

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR “KUYAYLLAPAQ YACHASUN” Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN EL AAHH DURAZNOPATA, HUANTA-AYACUCHO, 2015

**Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería**

Presentada por

Bach. Bertha Luz Curi Carhuamaca

Bach. Nory Rivas Huaman

AYACUCHO-PERÚ

2015

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Resolución Decanal N° 0106-2016-FCSA-UNSCH/D

Bachiller Bertha Luz Curi Carhuamaca

Bachiller Nory Rivas Huaman

En la ciudad de Ayacucho, siendo las once de la mañana con treinta minutos del día diez de junio del año dos mil dieciséis se reunieron los miembros del Jurado Evaluador en el auditorio de Escuela Profesional de Enfermería conformado por:

Dr. Emilio Ramírez Roca (Presidente)

Dra. Iris Jara Huayta (Miembro)

Dr. Manglio Aguirre Andrade (Miembro)

Mg. Julia Palomino Mayhua (Miembro)

Lic. Arturo Morales Silvestre (Miembro-Asesor)

El presente acto es presidido por el primero de los nombrados en su calidad de Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, así mismo actúa como Secretaria Docente la Lic. Rosa M. Muñoz Pizarro.

A continuación el Sr. presidente verifica y da lectura a los documentos que obran en mesa:

- Expediente constituida por solicitud con Reg. N°001750 de fecha veinticuatro de mayo del año dos mil dieciséis.

- Resolución Decanal N° 0106-2016-FCSA-UNSCH/D de fecha seis de junio 2016.

Seguidamente el presidente del Jurado Evaluador, solicita a las Bachilleres exponer la tesis titulada "Aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" y su influencia en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AA HH Duraznopata, Huanta-Ayacucho-2015." El mismo que deberá ser sustentado en el tiempo estipulado según Reglamento.

Concluida la exposición, el presidente invita a los miembros del Jurado Evaluador a formular las preguntas pertinentes a la tesis sustentada.

Finalizada la etapa de preguntas y respuestas invita a las aspirantes al título profesional y al público en general abandonar el auditorio para la deliberación del Jurado Evaluador y la correspondiente calificación final.

Luego de una amplia deliberación del Jurado Evaluador arriba a las siguientes conclusiones:

BACHILLER BERTHA LUZ CURI CARHUAMACA Nota Texto Nota Expos. Nota Resp. Prom.

Dr. Emilio Ramírez Roca	16	16	16	16
Dra. Iris Jara Huayta	16	16	15	16
Dr. Manglio Aguirre Andrade	16	16	16	16
Mg. Julia Palomino Mayhua	15	16	15	15.5
Lic. Arturo Morales Silvestre	17	17	16	17

PROMEDIO: 16

BACHILLER NORRY RIVAS HUAMAN Nota Texto Nota Expos. Nota Resp. Prom.

Dr. Emilio Ramírez Roca	16	16	16	16
Dra. Iris Jara Huayta	16	16	15	16
Dr. Manglio Aguirre Andrade	16	16	16	16
Mg. Julia Palomino Mayhua	15	14	13	14
Lic. Arturo Morales Silvestre	17	17	16	17

PROMEDIO: 16

OBSERVACIONES:

Corregir los errores tipográficos y mejorar la metodología.

El Jurado Evaluador arriba a las siguientes conclusiones:

1°. Aprobar por unanimidad a la Bach. Bertha Luz Curi Carhuamaca con la nota de dieciséis (16).

2°. Aprobar por unanimidad a la Bach. Nory Rivas Huaman con la nota de dieciséis (16).

Siendo las dos de la tarde con diez minutos del mismo día se concluye con el presente acto académico.



Dr. Emilio Ramírez Roca

Decano



Dra. Iris Jara Huayta

Presidenta



Dr. Manglio Aguirre Andrade

Miembro



Mg. Julia Palomino Mayhua

Miembro



Lic. Arturo Morales Silvestre

Asesor



Lic. Rosa M. Muñoz Pizarro

Secretaria Docente

A Dios, por haberme permitido la vida y dado
salud para lograr mis objetivos.

A mis padres, por el apoyo incondicional,
consejos, valores y la motivación constante que
me han permitido ser una persona de bien.
También, por todo el amor que siempre me
brindan.

A mi esposo, por el apoyo en todo momento, y a
mi hija Adalí, por ser mi motor y motivo para
seguir siendo mejor día a día.

Bertha

A Dios, por ser mi fortaleza, por iluminar mi camino y guiar mis pasos a lo largo de la vida.

Con mucho cariño, a mis padres y hermanos, quienes me motivaron a seguir con mis metas y lograr lo que hoy tengo, con esfuerzo y sacrificio.

Nory

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por habernos dado fuerza, valor y sabiduría para terminar nuestros estudios de pregrado.

Un especial reconocimiento a nuestra querida Alma Máter, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, fuente de sabiduría y enseñanza, por brindarnos la oportunidad de desarrollar habilidades, capacidades y competencias para lograr esta noble profesión.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, específicamente a la Escuela Profesional de Enfermería y su plana de docentes, por las enseñanzas y orientaciones impartidas durante nuestra permanencia en las aulas universitarias.

Nuestro reconocimiento y eterno agradecimiento a nuestros padres, por el apoyo emocional y material que nos brindan siempre.

Del mismo modo, gratitudes muy especiales al Lic. Arturo Morales Silvestre, por sus aportes, orientaciones y sugerencias brindados durante el desarrollo de la presente investigación de tesis.

A la presidenta del AAHH Duraznopata- Huanta, por habernos permitido ejecutar la presente investigación; también, a las familias y mujeres encuestadas, por su participación voluntaria en el presente estudio.

RESUMEN

APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR “KUYAYLLAPAQ YACHASUN” Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN EL AAHH DURAZNOPATA, HUANTA-AYACUCHO, 2015

Bach. Bertha Luz Curi Carhuamaca

Bach. Nory Rivas Huaman

Fue **objetivo** nuestro determinar la influencia del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Los **métodos** fueron: la investigación cuantitativa, cuasi experimental, aplicada, de corte longitudinal. La **muestra** estuvo representada por mujeres mayores de 18 años de edad que pertenecen a 50 familias del AA. HH. Duraznopata, Huanta, seleccionadas de forma no probabilística intencional. La **técnica** fue: encuesta y observación, el **instrumento** empleado fue: cuestionario y ficha técnica de observación. Para el **procesamiento de los datos**, se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon, con un 95 % de confiabilidad y significancia de $P < 0.05$. Los **resultados** muestran que, del 100 % de las mujeres en estudio, de acuerdo al estadígrafo del Wilcoxon, el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor a nivel de grado de confianza (0,05); en **conclusión**: es influyente la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la detección temprana de cáncer de mama ($Z_c = 3,015 > Z_t = 1,64$); en conclusión, el Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” fue efectivo.

Palabras clave: Programa familiar y la autoexploración y detección precoz del cáncer de mama.

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF FAMILY PROGRAM "KUYAYLLAPAQ YACHASUN" AND ITS INFLUENCE ON THE LEVEL OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN THE AAHH DURAZNOPATA, HUANTA-AYACUCHO, 2015

Bach. Bertha Luz Curi Carhuamaca

Bach. Nory Rivas Huaman

Our **objective** was to determine the influence of the Family Program "Kuyayllapaq Yachasun" in the level of knowledge and practice of early detection of breast cancer in AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. The **methods** were: quantitative research, quasi experimental, applicative, longitudinal cutting. The **sample** was represented by women over 18 years of age belonging to 50 families of AA. HH. Duraznopata, Huanta, selected from non-probabilistic intentional way. The **technique** used: survey guidelines and the observation, the **instrument** used was the interview questionnaire, observation sheet. For **data processing**, statistical Wilcoxon test was used, with 95% reliability and significance of $P < 0.05$. The **results** show that 100% of women in the study, according to the Wilcoxon statistic, asymptotic significance level is 0.000, lower grade level of confidence (0.05); **conclusion**, the application is influential Family Program "Kuyayllapaq Yachasun" in the early detection of breast ($Z_c = 3,015 > Z_t = 1,64$) cancer; In conclusion, the Family Program "Kuyayllapaq Yachasun" was effective.

KEY WORDS. Family Program and self-examination and early detection of breast cancer.

ÍNDICE

Dedicatoria	II
Agradecimientos	IV
Resumen	V
Abstrac	VI
Introducción	IX

CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1 Antecedentes de la investigación	1
1.2 Bases teóricas	14
1.2.1 Cáncer	14
1.2.2 Mama.....	14
1.2.3 Cáncer de mama	15
1.2.4 Autoexploración	16
1.2.5 Autoexploración de mama.....	16
1.2.5.1 Técnicas de autoexploración de mamas	17
1.2.6 Factores de riesgo	18
1.2.7 Prevención del cáncer de mama	21
1.2.8 Conocimiento	22
1.2.8.1 Elementos del conocimiento	24
1.2.8.2 Categorización del conocimiento.....	24
1.2.9 Programa educativo	24
1.2.10 Evaluación del conocimiento	27
1.2.11 Práctica	27
1.3 Hipótesis.....	27
1.4 Variables.....	28

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Enfoque de estudio	29
2.2 Tipo de estudio	29
2.3 Nivel de investigación	29
2.4 Tipo de diseño de la investigación	29
2.5 Área de estudio de la investigación.....	30
2.6 Población.....	30
2.7 Muestra.....	30

2.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	31
2.9 Recolección y procesamiento de datos.....	32
CAPÍTULO III. RESULTADOS	
Resultados.....	35
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	
Discusión.....	61
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO	85
1. Matriz de consistencia	86
2. Base de datos.....	87
3. Encuestas aplicadas.....	90
4. Programa Familiar Preventivo Promocional de Capacitación “Kuyayllapaq Yachasun”.....	95
5. Esquema de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”	100
6. Evidencias fotográficas	101

INTRODUCCIÓN

El presente estudio titulado "Aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" y su influencia en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho-2015" surge debido a que hoy en día el cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, con elevadas tasas de morbimortalidad. En el Perú, entre todo los tipos de cáncer, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar, con más casos de muerte de acuerdo al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (**INEN**)⁽¹⁾. Los cambios demográficos, económicos y ambientales tienen repercusión en todos los aspectos de nuestra vida. La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (**IARC**) ha estimado que en el año 2002 hubieron 10.9 millones de casos nuevos de cáncer y 6.723.887 muertes por cáncer en todo el mundo.

Estas cifras representan un incremento de 22 % en la incidencia y mortalidad por cáncer en comparación con las cifras del año 1990. Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), el número de casos se elevará a 15 millones para el año 2020. Sin embargo, el informe también demostró que los modos de vida saludables, nivel de conocimiento bueno, actitudes positivas, prácticas de autoexploración de mamas adecuadas y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo⁽²⁾.

El cáncer de mama es una enfermedad cuya frecuencia aumenta con la edad; sin embargo, hay casos que evidencian que, en las mujeres jóvenes de 20 a 30 años, se presenta en el 5 al 7 %, donde uno o dos de cada 20 mujeres lo adquieren en el transcurso de la vida. Sin lugar a dudas, es la neoplasia maligna que más temor

produce en las mujeres, debido a su alta frecuencia y al impacto psicológico que implica padecer esta enfermedad, siendo esta fácil de prevenir.

El Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control de Cáncer en el Perú, conjuga tres métodos diagnósticos uno de ellos es el autoexamen de mama, el cual puede ser detectado con relativa facilidad, debido a la eficiencia; su índice de cura es alto, siempre que su diagnóstico se realice en estadios tempranos.

El diagnóstico precoz es una garantía importante del éxito en el tratamiento. La mujer presta una relevante contribución al realizarse el autoexamen de las mamas mensualmente, que hace más probable la detección de alteraciones. Empero, su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países con escasos recursos económicos.

La mortalidad de cáncer de mama debe ser preocupación de toda mujer, sobre todo de los gestores de la salud, como es enfermería; partiendo del principio de la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, la educación en salud mediante actividades que involucren al autoexamen de mama, minimizan los diagnósticos en estadios avanzados.

Existen estudios a nivel internacional como el de Popayán, Colombia, que reflejan que los conocimientos sobre aspectos generales del cáncer de mama por parte de las pacientes que lo padecen son deficientes; el cáncer sigue siendo una enfermedad tabú, sinónimo de sufrimiento, dolor, desfiguración y muerte, que genera cambios en el estilo y calidad de vida haciendo que el proceso de adaptación sea lento y difícil⁽³⁾.

A nivel nacional, se han duplicado las muertes por cáncer registradas en el Ministerio de Salud (MINSA), de 16598 durante el año 2004 a 30832 durante el 2011⁽⁴⁾.

En el Perú, el cáncer de mama es considerado como el tipo de cáncer más frecuente en la mujer limeña y el segundo a nivel nacional, después del cáncer de cuello uterino. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el año 2000, se registraron 3155 casos de cáncer de mama y se proyecta que en el 2020 se incrementaría a 5643 casos⁽⁵⁾.

Actualmente, desde el 2006 al 2013, se registró un acumulado de 11340 casos de cáncer de mama. Solo en el 2013 se registraron 1278 casos de cáncer de mama, 50 en varones y 1228 en mujeres⁽⁴⁾.

En el departamento de Ayacucho, la distribución de casos de cáncer de mama según localización topográfica, de mayo a setiembre del 2013, fue de 6 casos, los cuales hacen el 1.4 %, según DIRESA – Ayacucho⁽⁵⁾. Sin embargo, la incidencia del cáncer de mama se viene incrementando progresivamente y es considerado como un grave problema en nuestro medio; por lo que algunas instituciones de salud han establecido centros de prevención del cáncer de mama como una propuesta de programas de detección precoz.

El problema del cáncer de mama en las mujeres tiene relación directa con el conocimiento que posee y la práctica que adopta, basado en actitudes hacia las formas de prevención. Para que estos tengan efectividad, debe poseer una actitud de cambio, entendido como la respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida.

El presente estudio busca concientizar a la mujer sobre la importancia del autoexamen de mama, por ser de mayor accesibilidad y que no acarrea costo alguno; promueve la detección temprana y la intervención oportuna a fin de reducir los impactos sanitarios negativos en las personas que los padecen y su círculo familiar.

Los establecimientos de primer nivel de atención en la Red de Salud Huanta implementan acciones de promoción y prevención de detección temprana del cáncer de mama, fundamentalmente en las mujeres en edad fértil; pero, por razones de existencia de recursos humanos limitados en los EE.SS., las estrategias de promoción y prevención no son implementadas de manera continua, descuidándose notablemente el trabajo en materia de prevención de problemas de salud, como es el caso del cáncer de mama; todo ello sumado a las características socioculturales, la accesibilidad geográfica y el acceso a los servicios de salud limitados por parte de las mujeres que viven en las zonas vulnerables, que hacen que se incremente el riesgo de su incidencia y prevalencia. Así mismo, es necesario mencionar que las estrategias de promoción y prevención que se implementan no tienen impacto en el cambio de actitudes y conductas saludables en las mujeres de este grupo social; por ello, es fundamental el diseño y aplicación de estrategias de promoción y prevención con un enfoque familiar, que influya en un cambio positivo referente a la detección y prevención del cáncer de mama.

El internado, que ha sido una experiencia del desenvolvimiento profesional, nos ha permitido ser testigos de las falencias y/o debilidades en cuanto a las estrategias metodológicas de las actividades preventivo-promocionales que se implementan en los servicios de salud; más aún cuando la prioridad está ceñida en la primera infancia y no en otros grupos etarios; también, el enfoque de intervención está centrado más en la parte individual y muy limitado en el enfoque familiar. Estos

aspectos visibilizados nos han llevado a desarrollar la presente investigación. Para ello, se plantea el problema de investigación: ¿Cuál es la efectividad del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015?

En dicho proceso, nuestro objetivo general propuesto fue determinar la efectividad del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de práctica y conocimiento de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho.

Del mismo modo, los objetivos específicos planteados fueron: primero, evaluar el nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama antes de la aplicación del programa; segundo, aplicar el Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”; tercero, evaluar el nivel de conocimiento y práctica de la técnica de autoexploración de mama después de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”; cuarto, evaluar la efectividad del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”; finalmente, determinar los factores que influyen en el Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”, como edad, estado civil, paridad, grado de instrucción.

En dicha vía, nuestras hipótesis de investigación planteadas fueron: La **hipótesis alterna: Ha:** La aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” es efectiva en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Por otro lado, la **hipótesis nula fue: Ho:** La aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” no es efectiva en el nivel de conocimiento y práctica de

detección temprana del cáncer de mama en el AA.HH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

La investigación fue de tipo cuasi-experimental, de enfoque cuantitativo, de diseño longitudinal. El método de estudio descriptivo, aplicativo. La población estuvo conformada por 150 familias y la muestra por 50 familias que pertenecen al AAHH Duraznopata, Huanta. Por otro lado, el tipo de muestreo fue el no probabilístico intencional; la técnica y los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: la encuesta, para medir el nivel de conocimiento, mediante el cuestionario; para medir la práctica de detección temprana, se ha empleado la observación, con su respectivo instrumento, la ficha técnica de observación.

Una vez obtenida la información, se creó una base de datos, para luego ser procesados con el paquete estadístico SPSS, versión 22, y el Microsoft Excel, que permitió la elaboración de las diferentes tablas de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico, se empleó el estadígrafo de la prueba de Wilcoxon para determinar la influencia del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun". Los **resultados** obtenidos fueron: Del 100 % (50) de la muestra, de las mujeres encuestadas, el 62 % (31), antes de la aplicación del programa, tenían nivel de conocimiento "deficiente"; después de la aplicación, el 92 % (46) tiene el nivel de conocimiento "óptimo". En la práctica de auto exploración de mama, en la técnica parada, antes de la aplicación, se obtiene que el 96 % (48) tiene un nivel de práctica "deficiente"; después de la aplicación, se obtiene que el 58 % (29) subió a un nivel "optimo". A partir de ello, se concluye en que el Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" influye significativamente en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en las mujeres del AAHH Duraznopata.

El presente trabajo de investigación tiene la siguiente estructura: presenta inicialmente las secciones formales de una investigación de esta naturaleza, como la dedicatoria, agradecimientos, resumen y la respectiva introducción. Posterior a eso, se presentan los capítulos que desarrollan la investigación: el capítulo I desarrolla la revisión de la literatura, en dicho propósito explicita los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las hipótesis y variables. En el capítulo II, se desarrolla los materiales y métodos. En el capítulo III, se presentan los resultados. En el capítulo IV, se desarrolla la discusión. Para concluir, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y el anexo.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1 Antecedentes de la investigación

Yépez R, La Rosa A, Guerrero A, et al. (2012), en Guanajuato, México, en su investigación denominada "Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres", cuyo **objetivo** fue determinar la perspectiva y el conocimiento sobre la autoexploración mamaria en mujeres mayores de 20 años, nos presentan los **resultados** siguientes: El promedio de edad fue de 38.9 años. El 82.8 % sabe qué es la autoexploración mamaria; el 76.5 % respondió que la enfermería le proporcionó esa información; el 73.7 % de las mujeres se revisan las mamas, sin embargo, la prueba visual demostró que el 72.8 % no se realiza la autoexploración de manera ordenada⁽⁶⁾.

