesidades de la usuaria, responder a las necesidades de la usuaria, verificar la comprensión de la usuaria y mantener la relación cordial ^{22 23 24}.

La Consejería sobre cáncer de mama consiste en proporcionar información a la población, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales, tomar una decisión personal satisfactoria previniendo de forma inmediata, en sus estadios iniciales evitando que avance el cáncer de mama mediante la realización del autoexamen y dándole un tratamiento oportuno de acuerdo a su diagnóstico ²⁴.

Mondeja W et al ²⁵ (Cuba, 2015) realizaron un estudio pre experimental antes y después de la intervención educativa en el policlínico norte de Morón con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de treinta años de edad. El universo estuvo constituido por 268 mujeres de 30 a 59 años de edad y la muestra por 134 mujeres, se estudiaron las variables generales, medios por las cuales conocieron sobre el autoexamen, frecuencia, momentos en el que se lo realizan, alteraciones que pueden detectarse, formas de

diagnóstico temprano, técnica empleada en su realización. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta, se utilizó el porcentaje como medida de resumen y el Chi cuadrado para el análisis estadístico. Antes de la intervención educativa existía un nivel de conocimiento incorrecto sobre la frecuencia y el momento del ciclo menstrual en el que debe realizarse el autoexamen de mama, así como las formas de diagnóstico temprano y dominio de la técnica, variables que alcanzaron un nivel de conocimiento correcto después de la intervención educativa, con significación estadística.

Ospina J, Manrique F ²⁶ (Colombia, 2011) realizaron una investigación acerca de: la no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia, diseñado como un estudio observacional de casos y controles, donde concluyeron que los principales factores asociados con la no realización del autoexamen de mamas (AEM) en la población estudiada se relacionan con aspectos predominantemente sociales, culturales y económicos; la mayoría susceptibles de modificación si se readecuan estrategias y políticas en lo que tiene que ver con el diseño y planeación de los programas de promoción y prevención específicos.

Aponte M et al ²⁷ (Perú, 2010) identificaron 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, a través de un 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. El nivel de conocimientos obtenidos sobre cáncer de mama fueron: nivel medio (90,6 %) y un nivel 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, un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento. En relación con las características sociodemográficas, se encontró que el 87,1 % tuvo entre 20 y 49 años de edad; el 48,2 % fue soltera; el 48,3 % tuvo

secundaria completa o superior; el 58,8 % procede de la región costa y el 88,2 % tuvo por lo menos un hijo, entre ellas, el 49,3 % lo tuvo antes de los 18 años y el 82,9 % refirió no tener antecedentes familiares de cáncer de mama. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama fue aceptable; sin embargo, se mostró un nivel bajo en el reconocimiento de sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Por lo expuesto decidimos realizar el proyecto de investigación en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, porque durante las prácticas realizadas en centros de salud, y hospitales, observamos que se les brindaba poca información a la población de mujeres sobre cáncer de mama, y se pudo observar también que la población de mujeres no tenían conocimientos sobre la práctica del autoexamen de mama, el cual es muy importante para prevenir el cáncer mamario a tiempo, del mismo modo no sabían cómo, ni cuándo realizar el autoexamen.

Con el presente proyecto de investigación demostraremos que mediante consejerías educamos a la población para prevenir el cáncer mediante la consejería, y cómo deben realizarlo adecuadamente, por consiguiente permitiremos contribuir en la población, que en los últimos años ha incrementado la tasa de mortalidad sobre cáncer de mama en mujeres y mediante la educación concientizar a la población la importancia del autoexamen de mamas, para evitar sumar muertes por cáncer mamario, de tal manera incrementar en la población los conocimientos y prácticas en su salud, como medidas de prevención que brinda la carrera de obstetricia para salvar vidas.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿En qué medida influye la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque 2014?

1.2. OBJETIVOS:

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la influencia de la consejería sobre cáncer de mama en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque 2014.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el porcentaje de mujeres con consejería previa por el personal de salud.
- Identificar el nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería.
- Identificar el nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería al grupo que recibe y no recibe la consejería.

II. MATERIALES Y MÉTODOS:

2.1. MATERIAL:

2.1.1. POBLACIÓN:

Estuvo conformada por 167 mujeres que acudieron al consultorio de planificación familiar en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque en los meses de julio hasta diciembre en el año 2014.

2.1.2. MUESTRA:

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \cdot \sqrt{2 \cdot p \cdot (1-p)} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{p_1 \cdot (1-p_1) + p_2 \cdot (1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: 1,96 que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5 %.
- $Z_{1-\beta}$: 0,84 que equivale a una probabilidad de error beta de 20 %.
- $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$.
- p_1 : frecuencia de exposición entre los casos.
- p_2 : probabilidad de exposición entre los controles.

Reemplazando los valores ya establecidos, se obtiene: $n = 44$; es decir 44 pacientes por grupo que acuden al consultorio de planificación familiar en el C.S. Materno Infantil El Bosque

Julio- Diciembre en el año 2014

Grupo de estudio: Con consejería

Grupo de comparación: Sin consejería

2.1.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Se trabajó con 2 grupos de mujeres que se atendieron en el consultorio de planificación familiar del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque; para lo cual se seleccionaron al azar al **grupo de estudio** que recibieron la consejería con material audiovisual en cáncer de mama y se seleccionaron al **grupo de comparación** que no recibieron la consejería.