Hernández S. (2009), en Camagüey, en la investigación titulada "Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas", cuyo **objetivo** fue: incrementar el nivel de conocimientos sobre la detección precoz del cáncer de mamas, con el **método** de estudio de intervención educativa en mujeres pertenecientes al Policlínico Docente Universitario *Tula Aguilera*, donde el universo

estuvo constituido por 352 pacientes femeninas, con la muestra probabilística de 54 pacientes, nos presenta los siguientes **resultados**: Antes de la intervención educativa. El 81,4 % de las pacientes identificaron como principal factor de riesgo tener más de 40 años de edad; así como un 75,9 % de las mismas señaló a los antecedentes familiares como riesgo para padecer de cáncer de mamas, también presentaron poco conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mama en las mujeres. Destacando como **conclusión** que predominó el desconocimiento sobre la definición del cáncer de mamas, las características clínicas, los factores de riesgo y la técnica del autoexamen de mamas, lo que se reformó después de haber terminado la intervención educativa ⁽⁷⁾.

Carpio H. y Jiménez C. (2014), en México, en la investigación titulada: "Conocimiento del autoexamen mamario en mujeres de 20 a 40 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar Número 73", cuyo **objetivo** fue determinar el conocimiento sobre la autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 40 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 73, con el **método** de estudio observacional – prospectivo – transversal – descriptivo, con una encuesta descriptiva prospectiva, nos presenta los siguientes **resultados**: De Las mujeres evaluadas en este estudio, el 98.7 % indica conocer sobre el autoexamen mamario; mientras, solo el 1.3 %, no. Sin embargo, 91.7 % no conoce el orden correcto para la realización del autoexamen mamario. Como **conclusión** destaca que: El 98.7 % de las mujeres cree saber sobre el autoexamen mamario, el 91.7 % no lo realiza adecuadamente; sin embargo, acuden con rapidez al médico ante la presencia de alguna anomalía⁽⁸⁾.

Gálvez, Rodríguez y Rodríguez (2013) en Venezuela, en la investigación titulada: "Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más"; cuyo **objetivo** fue: caracterizar el nivel de conocimiento del autoexamen de mama que

poseen las mujeres de 30 años y más pertenecientes a dos consultorios del área de Gaspar, municipio Baraguá, Ciego de Ávila. 2013; con los **métodos** de investigación epidemiológica, observacional, descriptiva y prospectiva; donde el universo estuvo constituido por 127 mujeres y la muestra por 121, seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; refiriendo que se integraron métodos empíricos, teóricos y procesamientos estadísticos: software estadístico EPINFO 5; donde el instrumento empleado fue la encuesta, aplicada a las mujeres del estudio, nos refieren los siguientes **resultados**: el 57,9 % de las mujeres desconocía qué es el autoexamen de mama; solamente el 31,4 % se autoexaminaban de forma correcta; el 21,6 % refirió realizarlo mensualmente y el 35,3 %, después de la menstruación; el 82,4 %, de las mujeres recibieron mayor información a través de las consultas médicas. También, destaca como **conclusiones** que se obtuvo que el mayor porcentaje de las mujeres desconocía qué es el autoexamen de mama, y la forma y frecuencia en que se debe realizarlo, no así la relación con el periodo menstrual; también, que el medio por el cual recibieron mayor información fue la consulta médica⁽⁹⁾.

Rodríguez G, Triana T. y Mendoza T. (2012), en Venezuela, realizaron un estudio titulado "Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela". Tuvieron como **objetivo** determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo de cáncer de mama; como **materiales y métodos**, al estudio descriptivo, transversal, con el instrumento de recolección de datos al cuestionario y la encuesta, por medio de una entrevista estructurada; donde la **muestra** estuvo constituida por 1525 mujeres entre 25 y 64 años, que acudieron a la consulta de Barrio Adentro I, del Municipio Puerto La Cruz, Estado Anzoátegui, en el período comprendido entre julio del 2005 a julio 2006. Nos presenta los siguientes **resultados**: El 30.3.% refirió antecedentes personales de

cáncer; el 25.4 % reconoció los antecedentes patológicos familiares. Respecto al conocimiento sobre los procedimientos para efectuarse el autoexamen de mama, del total de las mujeres entrevistadas, solo el 32 % refirió conocer este proceder. Sin embargo, al preguntarles si lo realizaban con frecuencia, el solo 30 % respondió afirmativamente. De las cuales, el 35.5 % lo hace en el momento adecuado, el 30 % lo realizan de 4 a 6 días de haber terminado de menstruar. También destaca como **conclusión** que la falta de conocimiento acerca del cáncer de mama pudiera estar en relación con la dificultad para la identificación de los factores de riesgo y la pobre asistencia a la consulta de control médico. Los investigadores del presente estudio determinan las variables, conocimientos de los factores de riesgo, en el cual concluyen en que el papel desempeñado del personal de salud en informar a los usuarios sobre la influencia en el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y el autoexamen de mama. Lo cual también se observa en nuestra realidad; ya que, al dialogar con las mujeres, no cuentan con información suficiente, si lo tienen, en muchos casos, es erróneo debido a que lo obtienen de fuentes poco confiables⁽¹⁰⁾.

González C. (2012), en su investigación titulada “**Autoexamen de mamas**”, cuyo **objetivo** fue establecer el conocimiento y práctica sobre el autoexamen de mama que tienen las pacientes mayores de 25 años que asisten a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula, entre los meses de octubre a noviembre de 2012, donde la **muestra** fue de 247 pacientes mayores de 25 años, el **método** de estudio descriptivo transversal, nos presenta los siguientes **resultados** obtenidos en este estudio: Con una muestra de 247 pacientes, se determinó que un 53 % de las pacientes no tienen conocimiento alguno sobre la existencia y por ende la realización del autoexamen de mama; solo un 47 % de las mujeres participantes conocen o al menos han escuchado sobre el autoexamen de mama. Las **conclusiones** que destacan son: Del total de pacientes encuestadas (247), un 53

% no tiene conocimiento alguno sobre el autoexamen de mama, mientras que un 47 % sí refiere conocerlo. Las pacientes que refieren conocer el autoexamen de mama, que son 169, de estas un 59 % refirió ponerlo en práctica y un 41 % no hacerlo; sin embargo, la técnica utilizada no es la correcta. Respecto al medio por el cual las pacientes aprendieron el autoexamen, el 61 % lo conoció a través de los medios de comunicación (escritos, radio y tv), un 28 % por el personal de salud (médicos y enfermeras) y un 11 % por los familiares⁽¹¹⁾.

Arroyo y Calizaya. (2008), en Bolivia, realizaron el trabajo de investigación titulado "Conocimientos y prácticas que tienen las mujeres en edad fértil sobre el autoexamen de mama", en el barrio Juan Pablo II de la provincia Cercado de la ciudad de Tarija, que tuvo como principal **objetivo** identificar los conocimientos y prácticas que tienen las mujeres en edad fértil sobre el autoexamen de mama, donde la **muestra** fue de 225 mujeres en edad fértil, con el **método** descriptivo transversal y empírico, nos presenta el siguiente **resultado**: Demuestran que no tienen conocimientos adecuados para la realización de la autoexploración de mama. También destacan como **conclusiones**: Entre otras fueron, las condiciones socioculturales de las mujeres del barrio Juan Pablo II están caracterizadas por un bajo nivel de instrucción, toda vez que una gran mayoría solo ha cursado el nivel primario y cerca de un 8 % de mujeres son analfabetas; cerca de la mitad de las mujeres se dedican a labores del hogar y la otra mitad cumple una triple carga (labores de casa, trabajo fuera del hogar y en algunos casos la reproducción). En una proporción significativa, el 58 % de las mujeres no identifica al cáncer como una enfermedad grave, situación que puede influir en que las mismas no tomen en cuenta las medidas preventivas, como es en este caso la autoexploración periódica de mama. También, que más del 50 % de las mujeres no reconocen las señales de alarma, y los factores predisponentes que llevan al cáncer de mama. Estos datos

demuestran que la mayoría de las mujeres tiene insuficiente conocimiento sobre el problema⁽¹²⁾.

Bonilla C. (2007), en Nicaragua, en la investigación titulada "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital *Fernando Vélez Páiz*, en el mes de diciembre del 2007", con el **objetivo** de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas en las pacientes atendidas en el mes de diciembre del 2007, nos presenta los **resultados** siguientes: el 52 % tiene entre 20 y 34 años; el 40 % cursa el nivel de educación secundaria; el 80 % es casada/acompañada; un 54 % profesa la religión católica y el 62 % son de origen urbano. Del total de 100 pacientes entrevistadas, 74 habían oído hablar del autoexamen de mamas; de estas, el 56.8 % había obtenido esta información del personal de salud, seguido de la televisión y los folletos. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama. El nivel de conocimiento que prevaleció fue el regular, con un 62 %, y el 83.8 % tuvo una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Solo el 70.3 % de las entrevistadas desarrolló la práctica de autoexamen de mama; mientras el nivel de práctica que predominó fue el malo, con un 40.6 %⁽¹³⁾.

Romaní, Gutiérrez Y Ramos-Castillo (2009), en Perú, realizaron el trabajo de investigación titulado "Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados", con el **objetivo** de determinar la frecuencia de realización del autoexamen de mama en mujeres peruanas en edad fértil, entre 20 y 49 años, y los factores sociodemográficos asociados a esta práctica. Los **resultados** fueron que: El 34,6 % de las mujeres de 20 a 49 años se realizó el autoexamen de mama. Los factores sociodemográficos asociados significativamente a la realización del autoexamen de mama fueron: tener una edad entre 30 a 39

años y entre 40 a 49 años; el poseer índice de riqueza medio, rico, o muy rico; el tener entre 1 y 2 hijos; y el haberse sometido a un examen clínico de mama por un profesional de la salud en los últimos 5 años. Además, las mujeres de la sierra y selva alta tuvieron menor probabilidad de realizarse el autoexamen de mama. Las **conclusiones** fueron: En la ENDES 2008, tan solo el 34,6 % de las mujeres peruanas de entre 20 y 49 años se realizaba el autoexamen de mama. Los factores asociados a hacerse el autoexamen de mama fueron tener 30 a 49 años, índice de riqueza medio a muy rico, 1 a 2 hijos, y un examen clínico de mama previamente. El porcentaje de cobertura de la mamografía sería aún mucho menor en el Perú⁽¹⁴⁾.

Suasnabar R. (2011), en Perú, en su investigación titulada "Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis: San Juan de Miraflores (2011)"; que tiene como **objetivo** determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama; con el **material y métodos de tipo** cuantitativo, **nivel** aplicativo, **método** descriptivo-correlacional; donde se utilizó como **técnica** a la entrevista y como **instrumento** un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 75 mujeres, nos presenta los siguientes **resultados**: El nivel de conocimiento es: bajo 46 %, medio 41 % y las prácticas son inadecuadas 74 %. **Conclusión**: Por lo tanto, se puede deducir que el nivel de conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de mama es bajo, y las prácticas son inadecuadas. El investigador determinó las variables nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama, donde el conocimiento es sumamente importante, ya que ello va ayudar a que las mujeres tengan una actitud positiva y de esta manera puedan realizar prácticas adecuadas en cuanto a la realización de medidas preventivas de cáncer de mama⁽¹⁵⁾.

Villacrés V. y Alarcón R. (2010), en Sullana, en su investigación titulada “Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana, mediante técnicas de autoexploración de mamas y mamografía”, llega a la **conclusión** de que más de la mitad de la población encuestada nunca realizó la autoexploración de mamas; también que, del 56 % de mujeres que afirman conocer la utilidad de este examen, solo el 8 % lo realiza correctamente, lo que nos indica una desinformación para la detección temprana de cáncer de mama; además, solo el 7 % realiza una mamografía anual, probablemente por desconocimiento de la utilidad, por el costo o porque en Sullana no hay mamógrafo, a pesar de tener 56500 mujeres en edad fértil⁽¹⁶⁾.

Sáenz O. y Sánchez C. (2010), en Perú, en su investigación titulada: “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”, con el **objetivo** de determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mama en mujeres de 15 y 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional *Daniel Alcides Carrión*, periodo agosto-diciembre de 2010; con el **material y método** descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo; con **participantes** mujeres en edad fértil, de 15 – 45 años; donde, en la **intervención**, se aplicó una encuesta a 203 usuarias del Hospital *Carrión* para valorar los conocimientos y actitudes del autoexamen de mamas. De estas, se aplicó la Guía de Observación a las pacientes que alguna vez se realizaron esta técnica (73 usuarias). Principales medidas de resultado: conocimientos, actitudes, prácticas. Los **resultados** que destacan son: El 26.6 % tenía entre 26 y 30 años, el 32.02 % presentaba el nivel de educación secundaria completa, el 60,1 % tiene una relación estable (conviviente), un 41.87 %

profesa la religión católica y el 82.27 % habita en urbanización. Del total de 203 pacientes entrevistadas, un el 89.16 % afirma que es un examen necesario; el 81.28 % que esta técnica sirve para detectar algo anormal. Un 95.57 % afirma que el personal de salud debería 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. Las **conclusiones** que resaltan son: El nivel de conocimiento que prevaleció fue el malo, con un 44.38 %, y un gran porcentaje tuvo una actitud desfavorable hacia el autoexamen de mama. Solo el 35.96 % de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mama y la técnica que utilizaron en el momento de aplicarles la guía de observación fue inadecuada en un 67 %⁽¹⁷⁾.

Ricse A. (2006), en Perú, en la investigación titulada: “Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S Materno Infantil “Tablada de Lurín” VMT 2006”, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, refiere que ha sido realizada en la ciudad de Lima en el 2006, debido a que el cáncer de mama es considerado actualmente la neoplasia más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte en mujeres por encima de los 40 años. Tuvo como **objetivo** determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias de C.M.I.; con el propósito de fomentar y propiciar la implementación de programas, talleres u otros preventivos promocionales que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas. El **diseño metodológico** estuvo enfocado en un estudio cuantitativo de nivel descriptivo de corte transversal. La **muestra** estuvo constituida por 76 mujeres usuarias entre 35 a 64 años, con un promedio de 43 años, una desviación estándar de 8.8 y una mediana de 42. Los **resultados** fueron que el 48.7 % representa al mayor grupo de mujeres que presentó más de 9 factores de riesgo para el cáncer

de mama, el 36.8 % presentó alguna enfermedad benigna como factor de riesgo no modificable, un 53.9 % a la percepción de estrés como factor de riesgo modificable. En cuanto a la variable en estudio de conocimiento, el 50 % tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama⁽¹⁸⁾.

Jara R. y Peña R. (2011), en Perú, realizó un estudio titulado: "Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del centro de salud San Sebastián, 2011". Su **objetivo** fue determinar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en las usuarias de 19 a 49 años; entre enero - febrero 2011. Los **materiales y métodos** fueron de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, prospectivo, de corte transversal, el instrumento fue una encuesta estructurada; la muestra fue de 217 usuarias. Los **resultados** que destacan son: 17.1 % presenta alto nivel de conocimiento; el 68.7 %, un nivel de conocimiento medio; el 14.3 %, un bajo nivel de conocimiento; resaltando que el 68.6 % del conocimiento alto total lo representan las usuarias con grado de instrucción superior universitario, un 64.9 % son de superior no universitario y tienen un conocimiento medio, mientras que el 62.5 % de las usuarias con primaria tienen conocimiento bajo. Acerca de las técnicas de detección de cáncer, el 77.4 % presenta un nivel de conocimientos medio; seguido de un 12.9 % con bajo nivel de conocimientos, y el 9.7 % mostró un buen nivel de conocimientos. Sobre el autoexamen de mamas, el 61.3 % presenta nivel de conocimiento medio, seguido de un 19.8 % con buen nivel de conocimiento, mientras que el 18.9 % mostró bajo nivel de conocimiento. Como **conclusión**, se resalta que el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama es de un nivel medio en su mayoría; lo cual, para la situación socioeconómica y educativa del lugar, es aceptable. Los autores determinaron las variables de nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y prevención de

cáncer de mama; donde el nivel de conocimiento medio en los resultados de la investigación es de mayor porcentaje; lo cual es desfavorable debido a que estos conocimientos pueden ser correctos o incorrectos. El grado de instrucción influye en el nivel de conocimiento⁽¹⁹⁾.

Aponte y Metanza. (2010), en Perú, realizaron la investigación titulada "Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad, Lima – Perú, 2010". Tuvo como **objetivo** identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y las características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Virgen de Fátima-Chorrillos; estudio realizado entre los meses de mayo y junio del año 2009. El **material y los métodos** fueron: estudio de tipo descriptivo y de corte transversal; se utilizó un cuestionario validado aplicado a 85 mujeres. Los **resultados** que destacan es que los conocimientos obtenidos sobre cáncer de mama fueron: nivel de conocimiento medio (90,6 %) y un nivel de conocimiento alto y bajo (4,7 %), considerando las dimensiones; el 45,9 % tuvo conocimiento medio sobre definición, conceptos y factores predisponentes; el 40,0 % acerca de prevención y el 82,3 % del autoexamen de mama. En cuanto al conocimiento bajo, se obtuvo un 48,2 % sobre signos y síntomas, y un 47,1 % sobre diagnóstico y tratamiento. En relación con las características sociodemográficas, se encontró que el 87,1 % tiene entre 20 y 49 años de edad; el 48,2 % es soltera; el 48,3 % tiene secundaria completa o superior; el 58,8 % procede de la región costa y el 88,2 % tiene por lo menos un hijo; entre ellas, el 49,3 % lo tuvo antes de los 18 años y el 82,9 % refiere no tener antecedentes familiares de cáncer de mama. La **conclusión** destacada es que el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama es aceptable; sin embargo, se muestra un

nivel bajo de reconocimiento de las características clínicas, del diagnóstico y tratamiento⁽²⁰⁾.

Aquino F. y Callañaupa R. (1991) realizaron su trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimiento del cáncer mamario y cervical en las mujeres de edad fértil-cidad de Ayacucho (mayo-junio 1991)". Tuvieron como **objetivo** conocer el nivel de conocimiento sobre cáncer mamario y cervical que tienen las mujeres en edad fértil de la ciudad de Ayacucho. El **método** de estudio fue el prospectivo-descriptivo; la **población** fue constituida por todas las mujeres en edad fértil de la ciudad de Ayacucho; la **muestra**, por 180 mujeres en edad fértil, de las cuales 60 fueron del mercado de la ciudad, 60 del Mercado Central y 60 de la Asociación *Nery García Zarate*. Los **resultados** fueron: se encontró que el cáncer cervical es más conocido que el cáncer mamario, y nuestra población encuestada, en su mayoría, conoce estas patologías en forma regular; esta observación, más que nada, se ve en el mercado de la ciudad y el Mercado Central; también, encontramos un alto porcentaje de desconocimiento en la asociación *Nery García Zarate*, esto como reflejo de la predominancia del nivel socioeconómico bajo. La **conclusión** que destaca es que el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil de la ciudad de Ayacucho, sobre cáncer mamario y cáncer cervical, es regular en un mayor porcentaje (43.88 %), tanto para el cáncer mamario como para el cáncer cervical⁽²¹⁾.

Quispe G. y Sulca Q. (1990), en San Juan Bautista, realizaron la investigación titulada "Grado de conocimiento sobre el cáncer y autoexamen de mamas en mujeres en edad fértil en el distrito de San Juan Bautista. Ayacucho" (1990). Plantearon los siguientes **objetivos**: Precisar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil acerca del cáncer de mama, determinar el número de mujeres que conocen y practican el autoexamen mamario y, paralelamente, orientar sobre aspectos básicos de dicho examen. El **método** fue el prospectivo y

descriptivo; mientras, el **universo** y la **muestra** fueron constituidos por toda la población en edad fértil residentes en el distrito de San Juan Bautista (2549), de las cuales se obtuvo una muestra de 141 mujeres en edad fértil. Las **conclusiones** que resaltan son: En cuanto al grado de conocimiento sobre el cáncer de mamario, se concluye que el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas del distrito de San Juan Bautista no tienen un conocimiento correcto sobre esta patología (58 %) y el 65.85 % no conoce la técnica adecuada para realizar eficazmente el autoexamen de mama⁽²²⁾.

Aramburu V. y Luque S. (2006), en Huanta, realizaron el trabajo de investigación titulado: "Factores influyentes en el conocimiento sobre cáncer de mamario en mujeres de 20 a 75 años que acuden a los consultorios externos del Hospital de Apoyo de Huanta- 2006". Tuvo como principal **objetivo** determinar los factores influyentes en el conocimiento de cáncer mamario en mujeres 20 a 75 años que acuden a los consultorios del Hospital de Apoyo Huanta. La metodología de estudio aplicada fue: enfoque cuantitativo aplicativo de nivel descriptivo. Resaltamos los **resultados** obtenidos: El 54.5 % de las mujeres en estudio tenían un nivel de conocimiento deficiente sobre cáncer de mamas; así mismo, sobre el nivel de conocimiento del cáncer de mama, el 72.5 % tuvieron deficiente conocimiento, el 32.6 % de ellas manifestó no practicar el autoexamen de mama. Las edades están promediadas entre los 20 a 30 años, con una muestra conformada por 178 mujeres de las edades mencionadas. Las **conclusiones**, entre otras, fueron: No se halló diferencia estadística significativa ($P > 0.05$) en el nivel de conocimiento de cáncer de mama y autoexamen de mama en las mujeres de 20 a 75 años que acudieron a los consultorios externos de Hospital de Apoyo Huanta. El conocimiento sobre la autoexploración mamaria no es dependiente de la edad ($p > 0.05$); para este caso, el mayor porcentaje de mujeres con edades comprendidas entre los 20 a 30 años es

3. Finalmente, el 13.5 % de las mujeres en estudio presentó antecedentes de cáncer de mama en la familia⁽²³⁾.

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Cáncer

Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El cáncer es una enfermedad que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal. No es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo; los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata; los carcinomas, que incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo, se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras⁽²⁴⁾.

1.2.2 Mama

Los senos están presentes en el hombre y la mujer. Están situados arriba y por delante del tórax; no tienen ningún papel en los hombres. En cambio, en las

mujeres, tienen la función de alimentar al recién nacido, así como un rol estético y sexual. Contienen las glándulas mamarias, la areola y el pezón. Se componen principalmente de tejido graso que se mantiene gracias a los músculos pectorales y la piel. Requieren una vigilancia regular con el fin de detectar rápidamente un posible cáncer de mama⁽²⁵⁾.

1.2.3 Cáncer de mama

Es definido como un crecimiento celular maligno que comienza en el tejido mamario. Durante su vida, una de cada ocho mujeres será diagnosticada con este mal.

El cáncer de mama se clasifica según la clase de tejido en el que comienza y también según su extensión. El cáncer se origina en las glándulas mamarias, conductos mamarios, tejido adiposo o el tejido conectivo. Los distintos tipos de cáncer de mama avanzan en forma diferente y en las generalizaciones acerca de ciertas variedades, en particular se basan en similitudes en cuanto a cómo son descubiertos, cómo avanzan y cómo se tratan. Algunos crecen en forma muy lenta y se extienden hacia otras partes del cuerpo (dando lugar a una metástasis) solo después de haber crecido mucho; otros son más agresivos, crecen y se extienden con rapidez; sin embargo, el desarrollo de una misma clase de cáncer puede ser diferente de una mujer a otra. Solo el médico que ha examinado a una mujer y ha estudiado su historial médico está capacitado para abordar aspectos específicos del cáncer de mama que atañe a dicha mujer⁽²⁶⁾.

Es muy importante que se pueda realizar un diagnóstico temprano. Si el cáncer se detecta antes de extenderse a los ganglios o a otras partes del cuerpo, la posibilidad de curarlo es del 90 %, entendiendo curación como estar sin tumor cinco

años posteriores al tratamiento; la identificación de los factores de riesgo, la autoexploración mamaria, la exploración clínica y estudios como la mastografía constituyen actividades importantes en la detección oportuna. No es posible evitar la aparición del cáncer de mama, pero es curable si se detecta a tiempo.

Para prevenir la muerte a causa del cáncer de mamas, deberíamos tener referencia acerca de la autoexploración de mamas y conocer la práctica; esta, además, permite reducir la mortalidad y los casos en el futuro⁽²⁷⁾.

1.2.4 Autoexploración

La autoexploración es una forma en la que, con el sentido del tacto, conoces tu cuerpo explorando; por lo general, en hombres, los genitales y, en mujeres los senos y la vagina. La autoexploración mamaria es un método de diagnóstico precoz, cuyo propósito es descubrir protuberancias y nódulos que orienten a la detección temprana del cáncer mamario⁽²⁸⁾.

1.2.5. Autoexploración de mama

Es la acción sobre las mamas, mediante un procedimiento previamente aprendido, que practica la mujer a sí misma para detectar oportunamente alteraciones. Una forma práctica de evitar el avance a la malignidad de las afecciones mamarias es la autoexploración realizada debidamente, orientada por la enfermera para la promoción en los programas de detección oportuna de cáncer⁽²⁹⁾.

La autoexploración de mama se debe realizar sistemáticamente una vez por mes, con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios que pudiesen presentarse entre un mes y otro, de preferencia hacerlo en los días intermedios del ciclo menstrual. Se debe realizar una semana después de la menstruación,

momento en el cual el tamaño de la mama es mínimo y su nodularidad cíclica es menor. Las mujeres menopáusicas elegirán un día determinado y fijo por mes⁽³⁰⁾.

1.2.5.1 Técnicas de autoexploración de mama

El autoexamen debe realizarse en una habitación muy iluminada, los pasos a seguir son:

- ✓ Póngase frente al espejo con los brazos caídos a lo largo del cuerpo y observe la simetría, contornos, aspecto de la piel, coloración, zonas de hundimiento y/o retracción de la piel o del pezón de ambas glándulas mamarias.
- ✓ Ponga las manos en sus caderas, observando lo mismo.
- ✓ Estando las mamas secas después del baño, ponga su mano izquierda detrás de la cabeza y examine la mama izquierda con la mano derecha.
- ✓ Palpar la mama con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares, dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Determine la presencia de masas o dolor.
- ✓ Haga círculos cada vez más pequeños para llegar hasta el pezón. Tome el pezón entre los dedos pulgar e índice y presione para comprobar si sale líquido (secreción cero sanguinolenta).
- ✓ Luego, revise la zona axilar cercana a la mama izquierda. En este lugar, puede aparecer crecimiento de ganglios debido a metástasis.
- ✓ Ahora, examine la mama derecha siguiendo los pasos anteriores.

Es conveniente realizar esta misma operación estando acostada, colocando una almohada en el hombro derecho, para explorar con la mano izquierda su mama derecha; luego, repitiendo la misma operación con la mama izquierda.

Este método de diagnóstico, que no es nuevo, se ha promovido con mucho entusiasmo. Es un método tradicionalmente sencillo de llevarse a cabo, de aplicación inmediata y que lo efectúa la mujer por sí sola y de manera privada ⁽³¹⁾.

Tabla N° 1. Recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la detección precoz de patologías de las mamas para América Latina y el Caribe

EDAD AÑOS	AUTO EXAMEN DE MAMA	EXAMEN CLÍNICO DE MAMA	MAMOGRAFÍA
>35 años	Mensual	Al menos c/2años	Solo si hay sospecha
35-39 años	Mensual	Al menos c/2años	Anual
40-49 años	Mensual	Anual	Anual
< 50 años	Mensual	1-2 veces por año	Anual

1.2.6 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como lo es el cáncer.

No modificables

- **Incidencia según el sexo.** El simple hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de seno. Los hombres pueden padecerlo, pero es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos hormonas femeninas denominadas estrógeno y progesterona, lo que puede promover el crecimiento de células cancerosas de seno.

- **Envejecimiento.** El riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme la edad aumenta. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más⁽³²⁾.
- **Genética.** Hace algunos años, surgió la primera evidencia científica de que el cáncer de mama, en algunas familias, se heredaba al igual que otras enfermedades. Se inició una búsqueda del gen causante de esta herencia, descubriendo los genes BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN/MMAC1. Los dos primeros son los más conocidos⁽³³⁾.
- **Edad.** A mayor edad, hay más riesgo de desarrollar cáncer de mama. Más del 77 % de los cánceres de mama ocurren en mujeres mayores de 50 años.
- **Raza.** Es más frecuente en raza blanca.
- **Historia menstrual.** Hay un pequeño incremento de la incidencia de cáncer de mama en aquellas mujeres que tuvieron la primera regla precoz (antes de los 12 años) y la menopausia les llegó después de los 50 años. Este aumento se explica porque la mujer ha estado durante más tiempo expuesta a hormonas que están relacionadas con el cáncer de mama.

Modificables. Son aquellas circunstancias que aumentan las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer, pero que pueden ser cambiadas; es decir, pueden moldearse y modificarse, tales como:

- **Paridad y edad del primer embarazo.** Las mujeres que no han tenido hijos tienen más riesgo que aquellas que sí los tienen; aunque, dentro de estas últimas, tienen menos riesgo cuando el embarazo ocurrió antes de los 30 años. Este dato se explica por el efecto beneficioso que tienen las hormonas de la gestación al final del embarazo y la lactancia. Además, la mujer

embarazada evita los ciclos menstruales que ya conocemos, como están relacionados con el cáncer de mama.

- **Lactancia materna.** Quizás sea uno de los temas más tratados en múltiples estudios, pero que hay pocas conclusiones válidas. Si bien hay trabajos que refieren un menor riesgo de aquellas mujeres que han dado de mamar a sus hijos, otros trabajos no avalan esta conclusión.
- **Alcohol.** El uso de alcohol está claramente relacionado con el incremento de riesgo del cáncer de mama. Es recomendable disminuir la ingesta de alcohol.
- **Obesidad.** También la obesidad es un factor negativo para nuestra salud. La obesidad, en mujeres menopáusicas, aumenta el riesgo de cáncer de mama.
- **Tratamiento hormonal sustitutivo.** Actualmente, hay mucha discusión con respecto al riesgo de aparición del cáncer de mama en mujeres que tienen tratamiento hormonal sustitutivo para la menopausia. Este tratamiento es muy útil para los bochornos, la sequedad vaginal, mejora la actividad sexual en la menopausia y previene la osteoporosis; pero, cuando dura más de cinco años, incrementa el riesgo de cáncer de mama. Recientes estudios han puesto sobre la mesa la posibilidad que este incremento sea más precoz de lo que hasta ahora creíamos; pero el diseño de los estudios y la población que entró a formar parte del estudio nos hace ser muy cautos sobre el tema. Por tanto, hay que confiar en el ginecólogo que nos está tratando y discutir con él los pros y los contras del tratamiento ⁽³⁴⁾.
- **Trabajo nocturno.** En algunos estudios, se ha sugerido que las mujeres que trabajan durante la noche (por ejemplo las enfermeras del turno de la noche) pueden tener un mayor riesgo de padecer cáncer de seno. Este es un hallazgo bastante reciente, y se están realizando más estudios para

analizar este asunto. Algunos investigadores creen que el efecto puede deberse a cambios en los niveles de melatonina, una hormona cuya producción es afectada por la exposición del cuerpo a la luz, aunque también se están estudiando otras hormonas. ⁽³²⁾.

1.2.7 Prevención del cáncer de mama

No existe una manera segura de prevenir el cáncer de mama, pero existen algunas cosas que todas las mujeres pueden hacer que podrían reducir el riesgo; en caso de que el cáncer suceda, podrían favorecer las probabilidades de detectar la enfermedad en sus etapas iniciales, cuando es más tratable.

El peso corporal, la actividad física y la alimentación tienen una relación con el cáncer de seno; por lo que existen partes en las que usted podría influir tomando acción.

Tanto un peso corporal aumentado como subir de peso en la edad adulta están asociados a un riesgo mayor del cáncer de seno después de la menopausia. El consumo de bebidas con alcohol también incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de seno. Incluso el consumo a niveles bajos se ha asociado con un incremento en el riesgo. Muchos estudios han mostrado que la actividad física de moderada a vigorosa se ha asociado a un riesgo menor de desarrollar cáncer de seno.

Una dieta que sea rica en verduras, frutas, aves, pescado y productos lácteos que sean bajos en grasa también se ha asociado a una reducción del riesgo para el cáncer de seno en algunos estudios. Pero aún no hay certeza sobre cuáles verduras, frutas u otros alimentos en particular pueden reducir este riesgo. La mayoría de los estudios no ha encontrado que la disminución en el consumo de grasa imponga un efecto considerable en el riesgo de desarrollar cáncer de seno.

Por ahora, la mejor recomendación sobre dieta y actividad física para posiblemente reducir el riesgo de cáncer de seno consiste en:

- ✓ Realizar una actividad física intencional de forma consistente.
- ✓ Reducir la cantidad del peso que aumente durante toda su vida, limitando sus calorías y ejercitándose habitualmente.
- ✓ Limitar o eliminar el consumo de bebidas que contengan alcohol.

Las mujeres que optan por amamantar a sus bebés al menos varios meses también pueden obtener un beneficio adicional al reducir el riesgo de cáncer de seno. Además, se evita aumentar el riesgo si no se usa terapia hormonal después de la menopausia.

Actualmente, no está claro si los químicos en el ambiente que tienen propiedades parecidas al estrógeno (tal como aquellos encontrados en algunas botellas de plásticos o ciertos cosméticos y productos del cuidado personal) aumentan o no el riesgo de cáncer de seno. Si existe un riesgo aumentado, probablemente es muy pequeño. Aun así, las mujeres que estén preocupadas por este riesgo pueden optar por evitar los productos que contienen estas sustancias cuando sea posible ⁽³²⁾.

1.2.8 Conocimiento

El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema, entre los tipos de conocimiento tenemos⁽²⁰⁾:

a. Conocimiento común

Es el que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especialmente diseñados. También llamado empírico, se basa en todo lo que capta nuestros sentidos en la experiencia; describen las creencias o posiciones que benefician a la mayoría de una sociedad.

Para Trout y Rivkin, el sentido común es una facultad que posee la generalidad de las personas para juzgar razonablemente las cosas⁽³⁵⁾.

b. Conocimiento científico

Es un conocimiento que exige mayor rigor, que trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos. Es preciso para cualquier sujeto que pueda comprobar la validez de las teorías en aspectos lógicos y verificables, ya que la tarea no se detiene y prosiguen las investigaciones con el fin de comprender mejor la realidad⁽³⁵⁾.

A diferencia del conocimiento empírico, el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que, para esto, se utiliza también el método científico, que aparte de otras cosas. Muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico, que necesita ser probado⁽³⁶⁾.

1.2.8.1 Elementos del conocimiento

- a. **Sujeto.** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza.
- b. **Objeto.** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva o volitiva.
- c. **Imagen.** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto.
- d. **Medio.** Generalmente, hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios del conocimiento de la realidad.

1.2.8.2 Categorización del conocimiento

- a. **Conocimiento suficiente.** Buena, adecuada información percibida que permite al sujeto utilizarla ante las situaciones o problemas que se presenten.
- b. **Conocimiento insuficiente.** Poca información percibida por el sujeto, que no cumple con dar fin ante un problema. ⁽³⁷⁾

1.2.9 Programa educativo

Es un conjunto organizado de políticas, procedimientos y actividades diseñados para proteger y promover la salud, el bienestar de los estudiantes y maestros, que tradicionalmente incluye servicios de salud, ambiente escolar higiénico y educación para la salud. Del mismo modo, es la estructura y medio necesario para hacer frente a situaciones de riesgo que pongan en peligro la seguridad de las personas; es decir, la planificación que posibilite la organización, coordinación y dirección de

todos los servicios, públicos y privados, implicados en las emergencias; de la misma forma, hace posible la coordinación y dirección de medios existentes a la hora de actuar. Además, prevé la elaboración de un catálogo de medios y recursos disponibles y establece las pautas que se deben seguir en situaciones de emergencias médicas o accidentes domésticos en el entorno⁽³⁸⁾.

Son procesos encaminados a la construcción de escenarios futuros para el mejoramiento de la calidad de vida social y se clasifica en dos:

- **Planificación estratégica situacional.** Cuando se planea para una situación específica, con unas acciones concretas para lograr los objetivos y dar solución a una situación concreta.
- **Planeación participativa.** Cuando se planea un trabajo en conjunto con el propósito de alcanzar metas comunes y poder participar en procesos que llevan al beneficio de la comunidad en general ⁽³⁹⁾.

1.2.9.1 Programa efectivo

Un programa efectivo es la **forma ideal de cumplir con un objetivo o meta**. No solo se alcanzará el efecto deseado, sino que se habrá invertido la menor cantidad de recursos para realizar y alcanzar el **efecto** que espera o se desea tras la realización del programa.

1.2.9.2 Programa no efectivo

Es un programa que no tiene la capacidad de producir el efecto deseado tras la realización de dicho programa⁽⁴⁰⁾.

1.2.9.3 Estrategias del programa educativo

Esta estrategia encaminará nuestros esfuerzos para otorgar un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención de la salud a todas las personas y a sus familiares.

- a. **Talleres.** Es una modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que las familias realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante. Bajo el enfoque actual de competencias, es considerado superior a los cursos puramente teóricos, ya que el taller presenta el ambiente idóneo para el vínculo entre la conceptualización y la implementación, en donde el instructor permite la autonomía de los integrantes de la familia bajo una continua supervisión y una oportuna retroalimentación.
- b. **Sesiones demostrativas.** Es una actividad educativa que permite aprender haciendo. En esta, los participantes aprenden a dar la solución en casos de intoxicaciones, hemorragias, heridas, quemaduras y asfixias respiratorias; adquieren y ejercitan conocimientos y actitudes fundamentales a lo largo del proceso de capacitación en cuanto a calidad, consistencia y variedad de los sucesos.

Una sesión demostrativa es, básicamente, una clase práctica sobre sucesos inesperados que pueden presentarse en niños, mujeres, adolescentes o personas adultas de nuestra región.

Estas sesiones pueden realizarse en un establecimiento de salud, municipios, instituciones educativas o en casa; siempre y cuando cuente con las condiciones

necesarias. Consiste en reunir a un grupo familiar, quienes aprenderán, con la ayuda del investigador, a actuar frente a situaciones inesperadas y la ayuda social⁽⁴¹⁾.

1.2.10 Evaluación del conocimiento

Es "medir" un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia⁽⁴²⁾.

1.2.11 Práctica

Según Honorio, la práctica debe entenderse, en primera instancia, como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo); luego, como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada.

1.2.11.1 Categorización de la práctica

- **Práctica adecuada.** Grado de destreza realizada en forma correcta ante una situación reiterada conforme a lo establecido.
- **Práctica inadecuada.** Grado de destreza realizada de forma errónea que no sigue las pautas establecidas.
- **No práctica.** Toda persona que no realiza una acción reiterada por diversos factores como la falta de conocimiento, falta de tiempo, el desinterés, etc.⁽¹⁷⁾.

1.3 Hipótesis

Hipótesis de investigación

Hi: La aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" es efectiva en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta 2015.

Hipótesis nula

Ho: La aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" no es efectiva en el nivel conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta 2015.

1.4 Variables

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Efectividad del Programa Familiar

- Efectividad de la aplicación del programa educativo familiar.

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Detección temprana de cáncer de mama

- Conocimiento y detección temprana cáncer de mama.
- Prácticas de autoexploración de mama.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Enfoque del estudio

Cuantitativo

2.2 Tipo de estudio

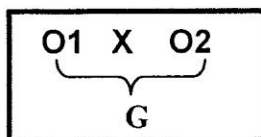
Aplicado

2.3 Nivel de investigación

Cuasi-experimental, preprueba/posprueba, con un solo grupo.