2.1.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Mujeres que acudieron al consultorio de planificación familiar en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque Julio-Diciembre en el año 2014.

2.1.5. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres que deseen participar en la investigación.
- Mujeres que no tengan diagnóstico de cáncer de mamas.
- Mujeres de 15 a 55 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres embarazadas
- Mujeres de 15 a 55 años con problemas neurológicos.
- Mujeres que no deseen participar en la investigación.

2.2. Método:

2.2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- Cuasi-experimental: pre test – post test.

R G1: O1 X O2

R G2: O3 O4

Donde:

- R: aleatorización.
- G1 y G2: mujeres de 15 a 55 años del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque.
- O1 y O3: observación del nivel de la realización del autoexamen de mama.
- X: Consejería sobre cáncer de mama y autoexamen de mama.
- O2 y O4: observación del nivel de conocimiento y adecuada realización del autoexamen de mama.

2.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

TIPO DE VARIABLE:

- Variable cualitativa

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Consejería de cáncer de mama

Variable Independiente: CONSEJERÍA.

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

Def. Operacional: Se midió la consejería en mujeres que recibieron la consejería, de acuerdo al número de consejerías recibidas.

Indicadores:

- **Si recibe:** Si las mujeres reciben la consejería acorde a la lista de chequeo, si reciben por lo menos 1 consejería, dada en el consultorio de planificación familiar.
- **No recibe:** Si las mujeres no reciben consejería.

La influencia se medirá como:

- **Influye:** Si las mujeres reciben consejería (1) y se realizan el autoexamen de mama en un 80%.
- **No influye:** Si las mujeres no reciben consejería y se realizan el autoexamen de mama menor a un 80%.

Variable Dependiente: PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN.

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

mama y practicar una inspección visual completa.

Def. Operacional: Se podrá medir la práctica del autoexamen en mujeres que se realizan el autoexamen de mama, el número de veces que se realizan y si cumplen con el protocolo establecido.

Indicadores:

- **Si cumple:** Si las mujeres se realizaron adecuadamente el autoexamen de mama, por lo menos 6 vez al año, si es un autoexamen de mama adecuado y si cumplió con el protocolo establecido.
- **No cumple:** Si las mujeres no se realizaron adecuadamente el autoexamen de mama y no cumplieron con el protocolo establecido.

Variable: Características Demográficas

EDAD:

TIPO DE VARIABLE:

- Cuantitativa discreta

DEFINICIÓN NOMINAL: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se midió la edad mediante la determinación de la fecha de nacimiento dada por el DNI o partida de nacimiento.

INDICADORES:

- Mujeres menores de 18 años
- Mujeres de 18 a 29 años
- Mujeres de 30 a 40 años
- Mujeres mayores de 40 años

PARIDAD**TIPO DE VARIABLE:**

- Cuantitativa nominal

DEFINICIÓN NOMINAL: La paridad se designa con el número total de embarazos y está representado por la letra “P”.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se podrá medir la paridad de acuerdo al número de gestas que ha tenido.

INDICADORES:

Número de gestas:

- Nuligesta.
- Primigesta.
- Multigesta.
- Gran Multigesta.

GRADO DE INSTRUCCIÓN:**TIPO DE VARIABLE:**

- Cualitativo ordinal.

DEFINICIÓN NOMINAL: Cada una de las etapas que forman la educación de la persona tomando como base un promedio de edad determinada el cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel educativo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se midió el grado de instrucción de acuerdo a los años cursados y aprobados en un establecimiento educacional.

INDICADORES:

Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior universitario incompleta, superior universitario completa, superior técnico incompleto, superior técnico completo.

2.2.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que se utilizaron fueron la consejería (exposición) y demostración (autoexamen de mama) a las mujeres del Centro de Salud el Bosque en la cual se utilizaron los cinco pasos de la consejería, donde se verificó si las mujeres realizaron el autoexamen de mama de forma correcta, que se llevaron a cabo en 2 semanas. Posteriormente se citaron a las mujeres a las 2 semanas que se realizó la consejería y se verificó a ambos grupos si aprendieron a realizar el autoexamen de mama de manera correcta.

GRUPO DE ESTUDIO: Con consejería.

GRUPO DE COMPARACIÓN: Sin consejería

INSTRUMENTO:

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

2.2.4. PROCEDIMIENTO:

1. Se solicitó permiso al director del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque para el desarrollo del estudio.
2. Se coordinó con la obstetra responsable del consultorio de planificación familiar para llevar a cabo la consejería.
3. Se reclutó a todas las pacientes de 15 a 55 años que acudieron al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque.
4. Se seleccionó a aquellas que cumplen los criterios de inclusión establecidos para el presente estudio.
5. Aquellas pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les explicó la investigación a realizar y se les invitó a participar.
6. Las pacientes que aceptaron ser parte de la investigación dejaron constancia de ello mediante la firma del consentimiento informado (Anexo I).
7. Se evaluó mediante un pre test y la lista de cotejo sobre la adecuada realización del autoexamen de mama a todas las participantes
8. Después de aplicada el cuestionario pre test realizamos la consejería sólo al grupo de estudio.
9. Al grupo de estudio se le realizó la consejería sobre cáncer y el autoexamen de mama en la cual se utilizó los cinco pasos de la consejería, además mediante la explicación de un rotafolio y con la motivación por medio de videos, se mostraron fotos de mujeres con casos reales de cáncer de mama; al grupo de comparación no se procedió a intervenir, es decir en ellas no se realizó la consejería.
10. La consejería consta de 1 sesión de 45 minutos
11. Se recaudó datos a los participantes acerca de su dirección, número telefónico, horario disponible para poder llevar a cabo el seguimiento y así poder aplicar el cuestionario post test en

ambos grupos.

12. Posteriormente se citó a ambos grupos de mujeres a las 2 semanas de terminada la última sesión y se verificó mediante el post test y la evaluación si realizaban el autoexamen de mama de manera correcta.
13. Analizamos los resultados del cuestionario realizada a ambos grupos y comparamos resultados.
14. Se elaboró un informe y se presentó en la dirección del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque

ASPECTOS ÉTICOS:

- **INOCUIDAD:** La investigación no causó ningún tipo de daño a las participantes
- **PARTICIPACIÓN DE SERES HUMANOS:** El estudio para la investigación involucró la participación de mujeres atendidas en el centro de salud el Bosque.
- **PAGO A LOS PARTICIPANTES:** No habrá pago a las participantes
- **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA:** La información obtenida de los datos obtenidos ingresaron a un programa de software donde se realizó el procesamiento de los datos hasta la culminación de la investigación.
- **VERACIDAD DE LOS DATOS:** Se tomó los datos obtenidos de las historias clínicas.

2.2.5. MÉTODOS Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos se ingresaron en una base de datos diseñado para el software SPSS v 21.0 para el procesamiento de la información.

Análisis Descriptivo: Los datos numéricos serán presentados en frecuencias (porcentajes), medidas de tendencia central (media) y como medida de dispersión se usará la desviación estándar (DS).

Análisis Ligados a la Hipótesis: Para la evaluación de las variables categóricas se empleará la prueba de Chi cuadrado o el test de exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de cinco en tablas de contingencia de 2 x 2. Se considerará un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

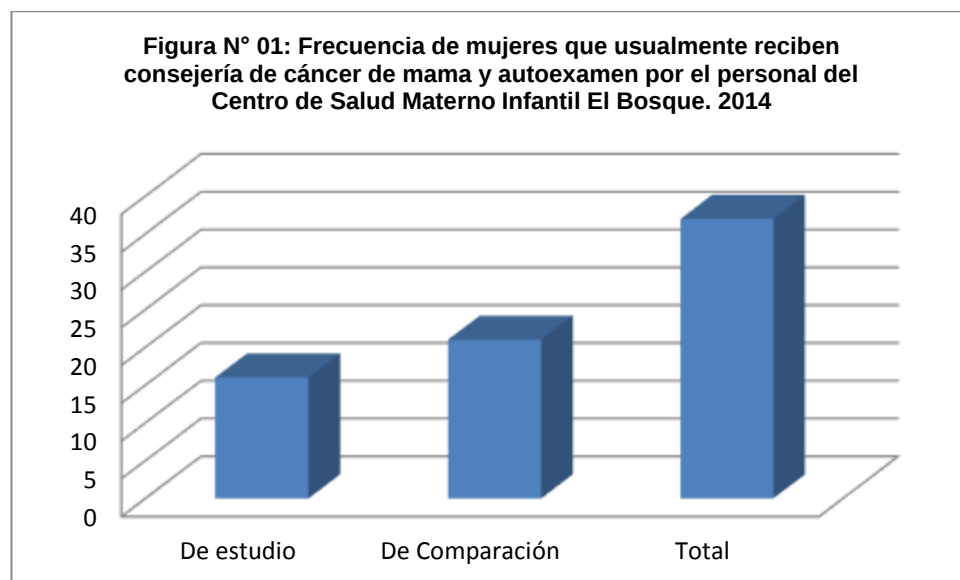
Estadígrafo del Estudio: Para el presente estudio se considerará el valor p.

III. RESULTADOS

Tabla N° 01: Frecuencia de mujeres que usualmente reciben consejería de cáncer de mama y autoexamen por el personal del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014.

De Estudio		De Comparación		Total	
N	Frecuencia	n	Frecuencia	n	Frecuencia
16	36,36 %	21	47,72 %	37	42 %