2.4 Tipo de diseño de la investigación

De acuerdo a la evaluación de la unidad de análisis, el tipo diseño de la investigación es de corte longitudinal, porque se midió las variables en dos momentos.



Donde:

O1 =Medición de la VD antes de la aplicación de la VI, prueba previa: evaluación del nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama.

X = Periodo de aplicación de la VI, aplicación del programa familiar “Kuyayllapaq Yachasun”.

O2 = Medición de la VD después de la aplicación de la VI, prueba previa: evaluación del nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama.

G = Muestra observada antes y después de la aplicación del programa familiar “Kuyayllapaq Yachasun”.

De acuerdo a la manipulación de variables, corresponde a un estudio cuasi experimental.

2.5 Área del estudio de la investigación

La presente investigación se desarrolló en el AAHH Duraznopata, de la provincia de Huanta, que se encuentra ubicado al 45 km de la ciudad de Ayacucho. Al noroeste del terminal terrestre y a tres cuadras oeste de la ciudad de Huanta, entre los jirones *Gonzales Vigil* (barrio de cinco esquinas) y *Virrey La Serna*.

2.6 Población

Constituido por todas las mujeres adultas del AAHH Duraznopata, de las diferentes unidades familiares (150 unidades familiares).

2.6.1 Criterios de inclusión

- Mujeres con consentimiento informado.
- Mujeres que residen en el AAHH Duraznopata.

- Mujeres con edades de 18 a más.
- Mujeres que pertenecen al Seguro Integral de Salud.
- Mujeres que tengan grado de instrucción superior incompleta.

2.6.2 Criterios de exclusión

- Mujeres con antecedentes de diagnóstico de cáncer de mama.
- Mujeres que no desean participar en el programa.
- Mujeres que no vivan en el AAHH de Duraznopata.
- Mujeres que pertenecen al EsSalud.
- Mujeres que tienen grado de instrucción superior completa.

2.7 Muestra

El tipo de muestreo es el no probabilístico intencional, constituido por 50 mujeres pertenecientes a las diferentes unidades familiares.

2.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Previa estandarización de criterios en la encuesta, se realizó la prueba piloto. Se encuestó, bajo consentimiento informado a las mujeres del AAHH, que cumplan con los criterios señalados; para el caso, se visitó a las viviendas de las mujeres de dicho lugar.

La técnica empleada para la recolección de la información fue: la encuesta y la observación, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la ficha técnica de observación previamente validados por expertos sobre cáncer y autoexploración de mama.

A continuación, se procedió a recolectar y conjuntar la información obtenida en una base de datos y/o paquete estadístico (Excel y SPSS, versión 22).

Para determinar el nivel de conocimientos sobre cáncer de mama en las usuarias de 20 a 70 años, se obtuvo tablas de distribución de frecuencia según las variables, clasificando el nivel de conocimientos según la siguiente escala: deficiente: 1 a 3 puntos, regular: 4 a 6 y óptimo: 7 a 10.

Para valorar la práctica acerca de autoexploración de mama, se utilizó la observación, con su respectivo instrumento, la ficha técnica de observación, con los diferentes pasos de la técnica de autoexploración de mamas; de las cuales, se valoraron como: práctica óptima de 11 a 15 puntos, y practica deficiente menor a 11 puntos.

Para valorar esta guía de observación, se tomó en cuenta 11 ítems. Por otro lado, los resultados fueron analizados mediante las tablas, cuadros y gráficos que surgieron como producto. Cabe recalcar que los instrumentos fueron empleados antes y después de la aplicación del programa.

2.9 Recolección y procesamiento de datos

Previa autorización de las autoridades del AAHH Duraznopata, de Huanta, para llevar a cabo la investigación, se seleccionaron las unidades familiares con características específicas (familias integradas por: mamá, papá e hijos). A las personas seleccionadas, previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre detección temprana de cáncer de mama. Mientras, para medir la práctica de autoexploración de mama, se ha empleado la observación, con su instrumento, la ficha técnica de observación.

Posteriormente, se realizaron sesiones educativas grupales con el propósito de mejorar las capacidades para la detección temprana de cáncer de mama. Al culminar con la última sesión educativa, se procedió a aplicar el cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y la ficha técnica de observación de autoexploración de mamas, para así determinar la efectividad del programa.

Una vez obtenida la información, se creó una base de datos para luego ser procesados con el paquete estadístico SPSS, versión 22, y el Microsoft Excel, que permitieron la elaboración de las diferentes tablas de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico, se empleó el estadígrafo de la prueba de Wilcoxon para determinar la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun".

CAPÍTULO III

RESULTADOS

A continuación, presentamos los resultados a los cuales arribamos como consecuencia de la aplicación de los instrumentos de recopilación de datos.

Tabla N.º 1. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

	CONOCIMIENTO PRETEST		CONOCIMIENTO POSTEST	
	Nº	%	Nº	%
DEFICIENTE	31	62	1	2
REGULAR	16	32	3	6
ÓPTIMO	3	6	46	92
Total	50	100	50	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

$Z_c = -3,15 > Z_t = 1,64$; $p > 0,05$

PRUEBA DE WILCOXON

CONOCIMIENTO PRETEST – CONOCIMIENTO POSTEST	N	RANGO DE PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Rangos negativos	1 ^a	9,00	9,00
Rango positivo	45 ^b	23,82	1072,00

Empates	4 ^c		
Total	50		

ESTADÍSTICO DE CONTRASTE	
CONOCIMIENTO PRETEST - CONOCIMIENTO POSTEST	
Z	-6,030 ^b
Sig. Asintótica	,000

$$Z_c = -3,15 > Z_t = 1,64$$

La tabla que determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun", en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015, nos muestra que, en el pretest, el 62 % de las madres tiene nivel de conocimiento "deficiente"; por otro lado, el 6 % es calificado como "óptimo". Mientras, en el postest, el 92 % desarrolló un nivel de conocimiento "óptimo"; solo el 2 % fue calificado como "deficiente". A partir de ello, se deduce que el conocimiento de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 ha mejorado notablemente después de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun". Como puede apreciarse en la tabla, el nivel de conocimiento después no es igual al nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa familiar aplicado.

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; es decir, el nivel de conocimiento de las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" ($Z_c = -3,015 > Z_t = 1,64$).

Tabla N° 2. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada” para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

	PRÁCTICA PARADA PRETEST		PRÁCTICA PARADA POSTEST	
	N	%	N	%
DEFICIENTE	48	96	21	42
ÓPTIMA	2	4	29	58
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

PRÁCTICA PARADA PRETEST – PRÁCTICA PARADA POSTEST	N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RAGOS
Rangos negativos	1 ^a	15,00	15,00
Rango positivos	28 ^b	15,00	420,00
Empates	21 ^c		
Total	50		

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

PRÁCTICA PARADA PRETEST –

PRÁCTICA PARADA POSTEST

Z	-5,014 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000

$$Z_c = -2,507 > Z_t = 1,64$$

Determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada” para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. El 96 % de madres, en el pretest, cultiva una práctica de

autoexploración de mama “técnica parada”, pero en sentido “deficiente”; por otro lado, las madres que desarrollan práctica de autoexploración de mama con la “técnica parada” es “óptima” solo en el 4 %. Mientras, en el posttest, el 42 % cultiva una práctica de autoexploración de mama en la “técnica parada” en un nivel “deficiente”; incrementándose a un 58 % a la calificación de “óptima” en las madres que desarrollan la práctica de autoexploración de mama mediante la “técnica parada”. A partir de ello, se concluye en que la práctica parada de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 ha mejorado marcadamente después de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”.

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, de que la práctica de autoexploración de mama mediante la “técnica parada” de las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” ($Z_c=2,507 > Z_t=1,64$).

Tabla N° 3. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

	PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST		PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST	
	N	%	N	%
DEFICIENTE	47	94	31	62
ÓPTIMA	3	6	19	38
Total	50	100	50	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación aplicado a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST - PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST	N	RANGO PROMEDIO	RANGO PROMEDIO
Rangos negativos	2 ^a	10,50	21,00
Rangos positivos	18 ^b	10,50	189,00
Empates	30 ^c		
Total	50		

Estadísticos de contraste ^a

	PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST - PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST
Z	-3,578 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000

$$Z_c = -1,789 > Z = 1,64$$

Determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama mediante la “técnica acostada” de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. El 94 % de las madres, en el pretest, desarrolla una

práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” en sentido “deficiente”; lo que, en el postest, tiene una reducción a un 62 %. Mientras, las madres que cultivan la práctica de autoexploración de mama mediante la “técnica acostada” en sentido “óptimo” en el pretest es del 6 %; en el postest, se incrementa a un 38 %. A partir de ello, se concluye en que la práctica de autoexploración de mama mediante la “técnica acostada” de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 relativamente se ha mejorado.

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, que el nivel de práctica acostada de las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” ($Z_c = 1,789 > Z_t 1,64$).

Tabla N° 4. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento, según edad, para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho 2015

EDAD	PRETEST				POSTEST			
	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMO	Total	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMO	Total
	E	R			NTE	R		
20-30 AÑOS	N 6	6	1	13	0	2	11	13
	% 12	12	2	26	0	4	22	26
31-40 AÑOS	N 7	6	1	14	0	0	14	14
	% 14	12	2	28	0	0	28	28
41-50 AÑOS	N 9	3	1	13	1	0	12	13
	% 18	6	2	26	2	0	24	26
51-60 AÑOS	N 5	1	0	6	0	1	5	6
	% 10	2	0	12	0	2	10	12
61-70 AÑOS	N 4	0	0	4	0	0	4	4
	% 8	0	0	8	0	0	8	8
Total	N 31	16	3	50	1	3	46	50
	% 62	32	6	100	2	6	92	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

		N	Rango promedio	Suma de rangos
CONOCIMIENTO PRETEST – EDAD	Rangos negativos	29 ^a	21,28	617,00
	Rangos positivos	8 ^b	10,75	86,00
	Empates	13 ^c		
	Total	50		
CONOCIMIENTO POSTEST – EDAD	Rangos negativos	11 ^d	21,36	235,00
	Rangos positivos	27 ^e	18,74	506,00
	Empates	12 ^f		
	Total	50		

Estadístico de contraste ^a

	TOTAL CONOCIMIENTOS – EDAD
Z	-1,431 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,153

$$Z_c = -0,7155 > Z_t 1,64$$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,153, no es menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, no hay razones para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: El nivel de conocimiento sobre detección temprana de cáncer de mama las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" ($Z_c = -0,7155 > Z_t = 1,64$).

Determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en el nivel conocimiento, según la edad de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata-Huanta-Ayacucho 2015. Se observa que principalmente las madres que tienen edades entre 20-30 años, que representan el 26 % de las encuestadas, de las cuales, en el pretest, el 12 % de ellas tiene nivel de conocimiento "deficiente" y solo el 2 % "óptimo"; en el postest, ninguna de ellas tiene nivel de conocimiento "deficiente", y solo el 4 % "regular", mientras que el 22 % tiene nivel de conocimiento "óptimo". Las mujeres que tienen entre 31-40 años son el 28 %, de las cuales, en el pretest, el 14 % tiene nivel de conocimiento "deficiente" y el 2 % "óptimo"; en el postest, el total de ellas logró mejorar su nivel de conocimiento a "óptimo". Lo mismo ocurre con el 26 % de las madres que tienen edades entre 41-50 años, de las cuales, en pretest, el 18 % tiene nivel de conocimiento "deficiente" y el 2 % "óptimo"; en el postest, el 24 % tiene nivel de conocimiento "óptimo" y solo el 2 % "deficiente". El 12 % de las encuestadas tiene entre 51-60 años, de las cuales, en el pretest, el 10 % tiene nivel de conocimiento "deficiente" y solo el 2 % "regular" y ninguna de "óptimo"; en el postest el 2 % tiene nivel de conocimiento "regular", el 10 % "óptimo" y ninguna "deficiente". A partir de ello, deducimos que las mujeres que tienen edades comprendidas entre 20-30 años, que son adultas jóvenes, y 31-40 años, adultas, tienen mayor capacidad, captación y facilidad de aprendizaje.

Tabla N° 5. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada”, según edad, en detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

EDAD *PRÁCTICA PARADA							
EDAD		PRETEST		Total	POSTEST		Total
		DEFICIENTE	ÓPTIMA		DEFICIENTE	ÓPTIMA	
20 - 30	N	12	1	13	5	8	13
Años	%	24	2	26	10	16	26
31 -40	N	14	0	14	7	7	14
Años	%	28	0	28	14	14	28
41 - 50	N	12	1	13	5	8	13
Años	%	24	2	26	10	16	26
51 - 60	N	6	0	6	3	3	6
Años	%	12	0	12	6	6	12
61 - 70	N	4	0	4	1	3	4
Años	%	8	0	8	2	6	8
Total	N	48	2	50	21	29	50
	%	96	4	100	42	58	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRACTICA PARADA PRETEST – EDAD	Rangos negativos	37 ^a	19,80	732,50
	Rangos positivos	1 ^b	8,50	8,50
	Empates	12 ^c		
	Total	50		
PRACTICA PARADA POS TES – EDAD	Rangos negativos	30 ^d	21,50	645,00
	Rangos positivos	8 ^e	12,00	96,00
	Empates	12 ^f		
	Total	50		

Estadístico de contraste^a

	Total práctica parada antes – edad	Total práctica parada después – edad
Z	-,396 ^b	-6,111 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,692	,000

$Z_c = -3,0555 > Z = 1,64$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La práctica de la autoexploración de mama “técnica parada” en las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” ($Z_c = -3,0555 > Z_t = 1,64$).

Determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada” de detección temprana de cáncer de mama según edad en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Se observa que las madres que tiene edades de 18-30 años representan el 26 %, de las cuales, en el pretest, la mayoría se encuentra entre la práctica de autoexploración de mama “técnica parada” “deficiente” con el 24 % y solo el 2 % “óptimo”; pero, en el postest, el 16 % se encuentra en el nivel “óptimo” y el 10 % “deficiente”. Las madres que tienen edades entre 31-40 años son el 28 % en el pretest, todas ellas tienen práctica de autoexploración de mama “técnica parada” “deficiente”; mientras que, en el postest, el 14 % desarrolla una práctica de autoexploración de mama “técnica parada” de nivel “óptimo”; igualmente, el 14 % “óptimo”, el 26 % de madres tiene edades entre 41-50 años, en el pretest, el 24 % tiene nivel de práctica parada “deficiente” y el 2 % “óptimo”; en el postest, el 10 % cultiva una práctica de autoexploración de mama “técnica parada” “deficiente” y el 16 % “óptimo”. Igual, las mujeres de 51-60 años, que son el 12 %,

en el pretest, todas desarrollan una práctica de autoexploración de mama "técnica parada" "deficiente"; en postest, hay una igualdad de "deficiente" y "óptima", con un porcentaje del 6 %. Por último, el 8 %, que tienen edades entre 61-70 años, en el pretest, el total de ellas cultiva la práctica de autoexploración de mama en "técnica parada", pero "deficiente"; en el postest, las que se encuentran en el nivel "óptimo" son el 6 % y solo el 2 % "deficiente". Se concluye en que la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" de detección temprana de cáncer de mama, según edad, relativamente ha mejorado y que las mujeres adultas jóvenes y adultas tienen mejor capacidad para realizarse el autoexamen de mamas.

Tabla N° 6. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada”, según edad, en detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

EDAD *PRÁCTICA ACOSTADA							
		PRETEST			POSTEST		
		DEFICIENTE	ÓPTIMA	Total	DEFICIENTE	ÓPTIMA	Total
20-30	N	11	2	13	9	4	13
Años	%	22	4	26	18	8	26
31-40	N	14	0	14	9	5	14
Años	%	28	0	28	18	10	28
41-50	N	12	1	13	8	5	13
Años	%	24	2	26	16	10	26
51-60	N	6	0	6	3	3	6
Años	%	12	0	12	6	6	12
61-70	N	4	0	4	2	2	4
Años	%	8	0	8	4	4	8
Total		47	3	50	31	19	50
		94	6	100	62	38	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST – EDAD	Rangos negativos	37 ^a	20,59	762,00
	Rangos positivos	2 ^b	9,00	18,00
	Empates	11 ^c		
	Total	50		
PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST – EDAD	Rangos negativos	32 ^d	19,63	628,00
	Rangos positivos	4 ^e	9,50	38,00
	Empates	14 ^f		
	Total	50		

ESTADÍGRAFO DE CONTRASTE

	Total práctica acostada antes – edad	Total práctica acostada después – edad
Z	-2,947 ^b	-3,461 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,003	,001

$$Z_c = -1,7305 > Z = 1,64$$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,001, menor a nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La práctica de autoexploración de mama “técnica acostada en las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” ($Z_c = -1,7305 > Z_t = 1,64$).

Determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” de detección temprana de cáncer de mama según edad en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Se observa que el 26 % de las madres tienen edades entre 20-30 años, de las cuales, en el pretest, el 22 % desarrolla una práctica de autoexploración de mama “técnica acostada “deficiente” y el 4 % “óptimo”; mientras que, en el postest, se redujo a un 18 % la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” “deficiente” y el 8 % llega al nivel “óptimo”. Las madres que tienen edades entre 31-40 años son el 28 %, las cuales aplican una práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” “deficiente” en el pretest; mientras que, en el postest, esto se redujo a un 18 %; mientras el 10 % practica la autoexploración de mama “técnica acostada” en nivel “optimo”. Las madres que tienen edades entre 41-50 años, que representan el 26 % de las encuestadas, de las cuales, el 24 % practica la autoexploración de mama “técnica acostada” en sentido “deficiente” y solo el 2 % de nivel “óptimo” en el pretest; mientras que, en el postest, el 16 % de ellas practica la autoexploración de mama en “técnica acostada en sentido “deficiente” y el 10 % en “óptimo”. Por otro lado, 12 % de

mujeres tienen edades entre 51-60 años, de las, en el pretest, el total de ellas practica la autoexploración de mama "técnica acostada" en sentido "deficiente"; en el postest, hay una igual, con el 6 %, que practica la técnica acostada en sentido "deficiente" y "óptima". Las mujeres que tienen edades entre 61-70 años son el 8 % y todas, en el pretest, practican la autoexploración de mama en "técnica acostada" "deficiente"; mientras que, en el postest, el 4 % practica la autoexploración de mama en "técnica acostada" "deficiente", el otro 4 % en "óptimo". A partir de ello, concluimos en que la mayoría de las mujeres se dificulta para realizar la práctica de autoexploración de mama en la "técnica acostada".