Fuente: Instrumento de Recolección de Información

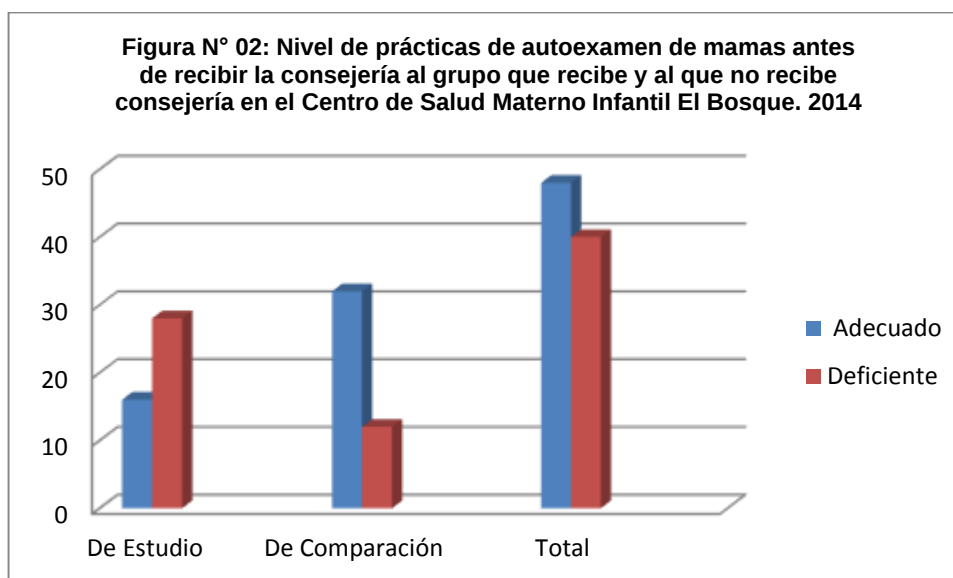


Fuente: Instrumento de Recolección de Información

Tabla N° 02: Nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014

Nivel de Conocimientos	De Estudio		De Comparación		Total	
Caracterización	N	Frecuencia	n	Frecuencia	n	Frecuencia
○ Adecuado	16	36,4 %	32	72,7 %	48	54,5 %
○ Deficiente	28	63,6 %	12	27,3 %	40	45,5 %

Fuente: Instrumento de Recolección de Información

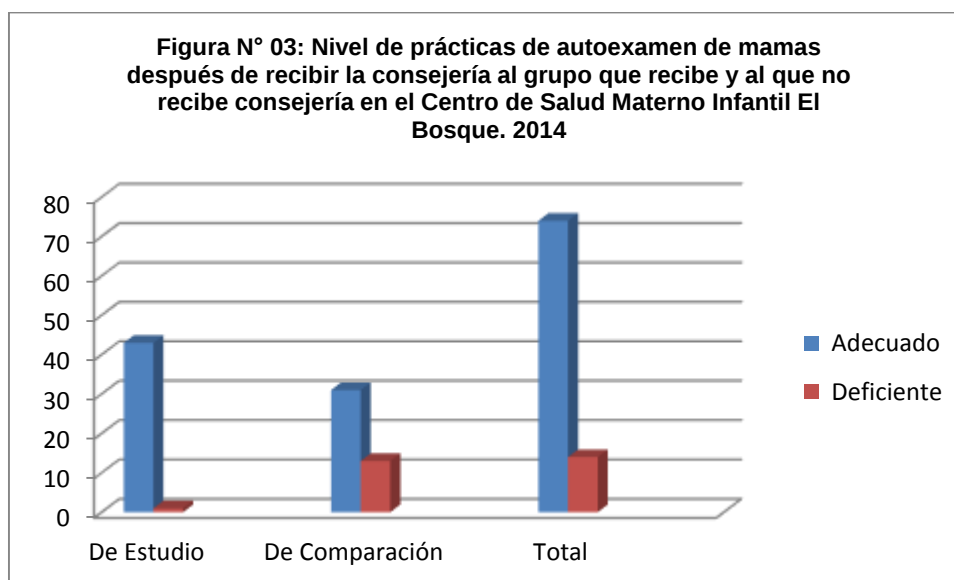


Fuente: Instrumento de Recolección de Información

Tabla N° 03: Nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería al grupo que recibe y al que no recibe consejería en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014

Nivel de Conocimientos	De Estudio		De Comparación		Total	
Caracterización	n	Frecuencia	n	Frecuencia	n	Frecuencia
○ Adecuado	43	97,7 %	31	70,5 %	74	84,1 %
○ Deficiente	1	02,3 %	13	29,5 %	14	15,9 %

Fuente: Instrumento de Recolección de Información



Fuente: Instrumento de Recolección de Información

Tabla N° 04: Influencia de la consejería sobre el nivel de prácticas de autoexamen de mamas en mujeres del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2014

Consejería	Mejora del Nivel de Prácticas		Total
	Si	No	
Si	43	1	44
No	6	38	44
Total	49	39	88

Fuente: Instrumento de Recolección de Información

- **Chi Cuadrado:** 59,002.
- **Valor p:** 0,000.
- **Intervalo de Confianza:** 95 % (31,359 – 2365,01).

IV. DISCUSIÓN

La Tabla N° 01 nos evidencia la frecuencia de mujeres que usualmente reciben consejería de cáncer de mama y autoexamen por el personal del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, un dato independiente de la intervención realizada en el presente estudio. En el grupo de estudio (aquellos que recibieron la consejería como parte del plan de investigación) la frecuencia fue de 36,36 % (n = 16) y en el grupo de comparación (aquellos en los que no aplicamos la consejería) el basal fue de 47,72 % (n = 21). Ante esto, el estudio nacional de Aponte M et al ²⁷ reportaron que los conocimientos obtenidos sobre cáncer de mama en una muestra fueron: nivel medio (90,6 %) y un nivel 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. Esta data resulta importante desde el punto de vista de conocer cuál es la situación habitual de las características de intervención usual del personal de salud en cuanto a esta temática y el saber real de las pacientes con respecto a ello.

Resulta importante rescatar estos datos pues a veces se suele subestimar la realización de intervenciones sanitarias en poblaciones de riesgo cuando no se cuenta con un conocimiento y practica adecuada de la realidad. La toma de diversas decisiones estratégicas dependerá de ello. Un ejemplo conciso de evaluar, sería el estudio de Garbey Y, Ruíz O ²⁹ (Santiago de Cuba, 2012) realizaron sobre conocimientos de autoexamen de mama en adolescentes entre 15 y 18 años de edad. Hallaron que esta población posee poco conocimiento sobre este tema debido a que creen que no es importante y solamente 4 supieron realizar la técnica. Un tercio de las adolescentes no tuvieron conocimientos sobre el autoexamen de mama y la mayoría de las adolescentes habían adquirido sus conocimientos a través de los medios de difusión masiva, evidenciándose el pobre papel de promoción primordial desempeñado por el equipo de salud.

La Tabla N° 02 y la Tabla N° 03 evidencian el antes y después de la intervención del nivel de prácticas de autoexamen de mamas al grupo que recibe consejería y al grupo que no recibe consejería. En la data antes de la aplicación de la consejería el grupo de estudio presenta un nivel de conocimientos de 36,4 % adecuado y 63,6 % deficiente; y, el grupo de comparación, 72,7 % adecuado y 27,3 % deficiente. Los datos después de la consejería muestran en el grupo de estudio un nivel adecuado de practica en un 97,7 % y deficiente 2,3 %; y, en el grupo de comparación, 70,5 % adecuado y 29,5 % deficiente.

Al analizar las Tablas N° 2 y 3 podemos observar una mejora porcentual en cuanto al nivel de prácticas para el adecuado autoexamen de mamas, determinando así el impacto positivo de haber realizado la consejería en la población estudiada reflejado en la mejora de los niveles basales versus los resultados post intervención. La Tabla N° 04 hace evidente lo ya descrito pues halla una asociación estadística entre la intervención efectuada y la mejora en el nivel de prácticas del autoexamen de mama (Chi Cuadrado: 59,002; valor p: 0,000 e IC 95 %).

En concordancia a nuestros hallazgos, otras investigaciones han reportado evidenciar lo mismo. Por ejemplo, Mondeja W et al ²⁵ (Cuba, 2015) realizaron un estudio pre experimental antes y después de la intervención educativa en el policlínico norte de Morón con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento y practica sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de treinta años de edad, encontrando que, antes de la intervención educativa existía un nivel de conocimiento y practica incorrecto sobre la frecuencia y el momento del ciclo menstrual en el que debe realizarse el autoexamen de mama, así como las formas de diagnóstico temprano y dominio de la técnica, variables que alcanzaron un nivel de conocimiento correcto después de la intervención educativa, con significación estadística.

Ospina J, Manrique F ²⁶ (Colombia, 2011) realizaron una investigación

acerca de la no realización del autoexamen de mama, donde concluyeron que los principales factores asociados con la no realización del autoexamen de mamas (AEM) en la población estudiada se relacionaron con aspectos predominantemente sociales, culturales y económicos; la mayoría susceptibles de modificación si se readecuan estrategias y políticas en lo que tiene que ver con el diseño y planeación de los programas de promoción y prevención específicos.

Virella M et al ³⁰ (Cuba, 2010) desarrollaron un estudio de intervención educativa con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre algunos factores de riesgo del cáncer y el autoexamen de mama, mediante un programa interactivo diseñado al respecto y aplicado a un grupo de mujeres de riesgo concluyendo que la mayoría de las mujeres tenían poco conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de mama antes de aplicar la intervención, así como en su mayoría no se realizaban la técnica ya que no le daban importancia al autoexamen de mama. Luego de aplicada la intervención educativa se logró modificar positivamente el conocimiento y práctica, lo que demostró la efectividad de la estrategia aplicada.

Más del 30 % de las defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, tales como: el consumo de tabaco; exceso de peso; desorden alimenticio; inactividad física; consumo de bebidas alcohólicas; infecciones por Virus del Papiloma Humano (PVH) y Virus de Hepatitis B (VHB); radiaciones ionizantes y no ionizantes; contaminación del aire de las ciudades; y el humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos ¹⁷.

El autoexamen de mama tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer. Su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países de escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para realizar mamografías en la población de forma rutinaria. Por ello se debe realizar el autoexamen periódicamente y acudir asimismo al médico por lo menos una vez al año para realizarse un chequeo general que incluye una mamografía anual pasados los 40 años³¹.

Existe una serie de factores relacionados con la realización del autoexamen de mama y que han sido explorados en diferentes estudios; así por ejemplo, se realizan autoexamen de mama quienes tienen mayor autoestima, mayor nivel socioeconómico, adecuado conocimiento sobre el autoexamen, mayor nivel educativo, mayor edad, percepción adecuada frente al autoexamen, y mayor orientación hacia la salud preventiva¹⁸.

En general, y en base a lo ya expuesto en los párrafos anteriores, resulta importante el conocimiento y la adecuada práctica del autoexamen de mama en la población, a fin de prevenir y/o detectar tempranamente el cáncer de mama en estadios iniciales.