Tabla N° 7. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento, según grado de instrucción, para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

GRADO DE INSTRUCCIÓN /		CONOCIMIENTO PRETEST				CONOCIMIENTO POSTEST			
		DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMO	Total	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMO	Total
ANALFABETA	N	5	1	0	6	1	0	5	6
	%	10	2	0	12	2	0	10	12
PRIMARIA COMPLETA	N	7	1	0	8	0	0	8	8
	%	14	2	0	16	0	0	16	16
PRIMARIA INCOMPLETA	N	8	2	0	10	0	1	9	10
	%	16	4	0	20	0	2	18	20
SECUNDARIA COMPLETA	N	5	8	2	15	0	0	15	15
	%	10	16	4	30	0	0	30	30
SECUNDARIA INCOMPLETA	N	6	3	0	9	0	1	8	9
	%	12	6	0	18	0	2	16	18
SUPERIOR INCOMPLETA	N	0	1	1	2	0	1	1	2
	%	0	2	2	4	0	2	2	4
Total	N	31	16	3	50	1	3	46	50
	%	62	32	6	100	2	6	92	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

CONOCIMIENTO – GRADO DE INSTRUCCIÓN		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST	Rangos negativos	43 ^a	22,87	983,50
	Rangos positivos	1 ^b	6,50	6,50
	Empates	6 ^c		
	Total	50		
POSTEST	Rangos negativos	27 ^d	20,93	565,00
	Rangos positivos	13 ^e	19,62	255,00
	Empates	10 ^f		
	Total	50		

Estadísticos de contraste^a

	CONOCIMIENTO PRETEST - Grado de instrucción	CONOCIMIENTO POSTEST - Grado de instrucción
Z	-5,755 ^b	-2,149 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,032

$Z_c = -1,0745 > Z = 1,64$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,032, menor a nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: El nivel de conocimiento de las madres es efectivo tras la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" ($Z_c = -1,0745 > Z_t 1,64$).

Se observa que las 6 (12 %) de las mujeres no tienen grado de instrucción; de las cuales, en el pretest, el 10 %, en cuanto al nivel de conocimiento, es "deficiente" y el 2 % "regular"; en el postest, desciende a un 2 % el nivel de conocimiento "deficiente" y en cuanto al conocimiento "óptimo" se tiene un 10 %. En cuanto a las mujeres que estudiaron primaria completa, son 8 (16 %); en el pretest, el 14 % tiene nivel de conocimiento "deficiente" y el 2 % "regular"; en el postest, ninguno tiene nivel de conocimiento "deficiente" ni "regular" 0 (%) y el total de ellas tienen nivel de conocimiento "óptimo". El 20 %, que representa a las mujeres con grado de instrucción primaria incompleta, el 16 % tienen nivel de conocimiento "deficiente" y el 4 % "óptimo" en el pretest; en el postest, se incrementa a un 18 % las mujeres con nivel de conocimiento "óptimo" y 2 % a "regular"; las mujeres que tienen grado de instrucción secundaria completa son el 30 %, de las cuales, el 10 % tienen nivel de conocimiento "deficiente" y el 4 % "óptimo" en el pretest; en el postest, el total de ellas tiene nivel de conocimiento "óptimo", el 30 %. El 18 % son mujeres con grado de instrucción secundaria completa, de las cuales, en el pretest, el 12 % tiene un nivel de conocimiento "deficiente" y el 6 % "regular"; en el postest, el 16 % tiene un nivel de conocimiento "óptimo" y el 2 % "deficiente"; el 4 % tienen superior completo, de las cuales, en el pretest, el 2 % tienen un nivel de conocimiento "regular" y el otro 2 % "óptimo"; en el postest, no hay ninguna modificación.

Tabla N° 8. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada”, según grado de instrucción, en la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRÁCTICA PARADA PRETEST			PRÁCTICA PARADA POSTEST			
		DEFICIENTE	ÓPTIMA	TOTAL	DEFICIENTE	ÓPTIMA	TOTAL
Analfabeta	N	5	1	6	2	4	6
	%	10	2	12	4	8	12
Primaria completa	N	8	0	8	2	6	8
	%	16	0	16	4	12	16
Primaria incompleta	N	10	0	10	6	4	10
	%	20	0	20	12	8	20
Secundaria	N	15	0	15	6	9	15
	%	30	0	30	12	18	30
Secundaria incompleta	N	8	1	9	4	5	9
	%	16	2	18	8	10	18
Superior incompleta	N	2	0	2	1	1	2
	%	4	0	4	2	2	4
Total	N	48	2	50	21	29	50
	%	96	4	100	42	58	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON				
PRÁCTICA PARADA - GRADO DE INSTRUCCIÓN		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST	Rangos negativos	44 ^a	23,41	1030,00
	Rangos positivos	1 ^b	5,00	5,00
	Empates	5 ^c		
	Total	50		
POSTEST	Rangos negativos	38 ^d	23,18	881,00
	Rangos positivos	4 ^e	5,50	22,00
	Empates	8 ^f		
	Total	50		

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE		
	PRACTICA PARADA PRETEST - grado de instrucción	PRÁCTICA PARADA POSTEST - grado de instrucción.
Z	-5,834 ^b	-5,421 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000

$$Z_c = -2,7105 > Z = 1,64$$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor a nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La práctica de autoexploración de mama "técnica parada" en las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" ($Z_c = -2,7105 > Z_t 1,64$).

Se observa que, del total de la muestra en estudio, 50 (100 %), 6 (12 %) son mujeres analfabetas, de las cuales el 10 % practica la autoexploración de mama "técnica parada" en sentido "deficiente", el 2 % en "óptima" en el pre test; así mismo, se ve una diferencia con el postest, que 2 (4 %) practica la autoexploración de mama "técnica parada" en sentido "deficiente", hay buenos resultados en la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" en "óptima" en 4 (8 %). Así mismo, el 16 % de mujeres con primaria completa, en el pretest, el total de ellas practica la autoexploración de mama en "técnica parada" pero "deficiente"; está, a su vez, en el postest descende a un 4 %, tanto así que tenemos un resultado "óptimo" en el 12 %.

Tabla N° 9. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama en “técnica acostada”, según grado de instrucción, en la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST			PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST			
		DEFICIENTE	ÓPTIMA	Total	DEFICIENTE	ÓPTIMA	Total
Analfabeta	N	5	1	6	3	3	6
	%	10	2	12	6	6	12
Primaria completa	N	8	0	8	4	4	8
	%	16	0	16	8	8	16
Primaria incompleta	N	9	1	10	5	5	10
	%	18	2	20	10	10	20
Secundaria completa	N	14	1	15	12	3	15
	%	28	2	30	24	6	30
Secundaria incompleta	N	9	0	9	6	3	9
	%	18	0	18	12	6	18
Superior incompleta	N	2	0	2	1	1	2
	%	4	0	4	2	2	4
Total	N	47	3	50	31	19	50
	%	94	6	100	62	38	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON			
PRÁCTICA ACOSTADA - GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST	Rangos negativos	44 ^a	1029,50
	Rangos positivos	1 ^b	5,50
	Empates	5 ^c	
	Total	50	
POSTEST	Rangos negativos	40 ^d	926,50
	Rangos positivos	3 ^e	19,50
	Empates	7 ^f	
	Total	50	
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE			
	PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST - Grado de instrucción	PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST - Grado de instrucción	
Z	-5,821 ^b	-5,525 ^b	
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	

$$Z_c = -2,7625 > Z = 1,64$$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" en las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" ($Z_c = -2,7625 > Z_t 1,64$).

Se observa que el total de la muestra en estudio es 50 (100 %). De las cuales, el 12 % son mujeres analfabetas; en el pretest, el 10 % practica la autoexploración de mama en "técnica acostada" en sentido "deficiente" y el 2 % en "óptima"; en el postest, se encuentra una igualdad, que el 6 % practica la autoexploración de mama en "técnica acostada" en sentido "deficiente" y el otro 6 % en "optima"; así mismo, del total, 8 (16 %) mujeres con primaria completa, en el pretest, el 16 %, o sea el total, practica la autoexploración de mama en "técnica acostada", pero "deficiente"; está, a su vez, en el postest, desciende al 8 %, tanto así que tenemos un resultado "óptimo" (8 %).

Tabla N° 10. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada”, según paridad, en la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

PARIDAD		PRACTICA PARADA PRETEST			PRÁCTICA PARADA POSTEST		
		DEFICIENTE	ÓPTIMA	TOTAL	DEFICIENTE	ÓPTIMA	TOTAL
NULIPARA	N	5	0	5	3	2	5
	%	10	0	10	6	4	10
PRIMIPARA	N	9	1	10	3	7	10
	%	18	2	20	6	14	20
MULTIPARA	N	26	1	27	10	17	27
	%	52	2	54	20	34	54
GRAN MULTIPARA	N	8	0	8	5	3	8
	%	16	0	16	10	6	16
Total	N	48	2	50	21	29	50
	%	96	4	100	42	58	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON				
PRACTICA PARADA – PARIDAD		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST	Rangos negativos	44 ^a	22,50	990,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
	Empates	6 ^c		
	Total	50		
POSTEST	Rangos negativos	38 ^d	20,97	797,00
	Rangos positivos	2 ^e	11,50	23,00
	Empates	10 ^f		
	Total	50		

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE		
	Total Práctica P. Antes - Paridad	Total Práctica P. Después - Paridad
Z	-,874 ^b	-6,143 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,382	,000

$Z_c = -3,0715 > Z = 1,64$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor a nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La práctica de autoexploración de mama "técnica parada" de las madres es efectiva tras la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" ($Z_c = -3,0715 > Z_t 1,64$).

El análisis determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en la práctica de autoexploración de mama mediante la "técnica parada", según paridad, en detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Se observa que el 10 % de las mujeres son nulíparas y que el total de ellas, en el pretest, practica la autoexploración de mama en la modalidad de "técnica parada" de modo "deficiente"; mientras que, en el postest, esto se reduce en un 6 %. Asimismo, el 20 % es primípara y, en el pretest, el 18 % practicaba la autoexploración de mama mediante la "técnica parada", pero en sentido "deficiente"; mientras que, en el postest, se logró disminuir a un 6 %. El 54 % de las mujeres fueron múltiparas, de ellos, el 52 % tiene, en el pretest, una práctica de autoexploración de mama "técnica parada" en modo "deficiente"; solo el 2 % de ellas cultiva una práctica "óptima"; en el postest, el 20 % practica la autoexploración de mama "técnica parada" de modo "deficiente" y el 34 % de modo óptimo. Así mismo, el 16 % de mujeres es múltipara y, del total de ellas, en el pretest, practica la autoexploración de mama "técnica parada" en el modo "deficiente"; mientras que, en el postest, el 6 % de ellas de modo "óptimo".

Tabla N° 11. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada”, según paridad, en la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

PARIDAD	PRÁCTICA ACOSTADA PRETEST			PRÁCTICA ACOSTADA POSTEST			
		Deficiente	Óptima	Total	Deficiente	Óptima	Total
Nulípara	N	5	0	5	5	0	5
	%	10	0	10	10	0	10
Primípara	N	10	0	10	6	4	10
	%	20	0	20	12	8	20
Multipara	N	24	3	27	15	12	27
	%	48	6	54	30	24	54
Gran múltipara	N	8	0	8	5	3	8
	%	16	0	16	10	6	16
Total	N	47	3	50	31	19	50
	%	94	6	100	62	38	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

PRÁCTICA ACOSTADA – Paridad		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST	Rangos negativos	45 ^a	23,00	1035,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
	Empates	5 ^c		
	Total	50		
POSTEST	Rangos negativos	41 ^d	21,00	861,00
	Rangos positivos	0 ^e	,00	,00
	Empates	9 ^f		
	Total	50		

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

	Total práctica acostada antes – paridad	Total práctica acostada después – paridad
Z	-2,976 ^b	-3,411 ^c
Sig. Asintótica. (bilateral)	,003	,001

$Z_c = -1,7055 > Z = 1,64$

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,001, menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" es efectiva en la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" en las madres ($Z_c = -1,7055 > Z_t 1,64$).

Determina la efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en la práctica de autoexploración de mama mediante la "técnica acostada", según paridad, en la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Se observa que, del 100 % de las mujeres encuestadas, el 10 % es nulípara; de las cuales, en el pretest, el total de ellas practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "deficiente"; en el postest, se sigue manteniendo ese porcentaje. El 20 % es primípara, de las cuales, en el pretest, el total de ellas practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "deficiente"; en el postest, esto disminuye a un 12 %; el 8 % practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de manera "óptima". El 54 % de las mujeres es múltipara, de las cuales, en el pretest, el 48 % de ellas practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "deficiente" y el 6 % de manera "óptima"; en el postest, el 30 % practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "óptimo" y el 24 % de modo "deficiente". Asimismo, el 16 % de ellas es gran múltipara, de las cuales, en el pretest, todas practican la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "deficiente"; en el postest, el 10 % practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de manera "deficiente" y el 6 % de modo "óptima".

Tabla N° 12. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento, según paridad, en detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho 2015

PARIDAD	CONOCIMIENTO PRETEST				CONOCIMIENTO POSTEST				
		DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMO	TOTAL	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMO	TOTAL
NULÍPARA	N	2	2	1	5	0	1	4	5
	%	4	4	2	10	0	2	8	10
PRIMÍPARA	N	5	4	1	10	0	1	9	10
	%	10	8	2	20	0	2	18	20
MULTÍPARA	N	16	10	1	27	1	0	26	27
	%	32	20	2	54	2	0	52	54
GRAN MULTÍPARA	N	8	0	0	8	0	1	7	8
	%	16	0	0	16	0	2	14	16
Total	N	31	16	3	50	1	3	46	50
	%	62	32	6	100	2	6	92	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

PRUEBA DE WILCOXON

CONOCIMIENTO – Paridad		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST	Rangos negativos	39 ^a	22,83	890,50
	Rangos positivos	4 ^b	13,88	55,50
	Empates	7 ^c		
	Total	50		
POSTEST	Rangos negativos	9 ^d	11,56	104,00
	Rangos positivos	14 ^e	12,29	172,00
	Empates	27 ^f		
	Total	50		

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

	CONOCIMIENTO PRETEST – Paridad	CONOCIMIENTO POSTEST – Paridad
Z	-5,129 ^b	-1,089 ^c
Sig. Asintótica (bilateral)	,000	,276

Z_c = -0,5445 > Z = 1,64

El estadígrafo del Wilcoxon muestra que el nivel de significancia asintótica es 0,276, no es menor al nivel de grado de confianza (0,05); entonces, hay razones suficientes para descartar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna: La aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” es efectiva en el nivel de conocimiento de las madres del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 ($Z_c = -0,5445 > Z_t 1,64$).

Los resultados determinan la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de práctica acostada, según paridad, en la detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Se observa que el 10 % de las mujeres son nulíparas; el 4 % de ellas, en el pretest, tiene nivel de conocimiento “deficiente” y el 2 % “óptimo”; en el postest, el 2 % tiene nivel de conocimiento “regular” y el 8 % “óptimo”. Asimismo, el 20 % de ellas es primípara; de las cuales, en el pretest, la mitad de ellas (10 %) tiene un nivel de conocimiento “deficiente”, el 2 % “óptimo”; en el postest, el 2 % tiene nivel de conocimiento “regular” y el 18 % “óptimo”. Por otro lado, el 54 % es múltipara; de las cuales, en el pretest, el 34 % tiene nivel de conocimiento “deficiente” y el 2 % “óptimo”; en el postest, el 2 % de ellas tienen nivel de conocimiento “deficiente” y el 52 % “óptimo”. Asimismo, el 16 % de ellas es gran múltipara; de las cuales, el total de ellas tienen nivel de conocimiento “deficiente” en el pretest; en el postest, el 2 % tienen nivel de conocimiento “regular” y el 14 % “óptimo”.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La finalidad de la presente investigación fue determinar la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana de cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años que viven en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho; entendiéndose que el cáncer mamario es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos (metástasis) y órganos distantes del cuerpo ⁽⁵¹⁾. Esto se complica cada vez más ya que muy pocas mujeres conocen sobre qué es el cáncer de mama y sobre la autoexploración como medio de detección temprana.

En la **tabla N° 1**, respecto al nivel de efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”, en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama, encontramos que, en el pretest, el 62 % de las mujeres tiene un nivel de conocimiento “deficiente”; mientras que, en el postest, este es de un 92 %. Según Aquino (1991), en su estudio realizado sobre “Grado de conocimiento de cáncer mamario y cervical en mujeres de edad fértil en la ciudad

de Ayacucho”, encontró que, de 180 mujeres encuestadas el 43.88 % tuvo conocimiento regular sobre cáncer mamario y el 38.33 %, un conocimiento deficiente. Este hallazgo es similar al de Contreras y Col. (2000), quien, en su estudio, “demora en el diagnóstico de cáncer de mama: factores de la paciente, Hospital Essalud Cusco 1986-1999”; además, concluyen en que solamente el 9 % de 67 encuestadas presentó conocimiento adecuado acerca del concepto de cáncer.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en nuestra investigación tienen similitud con los hallazgos de Aquino (38.33 %) y Contreras y Col. sobre el nivel de conocimiento de cáncer de mama, donde las mujeres tienen conocimiento insuficiente; entendiéndose que el conocimiento es una actividad que permite el autocuidado de la persona, ya que permite orientar acciones hacia los cuidados sobre sí mismas, regulando factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su salud o bienestar. Por lo cual podemos inferir en que el conocimiento es una de las dificultades para lograr el cumplimiento de las acciones de prevención de cáncer de mama de manera oportuna; pues, el conocimiento de las manifestaciones y reconocimiento temprano permiten la detección precoz para un tratamiento temprano y oportuno, lo que conllevaría a una mejor expectativa de vida de la persona. Por otra parte, se puede entender que el nivel de conocimientos de las madres en estudio, en mayor proporción, es insuficiente; probablemente, se deba a que la información que se proporciona no es suficiente para disminuir la prevalencia de conductas de riesgo en salud; pero, después de haber sido aplicado el programa de detección temprana del cáncer de mama, mejoró el nivel de conocimiento de las madres.

En las **tablas N° 2 y N° 3**, evidenciamos la práctica de autoexploración de mama en las técnicas “parada y acostada” para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Del cual, el 96 % de madres, en el

pretest, promueve una práctica de autoexploración en la técnica parada de modo “deficiente”; en el posttest, el 58 % en modo “óptimo”. Respecto a la autoexploración en la técnica acostada, el 94 % promueven la práctica de manera “deficiente” y el 6 %, “óptimo” en el pretest; en el posttest, sufre una reducción al 62 % respecto a esta práctica.

Según Sáenz y Col., en su estudio titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 a 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou, del Hospital Nacional *Daniel Alcides Carrión*, periodo agosto-diciembre del 2010”, un gran porcentaje tuvo una actitud desfavorable hacia el autoexamen de mama. 35.96 % de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mama y la técnica que utilizó en el momento de aplicarles la guía de observación, que fue inadecuada en un 67 %.

Este hallazgo es similar a González Castro, Doris, quien en “Estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012”, demuestra que los resultados comprueban que, según la forma de realización del autoexamen de mama, se determinó que, del total de las pacientes, un 96 % (63 pacientes) lo realiza de manera incorrecta, mientras que un 4 % (3 pacientes), de manera correcta⁽⁴⁴⁾.

A partir de ello, deducimos que nuestra investigación se asemeja al realizado por Sáenz (67 %) y Gonzales Castro (96 %), que no realizan la práctica adecuada de autoexploración de mamas.

A todo esto, podemos decir, en el caso de mujeres jóvenes, que la enseñanza del autoexamen de mama y su práctica son una puerta hacia comportamientos de promoción de la salud respecto al cáncer de mama en etapas posteriores de la vida. A pesar que la sensibilidad del autoexamen de mama varía, y que es dependiente de la edad, el beneficio es que la mujer se familiariza con la apariencia y consistencia de sus senos y sería capaz de detectar cualquier cambio de forma temprana. Así, el autoexamen de mama es una técnica factible de detección temprana, siendo efectiva y accesible para toda mujer.

Las estrategias educativas de salud que incorporan la colaboración activa de la mujer en el autocuidado y autocontrol de su proceso de salud o enfermedad son cada día más importantes, no se puede seguir considerando al individuo como un objeto con solo el proceso de atención a la enfermedad. Su participación es decisiva en la prevención de patologías como el cáncer de mama y es aquí donde la labor educativa encamina a transformar al sujeto en un ente dinámico de la salud, adquiere valor; por tanto, son fundamentales los programas educativos efectivos y el monitoreo de su impacto.