V. CONCLUSIONES

1. El porcentaje de mujeres que usualmente reciben consejería por el personal de salud del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque fue de 42 %.
2. El nivel de prácticas de autoexamen de mamas antes de recibir la consejería al grupo que recibe fue: 36,4 % adecuado y 63,6 % deficiente; y, al que no recibe consejería: 72,7 % adecuado y 27,3 % deficiente.
3. El nivel de prácticas de autoexamen de mamas después de recibir la consejería al grupo que recibe fue: 97,7 % adecuado y deficiente 2,3 %; y, en el que no recibe la consejería: 70,5 % adecuado y 29,5 % deficiente.
4. La consejería sobre cáncer de mama influye en la práctica del autoexamen en mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil El Bosque.

VI. RECOMENDACIONES

1. Establecer en forma permanente estrategias sanitarias que conduzcan a la educación sobre cáncer de mama y adecuado autoexamen en mujeres de 15 a 55 años.
2. Promover el desarrollo de talleres sobre la técnica del correcto desarrollo del autoexamen de mamas en mujeres de todos los grupos etáreos.
3. Evaluar periódicamente los indicadores de salud en cuanto a consejería de cáncer de mama con la finalidad de analizar el porcentaje de avance de las coberturas de las poblaciones asignadas a las unidades sanitarias y tomar las medidas pertinentes para la reducción de brechas.
4. Desarrollar estudios multicéntricos orientados a investigar la influencia de la consejería sobre el adecuado autoexamen de mama en mujeres de 15 a 55 años.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Douglas L. Instituto Nacional del Cáncer EE.UU. *El cáncer*. [Acceso 15 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>
2. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S. *Informe mundial sobre el cáncer*. Lima; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M. Sociedad Española de Oncología Médica. *Las cifras del cáncer en España 2014*. [Acceso 15 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
4. Ramos Y, Marimón E, Crespo C, Junco B, Valiente W. *Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica*. Rev Ciencias Médicas 2015; 19(4): 619 – 29.
5. Prieto M. *Epidemiología del cáncer de mama en Chile*. Rev Med Clin Condes 2011; 22(4): 428 – 35.
6. Gauthier B, Martine P. *Cáncer de mama: Basada en la Guía de Práctica Clínica de la Esmo*. Lima; 2011. Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
7. Sánchez V. *Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú*. [Acceso 21 de mayo del 2014]. Disponible en: www.inei.gob.pe/web/Endes.
8. Mauad E, Nicolau S, Moreira L, Haikel R, Longatto A, Baracat E. *Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance*. EEUU; 2011; 9(3): pp.1241.

9. Martínez F, Telles F, Siera A. *Fundamento y Técnica de la exploración clínica de la mama, sociedad Española de Ginecología*; 2012 [Online]. [Citado: 28 de agosto del 2010]. Disponible en la web: www.cirugest.com/revisiones.html.
10. Gutiérrez A, Gutiérrez F, Gutiérrez JC, Guzmán F, Santander A. *Conocimiento, actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Simón 2011*. Rev Cient Ciens Med. 2012; 15(2): pp. 22-25.
11. Smith R. *Handbooks of Cancer Prevention. International Agency for Research on Cancer. Breast Cancer Screening 2010*. Lyon: IARC Press; 2010; 15(7)
12. Fernández E, Alzamora D. *Municipalidad de Lima se une a campaña de concientización de prevención de cáncer de mama*. [Acceso 25 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.munlima.gob.pe/noticias/item/2413-campa%C3%B1a-preventiva-del-c%C3%A1ncer-de-mama>.
13. Ibáñez M, Masías J, Suárez M. *Informe de evaluación del establecimiento de salud: "Centro de Salud Materno Infantil El Bosque"*. Trujillo; 2014. Disponible en: http://cpcedlalibertad.gob.pe/Documentos/ish/23_ISH_CENTRO_DE_SALUD_MATERNO_INFANTIL_EL_BOSQUE.PDF
14. Santillán M, Andrade J. *Observatorio de violencia social y de género de baja california sur. Diagnóstico de cáncer en bajo california*. California; 2014 [Acceso 22 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/BCS/bcs10.pdf>

15. Pacohuanaco M. *Conocimiento, actitud y su relación con la práctica del autoexamen de mama del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Tacna*; 2012 TESIS para optar el título de Profesional de LICENCIADA EN ENFERMERÍA . [Acceso 21 de mayo del 2014]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/172/57_2013_Pacohuanaco_Apaza_M_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1.
16. Antón A. *Guía Resumida: Para el Diagnóstico y Tratamiento para el Cáncer de Mama Metastásico*. España: Madrid; 2015. pp. 15-20
17. Lindberg N, Stevens VJ, Smith KS, Glasgow S, Toobert D. A brief intervention designed to increase breast cancer self – screening. *Am J Health Promot* 2009; 23(5): 320 – 3.
18. Facey M. *Autoexamen de seno, Medical en la red*. [Rev. october/2011]. [Acceso 23 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.facey.com/education/fastfacts/Spanish/Autoexamen%20de%20sens.pdf>.
19. Carvalho A, De Oliveira M. *Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará*. *Rev. Cuba*; 2010. [Acceso 21 de mayo del 2014]. Disponible en: http://bvs.salud.cu/revistas/vol25_1_08/enf10231.htm
20. Avello E, Junceda T. *Cáncer de mama*. Universidad de Oviedo. Instituto Nacional del Cáncer; 2010. pp. 15.
21. López G. *Instituto Salvadoreño De Bienestar Magisterial. Programa Especial De Salud, “Guía De Manejo De La Enfermedad Oncológica”*. Lima; 2013 [Acceso 20 de mayo del 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Cesar/Downloads/GUIA%20DE%20MANEJO%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20ONCOLOGICA%2004102013.pdf>