En la **tabla N° 4**, sobre la efectividad de la aplicación del Programa Familiar, en el nivel de conocimiento según edad, encontramos: en el pretest de las mujeres de 20 a 30 años, que el 2 % tiene conocimiento "óptimo"; en el postest, el 26 % tiene conocimiento "óptimo". Las mujeres de 41 a 50 años, en el pretest, el 2 % tiene conocimiento "óptimo"; mientras que, en el postest, el 26 %, conocimiento "óptimo".

Según Bonilla C., en la investigación titulada: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital *Fernando Vélez Páiz*, 2007". Encontraron que el 52 % tenía entre 20 y 34 años, donde el conocimiento que prevaleció fue el regular, en un 62 %.

Al respecto, Aramburú y Luque, en su investigación titulada "Factores influyentes en el conocimiento sobre cáncer de mama y autoexamen mamario en mujeres de 20 a 75 años que acuden a los consultorios externos del Hospital de Apoyo Huanta-2006", hallaron que el 54.5 % tenía un nivel de conocimiento deficiente sobre cáncer de mamas en mujeres, cuyas edades están comprendidas entre los 20 a 30 años.

Nuestros resultados difieren con los de Bonilla, 12 % de las mujeres que tienen entre 20 a 30 años tienen nivel de conocimiento "deficiente".

Con lo antes expuesto se sugiere promoción y prevención del cáncer de mama y del autoexamen de mama; también, mayor capacitación al personal de salud, para mejorar el nivel de conocimiento de las mujeres, para así garantizar una buena educación en la salud de las mujeres en las diferentes comunidades, para así incidir y detectar a tiempo estas patologías⁽¹⁰⁾.

En las **tablas N° 5 y N° 6**, evidenciamos que la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" y "técnica acostada", según edad, en detección temprana de cáncer de mama, en las madres que tienen edades entre 31-40 años, tienen mayor porcentaje en "deficiencia", en un 28 % en el pretest; seguido del 24 % en madres de 20 a 30 años; en los de 51 a 50 años, tenemos resultados "óptimos" en el postest en mujeres de 20 a 30 años, el 16 %.

En la "técnica acostada", según edad, encontramos en las mujeres de 20 a 30 años, que el 22 % practica la autoexploración de mama "técnica acostada" en sentido "deficiente" en el pretest; en el postest, 26 % practica la autoexploración de mama "técnica acostada" de manera "óptima"; asimismo, en las mujeres de 41 a 50 años, el 24 %, en el pretest, practica la autoexploración de mama mediante la "técnica

acostada” en sentido “deficiente”; en el postest, el 26 % tienen práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” en sentido “óptimo”.

Estos resultados se asemejan al estudio realizado González: “Estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012”. Las edades predominantes en la realización del autoexamen de mama son de 25-35 años: 51 % (35 pacientes), 35-45 años: 34 % (24 pacientes), 45-55 años: 12 % (8 pacientes) y 55 años o más: 3 % (2 pacientes).

Al respecto, Valdés L. (Venezuela) encontró que el 51.7 % de las féminas con edades entre 27 a 35 años de edad mostró más sistematicidad en la realización correcta de la autoexploración de mama, seguido del grupo de 15 a 26 años de edad, que representan el 48.8 % que no tienen buena práctica.

Romaní y Cols. (2009), en Perú, en el trabajo de investigación titulado: “Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados” encontraron que solo el 34,6 % de las mujeres peruanas de 20 a 49 años se realizaba el autoexamen de mama.

Nuestros resultados difieren con los hallados de Romaní y cols, 34,6 % de las mujeres peruanas de 20 a 49 años se realizaba el autoexamen de mama; esto debido a que, en otros países, se ha estado implementando constantemente programas de educación para la promoción y prevención de la enfermedad.

Con lo antes mencionado, al hallarse altos porcentajes de desconocimiento sobre cáncer de mama y autoexamen mamario, es recomendable que el personal de

salud, específicamente el personal de enfermería, debería apoyar en la prevención del cáncer de mama promocionando el autoexamen mamario como método de diagnóstico precoz de esta enfermedad; para, con ello, contribuir a disminuir las altas tasas de incidencia y mortalidad de este mal

En la **tabla N° 7**, sobre la efectividad de la aplicación del Programa Familiar en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama según grado de instrucción, se observa que el 30 % de ellas tienen secundaria completa; de las cuales, en el pretest, el 16 % tienen nivel de conocimiento "regular"; mientras que, en el posttest, el total de ellas (30 %) tiene un nivel de conocimiento "óptimo" en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Al respecto, Aramburú V. y Col., en su estudio denominado "Factores influyentes en el conocimiento sobre cáncer de mama y autoexamen mamario en mujeres de 20 a 75 años que acuden a los consultorios externos del Hospital de Apoyo Huanta-2006", menciona que el 33.1 % de mujeres en estudio tuvo grado de instrucción superior; de las cuales, el 21.4 % tienen buen conocimiento; así mismo, el 6.8 % tiene deficiente conocimiento.

Por otro lado, el 32.6 % de las mujeres en estudio tuvo grado de instrucción secundario; de los cuales, el 18 % tiene deficiente conocimiento sobre cáncer y autoexamen mamario.

Otro hallazgo fue el de Rodríguez (2002), quien refiere que las mujeres con niveles de educación superior y medio son las que frecuentemente buscan información sobre los riesgos de cáncer de mama. El acceso a la información de cáncer de mama está ligado estrechamente con el autoexamen mamario. En este grupo de mujeres, se ha encontrado hasta el 49.5 % que practica frecuentemente el examen mamario a pesar de que tienen niveles de conocimiento medio sobre esta patología.

El profesional de salud debe compenetrarse en el aspecto cultural de la población utilizando el lenguaje sencillo y adecuado acorde al nivel de conocimiento de cada individuo. Ya que ello ayudará en la efectiva información que brinde a cerca de cáncer de mama y el autoexamen mamario. La difusión de la información en materia de salud a través de los profesionales de esta área y en material impreso como la prensa contempla la orientación sobre el autoexamen de mama, volviéndose indispensable tanto para promover la detección precoz de cáncer de mama como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas encaminadas a la salud de la mujer. El autoexamen de mama es indispensable tanto para promover la detección de la enfermedad en fase inicial como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas focalizadas al cuidado de la mujer.

En las **tablas N° 8 y N° 9**, sobre la efectividad de la aplicación del programa familiar en la práctica de autoexploración de mama "técnica parada y acostada", según grado de instrucción, encontramos: que del 30 % de las mujeres que tienen

secundaria completa, en el pretest el total de ellas practica la autoexploración de mama en la técnica parada en sentido “deficiente”; en el postest, el 18 % de ellas, en sentido “óptimo”. En cuanto a la técnica acostada, se evidencia que el 30 % de mujeres tiene secundaria completa, de las cuales el 28 % promueve una práctica “deficiente” en el pretest y, en el postest, solo el 6 % como “óptimo”.

Según Cuervo, en su estudio titulado “Autocuidado de mujeres en riesgo de padecer de cáncer mama. Querétaro- México 2013”, concluye en que el 26.83 % tiene grado de instrucción primaria; de las cuales, el 24.73 % tiene práctica de autoexploración mamaria “mala” y solo el 2.1 % es “buena”.

Según Ochoa Parra, en su estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas en mujeres del área rural. Cuenca, 2014”, (Ecuador), concluye en que el 54.1 % tiene instrucción primaria; 60 % de las cuales, el 48.9 % cultiva una práctica regular de la autoexploración de mama.

Nuestros resultados difieren de los estudios en comparación, ya que en ellos se ve que el mayor porcentaje de las encuestadas tienen grado de instrucción primaria y esto las pone en desventaja en el nivel de conocimiento. Ya que, a mayor nivel de educación, mayor conocimiento para mejorar la calidad de vida.

En las **tablas N° 10 y N° 11**, sobre la efectividad de la aplicación del Programa Familiar en la práctica de autoexploración de mama en las “técnicas parada y acostada”, según paridad, encontramos que el 54 % de ellas son multíparas; de las cuales, en el pretest, el 52 % cultiva la práctica parada en sentido “deficiente”; en el postest, el 34 % como “óptimo”. En cuanto a la “técnica acostada”, encontramos que del 54 % de mujeres multíparas, el 48 % desarrolla una práctica “deficiente” en el pretest; en el postest, el 24 % como “óptima”.

Al respecto, Silva y Col. (Brasil) manifiestan que las mujeres con al menos un hijo presentaron mayor tendencia a la práctica; siendo que aquellas, con más de dos hijos, tuvieron razón de prevalencia en un 16 % en mayor relación a las nulíparas.

Los resultados obtenidos sugieren que las mujeres con mayor cantidad de hijos, naturalmente, tendrían mayor oportunidad de contacto con equipos de salud; por consiguiente, una mejor información, favoreciendo el conocimiento y la práctica del autoexamen.

Villacrés y col., en "Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana", refieren que el mayor porcentaje de mujeres (58 %) tuvo de 2 a 5 hijos. El 6 % no tuvo hijos, solo el 8 % de las mujeres encuestadas se realiza el autoexamen de mama mensualmente

Al respecto, nuestros resultados se asemejan a los de Villacrés y col., que nos demuestran que, a mayor cantidad de hijos, más es el conocimiento y la práctica de la autoexploración de mama; ya que, al estar en constante contacto con el personal de salud, aprenden más rápido y lo ponen en práctica.

La difusión de información en materia de salud a través de los profesionales de esta área y en material impreso como la prensa, contempla la orientación sobre el autoexamen de mama; volviéndose indispensable tanto para promover la detección precoz de cáncer de mama como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas encaminadas a la salud de la mujer. El autoexamen de mama es indispensable tanto para promover la detección de la enfermedad en fase inicial como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas focalizadas al cuidado de la mujer.

En la **tabla N° 12**, sobre la efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”, en el nivel de conocimiento, según paridad, encontramos: el 10 % son nulíparas, de las cuales el 4 % tiene nivel de conocimiento “deficiente” y el 2 % “optimo”; el 20 % son primíparas, de ellas el 10% tiene nivel de conocimiento “deficiente” y el 2 % “óptimo”; el 54 % son multíparas, de las cuales el 32 % tienen nivel de conocimiento “deficiente” y el 2 % “optimo”; el 16 % son gran multíparas, el total de ellas tienen nivel de conocimiento “deficiente”.

La difusión de información en materia de salud a través de los profesionales de esta área y en material impreso como la prensa contempla la orientación sobre el autoexamen de mama; volviéndose indispensable tanto para promover la detección precoz de cáncer de mama como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas encaminadas a la salud de la mujer. El autoexamen de mama es indispensable tanto para promover la detección de la enfermedad en fase inicial como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas focalizadas al cuidado de la mujer.

CONCLUSIONES

1. En la investigación, queda demostrado que el 62 % de mujeres tiene nivel de conocimiento "deficiente", el 96 % práctica la autoexploración de mama "técnica parada" en modo "deficiente", el 94 % práctica la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "deficiente" en el pretest; en el postest, observamos que el nivel de conocimiento ha mejorado a un 92 %, la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" a un 58 % y la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" a un 38 %. Lo cual afirma la hipótesis planteada, la efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" para detección temprana del cáncer de mama es efectiva.
2. Evidenciamos que, en la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" de detección temprana de cáncer de mama, el 94 % de madres, en el pretest, manifiesta una práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" en sentido "deficiente"; en el postest, hay una reducción al 62 %.
3. Evidenciamos que, en la práctica de autoexploración de mama "técnica parada", según edad, de detección temprana de cáncer de mama, se observa que principalmente las madres que tienen edades entre 31-40 años toman el mayor porcentaje en deficiencia como es el 28 % en el pretest, seguido del 24 % en madres entre 20 a 30 años; tanto así tenemos resultados favorables óptimos en el postest en mujeres de 20 a 30 años, 16 % igual y en el resto de edades que se aplicó.
4. De acuerdo con las características de las mujeres en estudio, predominó las edades de 31 a 40 años (28 %); referente al grado de instrucción, prevaleció el

de educación secundaria completa, con el 30 %; respecto a la paridad, predominó la múltipara, en un 54 %.

5. Existe relación estadística significativa ($p < 0.05$) entre el conocimiento pretest y conocimiento posttest sobre detección temprana del cáncer de mama en las mujeres mayores de 20 años del AAHH Duraznopata, Huanta. De esta manera, se acepta la hipótesis alternativa de la presente investigación.

6. Existe relación estadística significativa ($p < 0.05$) entre la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" entre el pretest y la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" en el posttest sobre detección temprana del cáncer de mama en las mujeres mayores de 20 años del AAHH Duraznopata, Huanta. De esta manera, se acepta la hipótesis alternativa de la presente investigación.

7. Existe relación estadística significativa ($p < 0.05$) entre la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" entre el pretest y la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" en el posttest sobre detección temprana del cáncer de mama en las mujeres mayores de 20 años del AAHH Duraznopata, Huanta. De esta manera, se acepta la hipótesis alternativa de la presente investigación.

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de salud, en especial de enfermería, deben promover, planear y ejecutar actividades preventivo-promocionales concientizando a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfocándose en aquellas enfermedades de creciente incidencia, como es el cáncer de mama; con el objetivo de mejorar el nivel de salud, inculcando hábitos y prácticas saludables en las mujeres.
2. Divulgar en la comunidad científica y en general estos resultados o parte de ellos; pues, es importante promover estilos de vida saludables y la adquisición de conocimientos en relación para la prevención del cáncer de mama.
3. Desarrollar otras investigaciones en diferentes poblaciones, para que se valore el impacto del cambio del estilo de vida y el nivel de conocimiento en salud de las personas.
4. A la dirección del Hospital de Apoyo de Huanta, replantear los programas de capacitación orientados a desarrollar la capacidad de las mujeres de su jurisdicción, para realizarse un correcto autoexamen de mamas.
5. Realizar talleres mensuales y obligatorios sobre la técnica del autoexploración de mama para todas las comunidades, tanto urbanas como rurales, fortaleciendo la adquisición de conocimientos y prácticas acerca del autoexploración de mama.
6. Enfatizar en los temas de medidas preventivas y de detección precoz de los diferentes tipos de cáncer, sobretodo de los más incidentes.

8. Realizar estudios de investigación donde se concrete la observación directa de las prácticas del autoexploración de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salazar M. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas En el Control del Cáncer en el Perú; Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(1):105-12. (INEN) Simposio: cáncer como problema de salud pública.
2. Berek Jhonatan, J. Ginecología de Novak. 13^{ava}Ed. Madrid, España Editorial: Mc Graw Hil; 2004. pág. 960- 972.
3. Vivas Sanchez V, Torres Pedraza N, Esquerra Gonzales I, et al. Conocimiento actitud y práctica de prevención de cáncer de mama. Rev. Ciencia y Cuidado (Internet). 2012. (citado 10 octubre 2015). Vol. 9 núm. 2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114562.pdf>
4. Dirección General Epidemiología (MINSA). Análisis de la situación cáncer en el Perú; Noviembre, 2013. pág. 60- 66.
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Análisis De La Situación Del Cáncer En El Perú, 2013 [Sede Web].Lima, Perú: Editor; [2010].
Disponible en: Dge.Gob.Pe/Portal/Docs/Asis_Cancer.Pdf
6. Yépez Ramirez D, Gabriela de la Rosa A, Guerrero Albarran C, et al. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres México 2012. Tesis Doctoral.
Disponible en:
revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?...autoexploracion-mamaria-c.
7. Hernández Saez, M. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. Tesis Doctoral. Camagüey, Cuba. Universidad de la Habana, 2009 [citado 5 jun 2013].
Disponible en:
scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552011000300007&script.

8. Carpio Hernández, J. y Jiménez Coronel J. Conocimiento del autoexamen mamario en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de Medicina Familiar número 73. 2012 [Tesis de especialidad]. Veracruz México. Instituto Mexicano Del Seguro Social .2014.
Disponible en:
http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS_Carpio.pdf
9. Gálvez, Rodríguez, Rodríguez. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. [Tesis de licenciatura]. Caracas, Venezuela. Universidad Bolivariana de Venezuela.2013.
Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/7/3>.
10. Rodríguez González J, Triana Torres A. y Mendoza Taño R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto la Cruz, Estado Anzoátegui, Venezuela. Revista Habanera de Ciencias Médicas. (Internet) 2012 (citado 18 setiembre 2014). vol. 11, núm. 5, 2012, pp. 673-683.
Disponible en:
scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552021000300007&script.
11. Gonzales Castro, D. Autoexamen de mamas. [Tesis para optar grado de licenciatura].Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala Centro Universitario De Oriente Médico Y Cirujano; 2013.
Disponible en: unori.edu.gt/Download/auto_examen_de_mama.pdf
12. Arroyo D. y Calizaya F. Conocimientos y práctica que tienen las mujeres en edad fértil sobre el autoexamen de mama en el barrio de Juan Pablo II de la provincia cercado de la ciudad de Tarija [tesis doctoral] Bolivia. 2008.
Disponible en:
tesis.unjbg.edu.pe:8080/.../57_2013_pacohuanaco_apaza_m_fac_s_en
13. Bonilla C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el servicio de Maternidad del Hospital

Fernando Vélez Páiz, en el mes de diciembre del 2007. Universidad Nacional autónoma de Nicaragua. Managua, 2008.

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/Saenz_oa.pdf

14. Romani, Gutiérrez, Ramos, et al. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: Prevalencia y factores sociodemográficos. Rev Inv. UNMSM. Perú 2009. 1-2 pp.

Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/109>

15. Suasnabar Reyes, S. Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis: San Juan de Miraflores. Tesis para optar licenciatura. Lima Perú. Universidad Mayor de San Marcos, 2011. 9 pp.

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1309/1/Suasnabar_rs.pdf

16. Villacrés Vela, K y Alarcón Rozas, A. Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana mediante técnicas de autoexploración de mamas y mamografía. Sullana, Perú. Rev Med. Hered.2008. 10 pp.

Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1018.

17. Sáenz Orellana, A y Sánchez Castro, 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 [tesis para optar grado de licenciatura]. Lima, Perú. Universidad mayor de san marcos, 2010. 34pp.

Disponible en:

cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/saenz_oa.pdf

18. Ricse Asencios, J. Factores de Riesgo y Conocimiento sobre Prevención del Cáncer de Mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, Villa María del Triunfo. Tesis para optar licenciatura, Lima, Perú. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006.pp. 78pp.
- Disponible en:
- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/540/1/ricse_aj.pdf
19. Jara Rojas, A y Peña Romero, S. Nivel de Conocimientos sobre Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama en usuarias de 19 a 49 años del centro de salud San Sebastián. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.64 pp.
20. Aponte Salazar M, Mestanza Torres A, Velásquez Távara J, et al. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad lima- Perú. Rev Enferm. Herediana ,2010.
- Disponible en:
- www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/rev20125.2/.../conocimiento.pdf
21. Aquino Farfán, L. y Callañaupa Rojas, D. Nivel de conocimiento del cáncer mamario y cervical en las mujeres de edad fértil-ciudad de Ayacucho (mayo-junio 1991). [Tesis para optar grado de licenciatura], Ayacucho, Perú. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 1991. 19 pp.
22. Quispe Godoy, V. y Sulca Quispe, D. Grado de conocimiento sobre el cáncer y autoexamen de mamas en mujeres en edad fértil en el distrito de San Juan Bautista. [Tesis para optar grado de licenciatura]. Ayacucho, Perú. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2005. 15 pp.
23. Aramburu Villalta, G y Luque Salcedo, J. Factores Influyentes en el conocimiento sobre cáncer de mamario en mujeres de 20 a 75 años que acuden a los consultorios externos del hospital de apoyo de Huanta. [Tesis

- para optar grado de licenciatura], Ayacucho Perú. Universidad nacional de san Cristóbal de Huamanga 2006.25 pp.
24. Juana V .El cáncer. Trabajo monográfico (Internet).2015 (Citado el 23 de agosto del 2015).
- Disponible en:
- <http://www.monografias.com/trabajos12/cance/cance.shtml#ixzz3dZKO8InV>
25. Jeff. Senos. Rev CCM (internet). 2016 (Citado el 15 de enero del 2016).
- Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/17705-senos-definicion>
26. Sopena. Diccionario enciclopédico ilustrado, editorial ramón Sopena, s.a. España 1999.tomo 1-5
27. Instituto Nacional De Salud Pública. Rev Med. (Internet).2015 (citado el 4 de setiembre del 2015).
- Disponible en: http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/icce_05.pdf
28. Villanueva, García, et al. Autoexploración de mamas. Rev Med. Nueva León (Internet). 2002 (citado el 15 de marzo del 2015).
- Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1919/1/1080084852.pdf>
29. Ignacio Grajales, A. Autocuidado en los estudiantes de enfermería en la prevención del cáncer de mama. 2010. Tesis de licenciatura. Mexico Universidad de la Sierra Sur.
- Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18/18-332.php>/>
30. Merck de Manuel. Conocimiento de cáncer de mama en el área de ginecología del hospital regional de Ayacucho. Tesis de licenciatura. Ayacucho, Perú. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2005.
- Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1143_dgsp275-6.pdf

31. Pinillos Luis, et al. Coalición Multisectorial "Perú contra el cáncer". Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnóstico Temprano del Cáncer de Mama a Nivel Nacional. Lima-Perú, 2008.p.17-21.
32. Paulina Z. Cáncer de mama. Rev Med. American Cancer Society (Internet).2014 (Citado el 13 de octubre).
Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
33. Breastcancer.org. Cáncer de mama. Rev Med (internet).2008 (citado el 22 de marzo 2016).
Disponible en: [http:// www.elmundosalud/cancer/mama/cervix](http://www.elmundosalud/cancer/mama/cervix).
34. Harrison. Manual de Medicina Interna. Madrid, Editorial Mc Graw Hill 2003 pàg1104-1168 Norma.
35. Adam S, Peter H. Conocimiento común y científico. (Internet).2013. (citado el 20 de marzo del 2016).
Disponible en:
<https://prezi.com/o4bfwix7qfr-/conocimiento-comun-y-cientifico/>
36. Qmarqeva w. Los Tipos De Conocimiento (Internet).2008 (Citado El 20 De Marzo).
Disponible en:
Qmarqeva.Wordpress.Com/2008/07/08/Los-Tipos-De-Conocimiento/
37. Johann Hessen. Teoría del conocimiento Panamericana 1993 Santa fe de Bogotá Colombia. Pag120-124[citado 12 jul. 2012].
Disponible en: http://html.rincondelvago.com/el-conocimiento_1.html.
38. Martínez M. y Moreno S. "Plan de actuación sanitaria frente a una emergencia sísmica: caso terremoto destructor en el área metropolitana de Granada de la Universidad de Granada departamento de medicina-España". Tesis. 2006.

Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16433300.pdf>

39. Ramos J, Peláez V. Formulación del plan escolar de desastres y emergencias. Institución Educativa Murindó de la Universidad de Antioquia facultad nacional de salud pública. Medellín- Antioquia. 2009.
40. Fernández B. Material didácticos de apoyo para profesionales sanitarios de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid-España 2001.
41. Córdova J. proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo Facultad De Ciencias Médicas Manuel Fajardo. 2007.
42. Rosario C. Evaluación de la Atención de la Salud. Rev Méd. Hondureña - Vol. 62 -1994: pag. (26- 28).
Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf>.
43. Cuervo Rivera, E. Autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer mama” Tesis para optar grado de maestría en ciencias de la salud, México 2013 pág. (61-62).
Disponible en: <ri.uaq.mx/bitstream/123456789/604/1/RI000090.pdf>
44. Pacohuanaco Apaza, M. Conocimiento, actitud y su relación con la práctica del autoexamen de mama en adolescentes del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres. [Tesis para optar título de licenciada]. Tacna: 2012 pág. (116-117).
Disponible en: unjbg.edu.pe:8080/search_order=DESC&rpp=10.

ANEXO

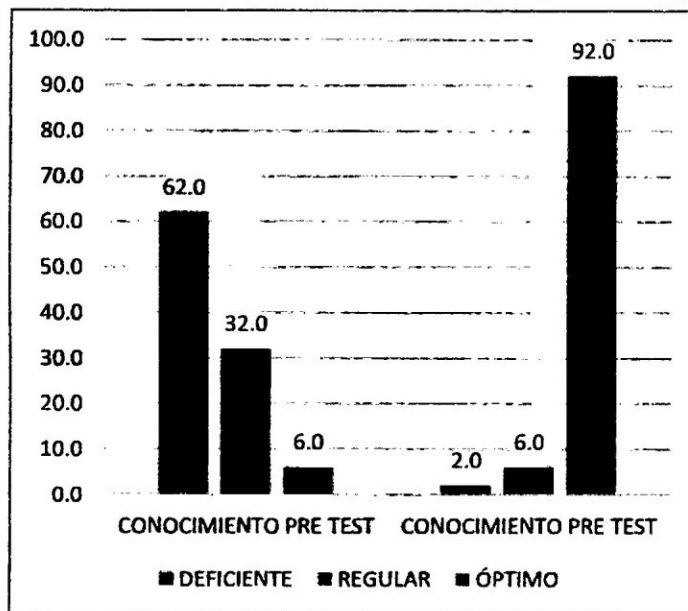
1. Matriz de consistencia
2. Base de datos
3. Encuestas aplicadas
4. Programa Familiar Preventivo Promocional de Capacitación "Kuyayllapaq Yachasun"
5. Esquema de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun"
6. Evidencias fotográficas

Anexo n.º 1: Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR "KUYAYLLAPAQ YACHASUN" Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN EL AAHH DURAZNOPATA, HUANTA-AYACUCHO, 2015</p>	<p>¿Cuál es el efecto del programa preventivo promocional del cáncer de mama en el conocimiento y práctica de detección temprana en madres del club del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015?</p>	<p>GENERAL Determinar la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en el nivel de práctica y conocimiento de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho.</p> <p>ESPECÍFICOS -Evaluar el nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama antes de la aplicación del programa. -Aplicar el Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun". -Evaluar el nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama después de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun". -Evaluar la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun". -Determinar los factores que influyen en la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" como: edad, ocupación, religión, paridad, grado de instrucción, etc.</p>	<p>Hi: La aplicación del Programa Familiar en el nivel de conocimiento y práctica de detección precoz del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata de Huanta 2015 es Efectiva.</p> <p>Ho: La aplicación del Programa Familiar en el nivel conocimiento y práctica de detección precoz del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata de Huanta 2015 no es efectiva.</p>	<p>Variable independiente Efectividad del programa familiar</p> <p>INDICADORES Implementación del programa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación y organización de materiales didácticos -Número de sesiones que se brindará - Número de participantes -Nivel de percepción de los participantes <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Detección temprana del cáncer de mama -Conocimiento de cáncer de mama -Prácticas de autoexploración de mamas <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interés sobre la práctica de la autoexploración de mama. - Responsabilidad de practicar la autoexploración de mama. 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN El estudio del presente trabajo será descriptivo, cuantitativo, aplicativo, cuasiexperimental, de corte longitudinal.</p> <p>ÁREA DE ESTUDIO La presente investigación se desarrolló en el AA. HH. Duraznopata, Huanta-Ayacucho.</p> <p>UNIVERSO Todas las unidades familiares (150) del AAHH Duraznopata.</p> <p>MUESTRA La muestra estuvo conformada por mujeres de 50 familias del AAHH Duraznopata mayores de 18 años.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Para la recolección de datos de la presente investigación, la técnica que se utilizó fue la encuesta Los instrumentos utilizados fueron: -Para el nivel de conocimientos, el cuestionario estructurado -Para la práctica, la ficha técnica de observación</p>

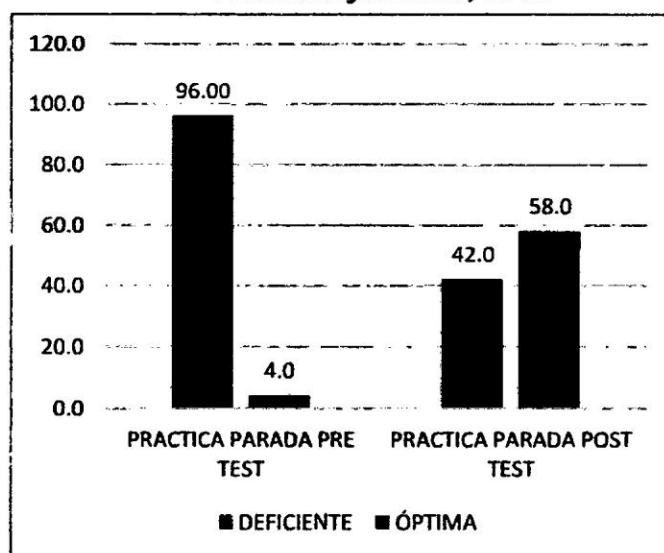
Anexo n.º 2: Base de datos

Grafico n.º 1. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho. 2015



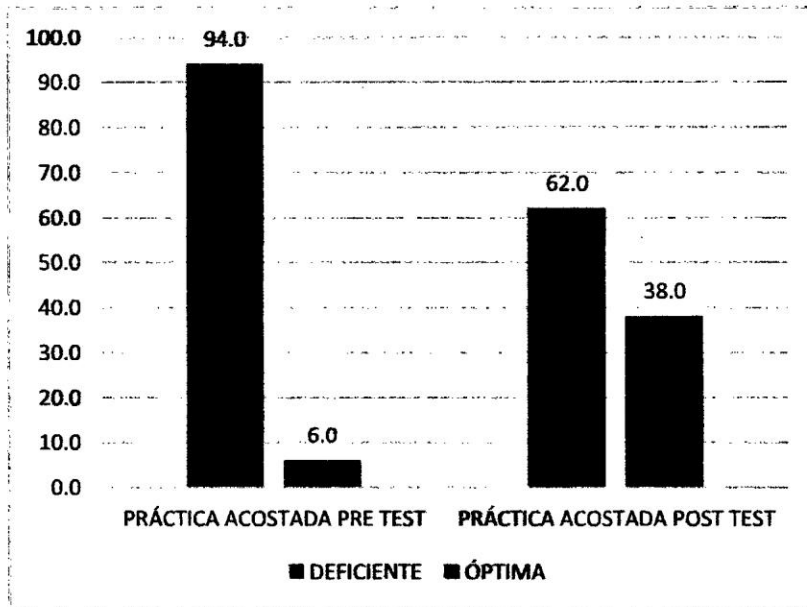
FUENTE: Datos del cuestionario y entrevista, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Grafico n.º 2. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada” de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015



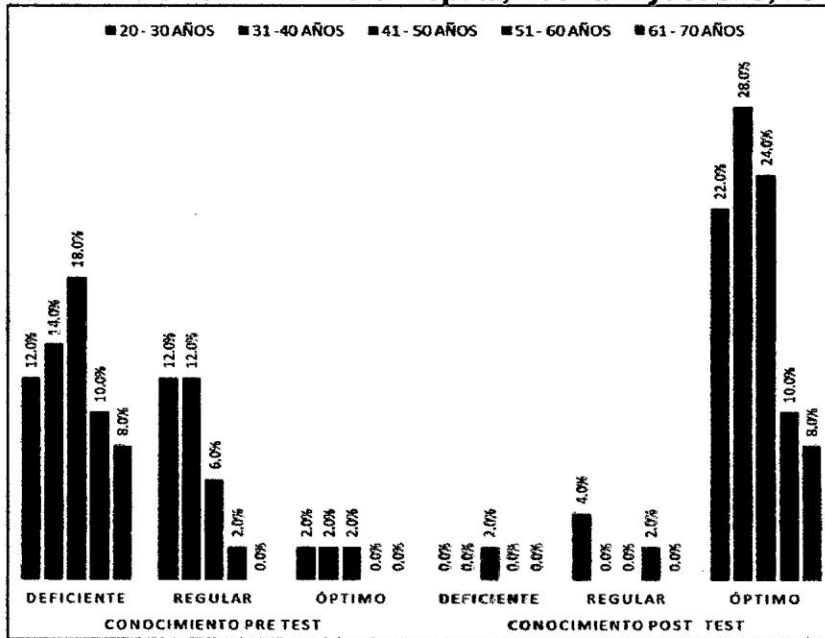
FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Grafico n.º 3. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015



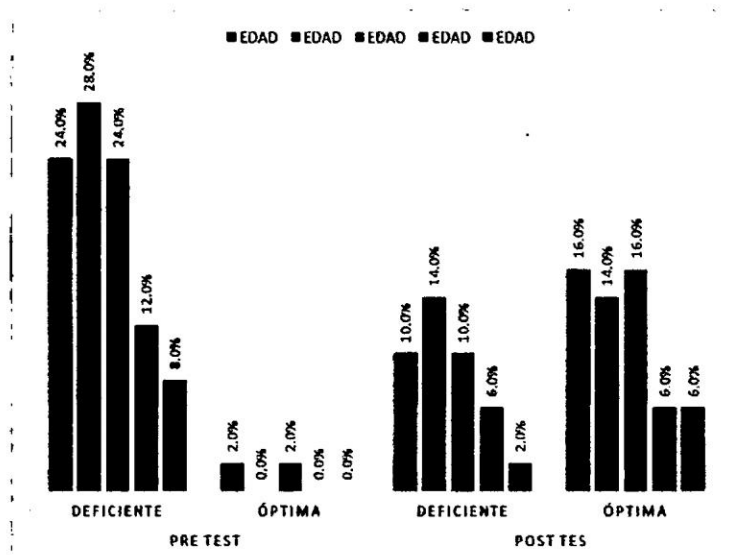
FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Gráfico n.º 4. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento según edad de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015



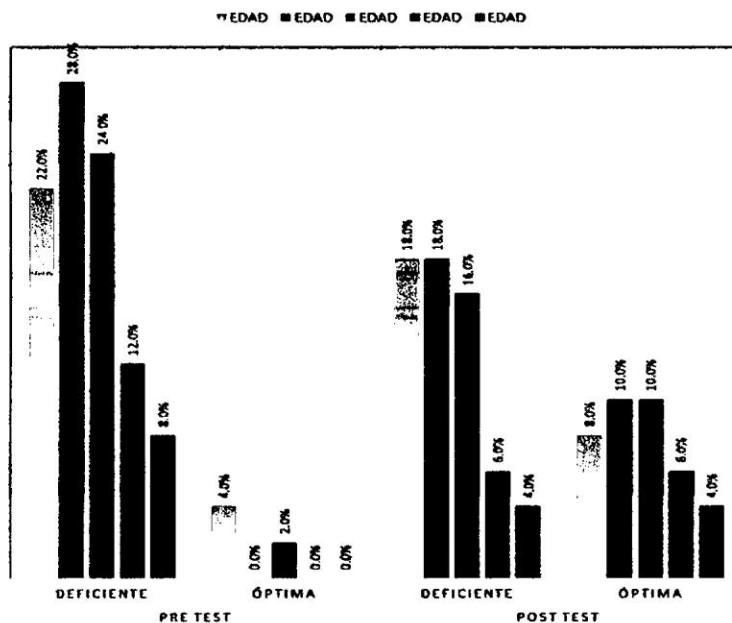
FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Gráfico n.º 5. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica parada” según edad en detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015



FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Gráfico n.º 6. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en la práctica de autoexploración de mama “técnica acostada” según edad en detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015



FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación, aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

Anexo n.º 3: Encuestas aplicadas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



Encuesta modificada de trabajos de tesis ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

Nº.....
ENCUESTADOR.....
FECHA.....

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Estimada Señora o Srta., le saludamos cordialmente, somos estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, estamos realizando un trabajo de investigación con el fin de obtener información sobre la efectividad de la aplicación del programa familiar de detección temprana de cáncer de mama. En tal sentido solicitamos su colaboración, contestando las preguntas en forma sincera y veraz, las respuestas son de carácter anónimo. Agradecemos anticipadamente su gentil colaboración.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta, luego complete los espacios en blanco o Marque con un aspa (x), la respuesta que crea conveniente.

III. DATOS GENERALES

Edad (años cumplidos)	Estado civil a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Divorciada e. Viuda
Grado de instrucción a. Analfabeta b. Primaria completa c. Primaria incompleta d. Secundaria completa e. Secundaria incompleta f. Superior completa g. Superior incompleta	Paridad a. Nulipara b. Primípara c. Multipara d. Gran multipara
Religión a. Católico b. Evangélico c. Testigo de Jehová d. Otra	Ocupación a. Su casa b. Trabajo dependiente c. Trabajo independiente

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO	Sí sabe	No sabe
1. ¿Para usted que es el cáncer de mama?		
2. ¿Sabe cuáles son los signos y síntomas del cáncer de mama?		
3. ¿El cáncer de mamas solo se presenta en mujeres?		
4. ¿A qué edad se presenta con mayor frecuencia el cáncer de mamas en mujeres?		
5. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama?		
6. ¿Sabe usted cuales son los medios de detección temprana del cáncer de mama?		
7. ¿Usted sabe cómo prevenir el cáncer de mama?		
8. ¿Que es la autoexploración de mamas?		
9. ¿Cada que tiempo se debe realizar la autoexploración de mamas?		
10. ¿A partir de qué edad cree usted que es recomendable realizarse la autoexploración de mamas?		

Puntaje

- ✓ 1-3 pts. : Nivel de conocimiento deficiente
- ✓ 4-6 pts.: Nivel de conocimiento regular
- ✓ 7-10 pts.: Nivel de conocimiento óptimo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



Encuesta modificada de trabajos de tesis ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

Nº.....
ENCUESTADOR.....
FECHA.....

FICHA TÉCNICA DE OBSERVACIÓN

I. PRESENTACIÓN

Estimada Señora o Srta., le saludamos cordialmente, somos estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, estamos realizando un trabajo de investigación con el fin de obtener información sobre la efectividad de la aplicación del programa familiar "Kuyayllapaq Yachasun" de detección temprana de cáncer de mama. En tal sentido solicitamos su colaboración, contestando las preguntas en forma sincera y veraz, las respuestas son de carácter anónimo. Agradecemos anticipadamente su gentil colaboración.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta, luego complete los espacios en blanco o Marque con un aspa (x), la respuesta que crea conveniente.

III. DATOS GENERALES

Edad (años cumplidos)	Estado civil
.....	a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Divorciada e. Viuda
Grado de instrucción	Paridad
a. Analfabeta b. Primaria completa c. Primaria incompleta d. Secundaria completa e. Secundaria incompleta f. Superior completa g. Superior incompleta	a. Nulípara b. Primípara c. Multipara d. Gran multipara
Religión	Ocupación
a. Católico b. Evangélico c. Testigo de Jehová d. Otra	a. Su casa b. Trabajo dependiente c. Trabajo independiente

FICHA TÉCNICA DE OBSERVACIÓN

TÉCNICA PARADA	Si (1)	No (0)
1. Utiliza una buena iluminación		
2. Utiliza espejo para realizar el examen		
3. Eleva los codos y observa ambos senos		
Para examinar su seno derecho		
4. Coloca su mano derecho detrás de la cabeza		
5. Eleva su codo derecho		
6. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presiona suavemente con movimientos circulares.		
7. Explora su seno siguiendo como las manecillas del reloj. Palpando toda la superficie hasta completar todo el seno y la axila.		
8. Examina el pezón con su dedo pulgar e índice, presionándolo suavemente		
9. Observa en busca de salida de secreción o sangrado del pezón derecho		
Para examinar su seno izquierdo		
10. Coloca su mano izquierda de tras de la cabeza.		
11. Eleva el codo izquierdo.		
12. Con su mano derecha, con la yema de los dedos, presiona suavemente con movimientos circulares.		
13. Explora su seno siguiendo las manecillas de reloj. Palpando toda la superficie hasta completar todo el seno y la axila.		
14. Examina el pezón con su dedo pulgar e índice, presionándolo suavemente.		
15. Observa en busca de salida de secreción o sangrado del pezón izquierdo.		