22. Rodríguez N. *Guía de Cáncer de Mama*. EEUU; 2011. Disponible en: <http://www.grupogamma.com/wp-content/uploads/2012/09/Gu%C3%ADa-del-c%C3%A1ncer-de-mama-cancernet.pdf>
23. Collins G. *Las Técnicas de Consejería*. Lima; 2011. Disponible en: <http://www.clinicamente.com.ar/libros/tecnicas%20de%20consejeria.pdf>
24. Mazzatti P. *Resolución Ministerial*. Lima; 2010. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf>. pp. 13-18
25. Mondeja W, Quintana J, Rodríguez C, Borroto M. Intervención educativa sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de treinta años. [Acceso el 12 de Mayo del 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_02_09/org/a12_v15__02_09.pdf
26. Ospina J, Manrique F. *La no realización del autoexamen de mama en Tunja y Colombia*. Colombia; 2011. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/119211>
27. Aponte M, Mestanza A, Velásquez J, Farro 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.
28. 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 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*, periodo agosto – diciembre del 2010.

Tesis para obtener el Grado Académico de Licenciado en Obstetricia.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2011.

29. Garbey Y, Ruíz, O. *Conocimientos de Autoexamen de mama en Adolescentes*. Cuba; 2012. Disponible en: www.actasdecongreso.sld.cu/downloads/1151/135-5594-1-PB.pdf.
30. Virella M, Salazar Y, Chávez M, Viñas L, Peña N. *Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen*. AMC 2010; 14(1): 31 – 41.
31. De la Vara E, Suárez L, Ángeles A, Torres G, Lazcano E. *Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México 1979-2006. Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud*. México; 2011.
32. González D. *Autoexamen de Mamas*. Guatemala; 2013. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/Auto_examen_de_MAMA.pdf
33. Morales S, Beteta E, Álvarez B. *Manual de Consejería para el abordaje del VIH*. Managua; 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2014/09/Norma-118-VIH-y-sida-MINSA.pdf>.
34. Arce C, Bargalló E, Villaseñor E, Gamboa C, Lara F, Pérez V et al. *Cáncer de mama*. [Acceso 20 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
35. Sosa E, García F. *Panorama epidemiológico del cáncer en México*. Rev Mex Anest 2013; 36(Supl 1): S130 – S132.

36. Zahaira M, Prado A, Cárdenas N, Morante Z, Gómez H, Sarria G et al. *Epidemiología del cáncer de mama triple negativo en el Perú*. Carcinomas 2015; 5(1): 21 – 5.
37. Del Carmen J, Yagui M. *Ministerio de Salud del Perú: Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Lima: MINSA. 2013.
38. Yépez Ramírez D, De la Rosa AG, Guerrero Albarrán C, Gómez Martínez JM. *Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20(2): pp. 79-84.
39. 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 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Lima; 2010.
40. Romaní F, Gutiérrez R, Ramos Castillo J. *Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)* [Acceso 21 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832011000100005&script=sci_arttext.
41. Sánchez V. *Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú*. [Acceso 21 de mayo del 2014]. Disponible en: www.inei.gob.pe/web/Endes/
42. Hermosilla T, Gaminde I, Vidal S, Briones E, Montaña Antonio, Lopez Rafael. *Manual: Elaboración de una herramienta de ayuda a la toma de decisiones relacionados con la salud y los pacientes (HATD-P)*. Publicación técnica/1. Enebro. Sevilla; 2010.

43. Santos Y, Mata M, Rosado R. *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el segundo y tercer nivel de atención*. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
44. Rodríguez S, Capurso F. *Federación Ginecológica y Obstétrica. Epidemiología del cáncer de mama*. F. ISSN-0300-9041; 2013. 74(11), [Acceso 20 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf>
45. Bárcenas M. *Autocuidado en mujeres en edad reproductiva relacionado a la detección oportuna de cáncer de mama*. Santiago de Queretaro; 2014. pp. 15-17
46. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México. *Salud Pública de México* 2012; Vol. 53(1). Pp.300-309.
47. Benia W, Tellechea G. *Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo*. *Revista Médica Uruguay*. 2010; Vol. 16: 103-113.
48. Mendoza C, Galván E. *Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel*. México; 2014; 75:11-16 [Acceso 21 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom071c.pdf>
49. Berek j. *Ginecología de Novak*. Editorial MacGraw. Hill International. 12ª edición; 2010

50. Rosario M, Regalado R, Navarro J. *Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resumen de Indicadores de Salud 2012* [Internet]. Lima: INEN; 2012 [citado el 12 de enero del 2013]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf
51. Santos Y, Mata M. *Conocimientos sobre el cáncer de mama, técnica de autoexamen, actitudes y su asociación en mujeres derecho habitantes*. México; 2013 octubre. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Yaren.pdf>
52. Aponte M, Mestanza A, Velásquez J. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Perfil Epidemiológico*. Lima – Perú: INEN; 2010. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/febrero/conocimiento.pdf>.
53. Bernabé Y. *Instituto Nacional del Cáncer E.E.U.U.* New York; 2012. Disponible en: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=444971>
54. Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. *Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. 1ª ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS; 2010

VIII. ANEXOS:

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE CÁNCER DE MAMA EN LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN. MUJERES ATENDIDAS CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. 2014.

Yo, _____
identificada con DNI N° _____ de ____ años de edad dejo
expreso el haber sido informado por las investigadoras de los objetivos e
importancia del estudio INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE
CÁNCER DE MAMA EN LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN. MUJERES
ATENDIDAS CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE.
2014., el cual necesita mi inclusión.

He sido informada también que se mantendrá el anonimato de los datos
proporcionados y que no recibiré compensación económica por ello.

Por tal motivo doy mi consentimiento de para su participación en la presente
investigación.

Trujillo, _____ de _____ del 20____.

Firma y Huella Digital

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

DATOS GENERALES

Edad:

- A. Menores de 18 años ()
- B. De 18 a 29 años ()
- C. De 30 a 40 años ()
- D. Mayores de 40 años ()

Paridad: _ _ _ _

- A. Nuligesta
- B. Primigesta
- C. Multigesta
- D. Gran Multigesta

Grado de Instrucción:

- A. Analfabeta
- B. Primaria Incompleta
- C. Primaria Completa
- D. Secundaria Incompleta
- E. Secundaria Completa
- F. Superior Universitario Incompleta
- G. Superior Universitario Completa
- H. Superior Técnico Incompleta
- I. Superior Técnico Completa

¿Ha recibido antes consejería para cáncer de mama y/o autoexamen de mamas?

- A. SI
- B. NO

PRE TEST – POST TEST

Las siguientes preguntas corresponden a una evaluación sobre su conocimiento la realización del autoexamen de mama, responda Si o No según corresponda:

1. Se coloca frente al espejo y levanta los brazos sobre la cabeza:

A. Sí.
B. No.
2. Inspecciona ambas mama (forma, tamaño, simetría y posición del pezón):

A. Sí.
B. No.
3. Busca anormalidades en ambas mamas (si hay cambios en la textura y color de piel):

A. Sí.
B. No.
4. Lleva las manos a las caderas para ver si hay simetría entre sus mamas:

A. Sí.
B. No.
5. Se inclina ligeramente hacia el espejo y empuja los hombros y los codos hacia adelante (identifica masas o hundimientos):

A. Sí.
B. No.
6. Examina la axila derecha con la yema de los dedos de la mano izquierda (buscando masas, hundimientos) y examina la mama derecha utilizando la yema de los dedos de la mano izquierda:

A. Sí.
B. No.

7. Presiona la mama derecha suavemente con la yema de los dedos de la mano izquierda dando movimientos circulares.

- A. Sí.
- B. No.

8. Realiza movimientos de afuera hacia dentro con la yema de los dedos de la mano izquierda.

- A. Sí.
- B. No.

9. Presiona suavemente el pezón con la yema de los dedos para identificar secreciones:

- A. Sí.
- B. No.

10. Realiza el mismo procedimiento con la mama izquierda:

- A. Sí.
- B. No.

ANEXO III: LISTA DE CHEQUEO

AUTOEXAMEN DE MAMA	SI	NO	OBSERVACIONES
Lavado de Manos Clínico			
Se coloca frente al espejo.			
Levanta los brazos sobre la cabeza.			
Inspecciona ambas mamas (Forma, tamaño, simetría y posición del pezón).			
Busca anormalidades en ambas mamas (Si hay cambios en la textura y color de la piel).			
Lleva sus manos a las caderas para ver simetría de sus mamas.			
Se inclina ligeramente hacia el espejo.			
Empuja los hombros y los codos hacia adelante. (Identifica masas o hundimientos).			
Examina la axila derecha con la yema de los dedos de la mano izquierda (Buscando masas, hundimientos)			
Examina la mama derecha utilizando la yema de los dedos de la mano izquierda.			
Presiona la mama derecha suavemente con la yema de los dedos de la mano izquierda dando movimientos circulares.			
Realiza movimientos de afuera hacia dentro con la yema de los dedos de la mano izquierda.			
Presiona suavemente el pezón con la yema de dedos para identificar secreciones			
Realiza el mismo procedimiento con la mama izquierda			

ANEXO IV: FICHA DE EVALUACIÓN

PASOS DE LA CONSEJERÍA	SI	NO
Saluda Cordialmente		
Se presenta (Dice su nombre y apellidos)		
Establece relación cordial con la usuaria		
Identifica necesidades de la usuaria		
Responde a las necesidades de la usuaria		
Verifica la comprensión de la usuaria		
Mantiene la relación cordial		
Habla Claro y fuerte		
Evita el uso de muletillas		
Utiliza palabras de fácil comprensión		

ANEXO V:
FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO <i>(Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)</i>		CONSTRUCTO <i>(Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)</i>		RELEVANCIA <i>(El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)</i>		COHERENCIA INTERNA <i>(El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)</i>		CLARIDAD <i>(El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)</i>		SUFICIENCIA <i>(Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)</i>	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1												
2												
3												
4												
5												

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES				SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos						
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación						
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial						
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir						
VALIDEZ						
APLICABLE			NO APLICABLE			APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por:

Fecha:

Firma y Sello

FOTOS DE LA RECOLECCIÓN DE MUESTRA