Puntaje

- ✓ 11-15 puntos: Práctica óptima
- ✓ Menor a 11 puntos: Práctica deficiente

TÉCNICA ACOSTADA	Si (1)	No (0)
Para examinar su seno derecho		
1. Emplea una cama, camilla o colchones en el piso		
2. Se acuesta apoyando bajo su hombro derecho una almohada		
3. Coloca su mano derecha detrás de la cabeza		
4. Mantiene elevado el codo derecho mientras examina su seno derecho		
5. Presiona suavemente con la yema de dedos y con movimientos circular es con la mano izquierdo el seno derecho		
6. Explora su seno derecho siguiendo como las manecillas de un reloj. Palpando toda la superficie en busca de una amasa o zona hundida.		
Para examinar su seno izquierdo		
7. Cambia la almohada al hombro izquierdo y permanece acostada.		
8. Coloca su mano izquierda detrás de la cabeza.		
9. Mantine elevado el codo izquierdo mientras examina su seno izquierdo.		
10. Presiona suavemente con la yema de los dedos y con movimientos circulares con la mano derecha el seno izquierdo.		
11. Explora su seno izquierdo siguiendo como las manecillas de un reloj, palpando toda la superficie en busca una masa o zona hundida		

Puntaje

- 8-11 puntos: Práctica óptima
- Menor a 8 puntos: Práctica deficiente

**Anexo n.º 4: Programa Familiar Preventivo Promocional de Capacitación
“Kuyayllapaq Yachasun”**

Programa Familiar Preventivo Promocional de CAPACITACIÓN

“KUYAYLLAPAQ YACHASUN”

**ELABORADO POR: - CURI CARHUAMACA, BERTHA LUZ
- RIVAS HUAMÁN, NORY**

- 1. DENOMINACIÓN.** La aplicación del programa familiar “KUYAYLLAPAQ YACHASUN” es para mejorar el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AA. HH. Duraznopata-Huanta, Ayacucho 2015.
- 2. DESTINATARIO DEL PROGRAMA.** El programa familiar está dirigido a la unidad familiar nuclear con mujeres mayores de 18 años, que constituye el grupo experimental de la muestra de estudio en el AA. HH. Duraznopata-Huanta, Ayacucho 2015.
- 3. GRUPO BENEFICIARIO.** La unidad familiar nuclear con mujeres mayores de 18 años. AA. HH. Duraznopata-Huanta, Ayacucho 2015.
- 4. MATERIALES:** Banner, gigantografía, espejo, proyector multimedio, laptop.
- 5. PROGRAMA.** Es un conjunto de actividades basadas en el proceso neurolingüístico, que puede ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia, que se brindará a una población objetiva para cambiar o modificar las conductas y actitudes para prevenir las consecuencias en un futuro.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de la aplicación del programa familiar “KUYAYLLAPAQ YACHASUN” y su influencia en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AA. HH. Duraznopata-Huanta, Ayacucho 2015.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama antes de la aplicación del programa en el AA.HH. Duraznopata-Huanta, Ayacucho, 2015.
- ✓ Aplicar el programa familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en las mujeres del AA. HH. Duraznopata-Huanta, Ayacucho, 2015.
- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama después de la aplicación del programa familiar “Kuyayllapaq Yachasun”.
- ✓ Evaluar la efectividad del programa familiar “Kuyayllapaq Yachasun” en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama.

- ✓ Determinar los factores que influyen en el programa familiar "Kuyayllapaq Yachasun" como: edad, estado civil, paridad, grado de instrucción.

6.3. FUNDAMENTACIÓN. El presente estudio nos permite generar herramientas a las familias a fin de reducir los riesgos de morbimortalidad causados por el cáncer de mama, así mismo la promoción de una cultura preventiva en disminuir los casos de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en las mujeres que viven en el AA. HH. Duraznopata y de esta manera secundaria a contribuir el bienestar físico, mental y social de la mujer y su familia.

Seguidamente, permitirá a cada participante tomar conciencia, analizar y realizar un análisis para mejorar su autocuidado frente al problema mencionado anteriormente; también, permitirá al individuo y a sus familiares a priorizar la práctica de la autoexploración de mama.

7. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

7.1. SITUACIÓN INICIAL

Las estadísticas y trabajos de investigación demuestran que la mayoría de los problemas de cáncer, fundamentalmente los cánceres de mama son prevenibles a temprana edad; la cultura de autocuidado y autoexploración aun no es una práctica permanente en las mujeres jóvenes y adultas; analizando esta problemática a nivel de las mujeres en las zonas rurales, periurbanas, quechua hablantes el problema es de mayor impacto.

7.2. PROCESO

El programa va a consistir de 4 sesiones y cada sesión consta de 1 por semana, en la cual incluye lo siguiente:

Programación de la capacitación, consta de 4 sesiones, cada sesión de 45 minutos.

SESIONES	CONTENIDO	ACTIVIDADES
SESION 1	-Presentación del programa familiar "Kuyayllapaq Yachasun".	-Primera evaluación del nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama.
SESION 2	-Cáncer: concepto de cáncer, cáncer de mama, factores de riesgo,	-Talleres educativos, exposición de los temas.
SESION 3	-Conocimiento y práctica de autoexploración. -Importancia de la autoexploración de mamas. -Pasos de la técnica de autoexploración de mama. -Detección temprana del cáncer.	Talleres educativos, sesiones demostrativas y redemostrativas de la técnica de autoexploración de mama.
Sesión 4	-Observar los cambios producidos (conocimientos, habilidades y/o actitudes) sobre el tema tras realizar el	Ultima evaluación del nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama.

	<p>taller.</p> <p>-Recordar lo más importante: la prevención e insistir en la puesta en práctica de lo aprendido.</p> <p>-Compartir experiencias.</p>	
--	---	--

7.3. RESULTADOS

Después de efectuar la aplicación del programa, las familias serán capaces de realizar la práctica de autoexploración de mama para la detección temprana del cáncer de mama.

REFLEXIÓN. Esta ofrecerá nuevos pensamientos, actitudes y ampliar los conocimientos, para mejorar la actitud de la mujer y la familia, a la familia se le motivará con las diferentes actividades que se va a aplicar con el objetivo de modificar sus cambios de conductas.





FORTALEZA

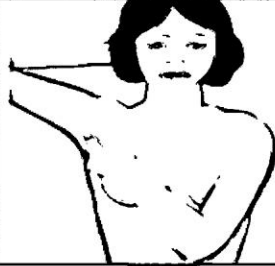





- Curiosidad de aprender sobre el tema.
- Apoyo y compromiso de la mujer y de los integrantes de la familia.
- Participación activa de la mujer y su familia, demostrando interés y aceptación.

DEBILIDADES


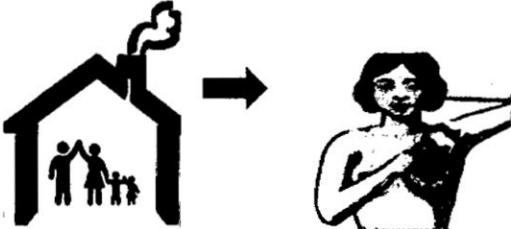

- Falta de compromiso de algunos integrantes de la familia.

PASOS DEL AUTOEXAMEN

<p>1. Con buena iluminación, colócate delante del espejo con los brazos a ambos lados del cuerpo. Observa si tus mamas tienen la misma forma y tamaño de siempre, si la piel está lisa, sin arrugas ni asperezas, y si el borde inferior es liso y regular.</p>	
<p>2. Ahora levante los brazos hasta ponerlos verticales. Con los brazos en alto, comprueba si en esta posición notas alguna diferencia entre un pecho y otro o entre una axila y la otra.</p>	
<p>3. Coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.</p>	<p>3. Coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.</p>
<p>4. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo. Como lo indica la imagen siguiente:</p>	
<p>5. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.</p>	
<p>6. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie en completando toda la mama, determine la presencia de masas o dolor.</p>	
<p>7. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado.</p>	

<p>8. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Examine la axila con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas.</p>	
<p>9. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.</p>	
<p>10. Acuéstese y coloque una almohada o un trapo grueso doblado, bajo su hombro derecho. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.</p>	
<p>11. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.</p>	
<p>12. Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.</p>	
<p>13. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.</p>	

Anexo N° 5: Esquema de la aplicación del Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun”

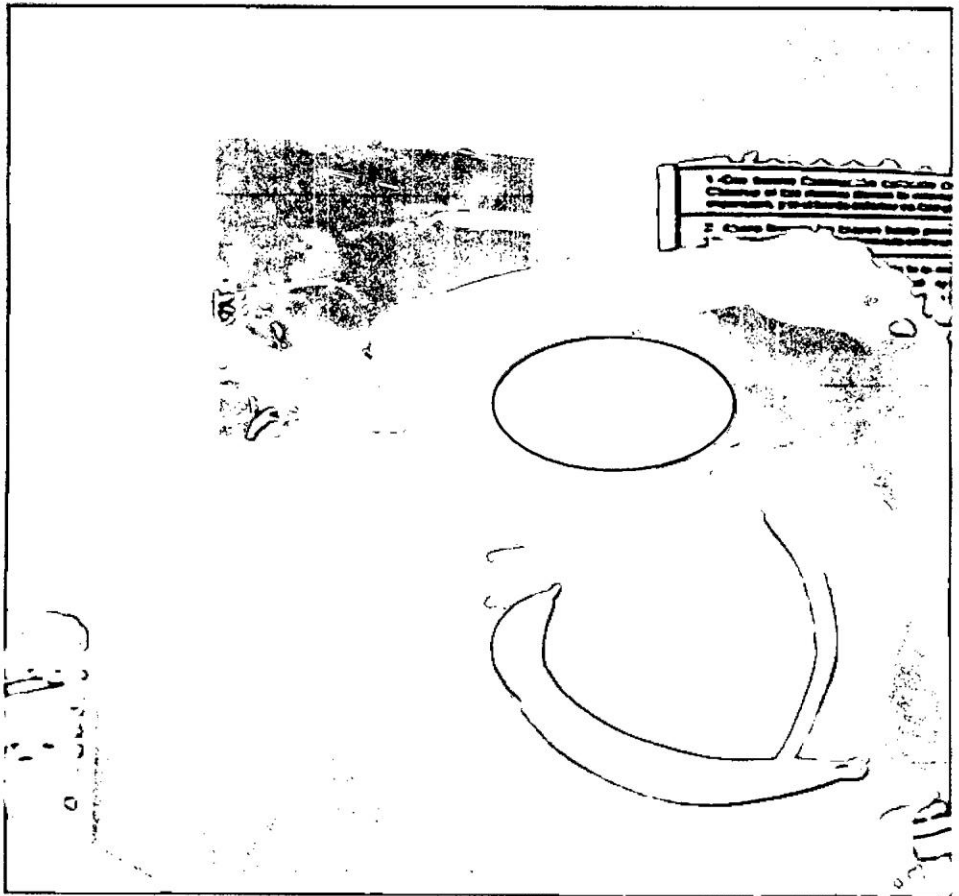
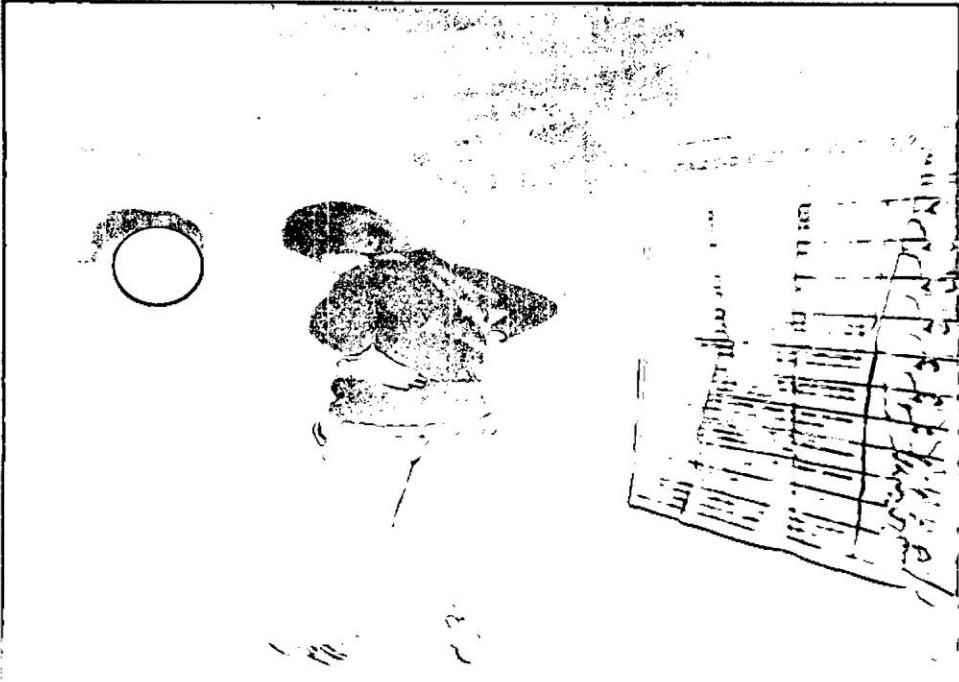
<p align="center">FASE ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR “KUYAYLLAPAQ YACHASUN</p>	<p align="center">APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR “KUYAYLLAPAQ YACHASUN”</p>	<p align="center">FASE DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR “KUYAYLLAPAQ YACHASUN</p>
<p align="center">50 unidades familiares</p> 		<p align="center">50 unidades familiares</p> 
<p align="center">PRETEST</p> <p>Evaluación del nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama para la detección temprana del cáncer de mama.</p>	<p align="center">DEMOSTRACIÓN Y REDEMOSTRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA</p>	<p align="center">POSTEST</p> <p>Evaluación del nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama para la detección temprana del cáncer de mama.</p>

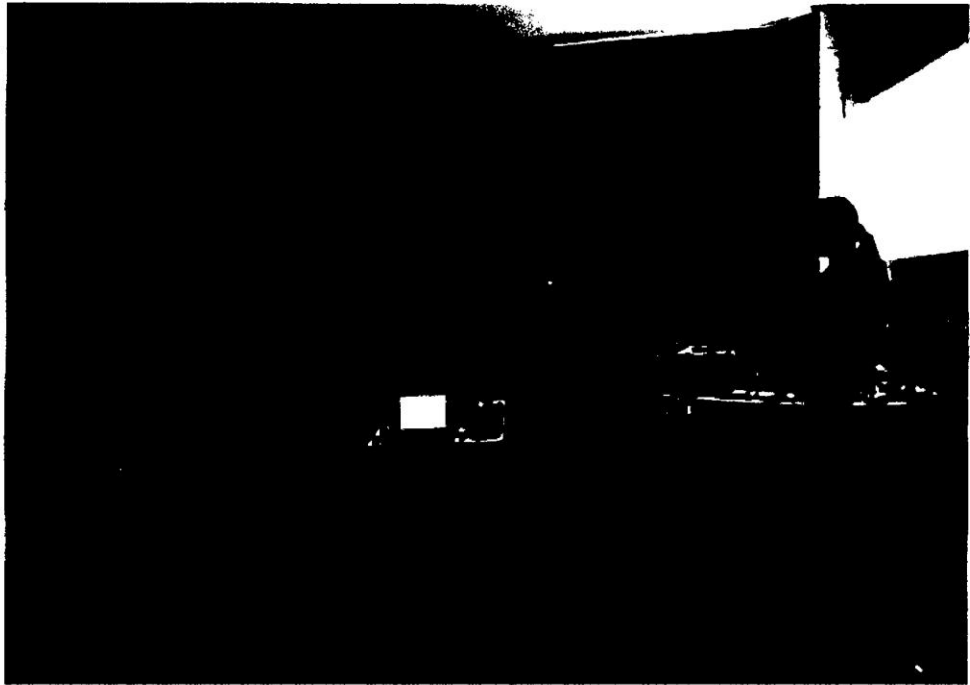
Anexo N.º 6. Evidencias fotográficas

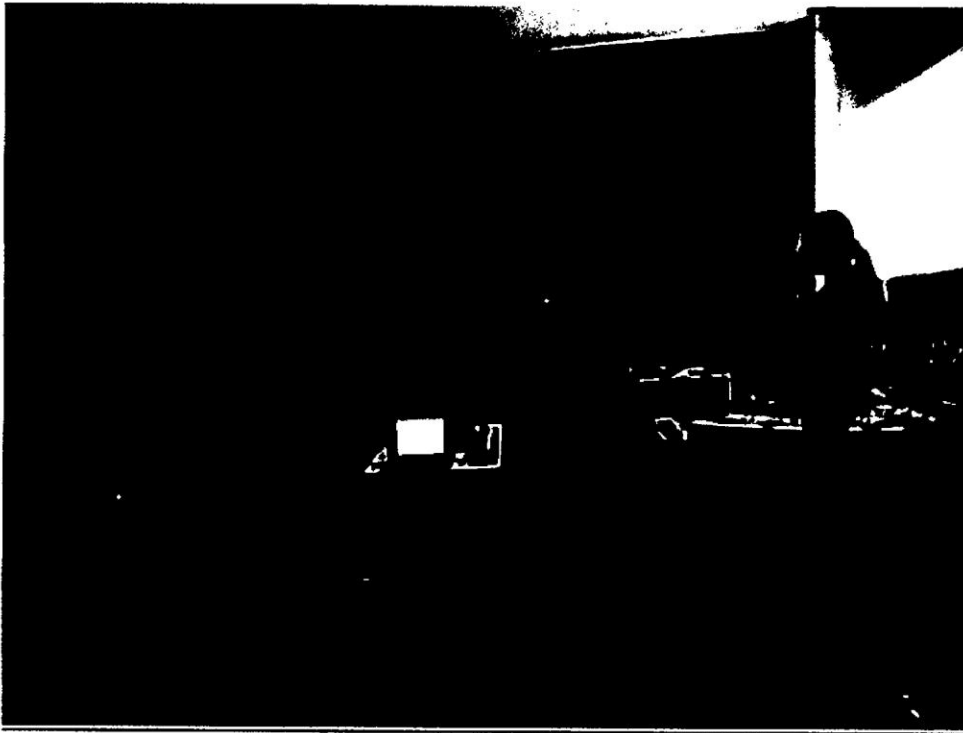


Presentación de Programa Familiar “Kuyayllapaq Yachasun” y primera evaluación











APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAR "KUYAYLLAPAQ YACHASUN" Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN EL AAHH DURAZNOPATA, HUANTA-AYACUCHO, 2015

Bach. Bertha Luz Curi Carhuamaca
Bach. Nory Rivas Huaman

RESUMEN

Objetivo general: determinar la influencia del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Los **métodos** fueron: investigación cuantitativa, cuasiexperimental, aplicativa, de corte longitudinal. La muestra estuvo representada por mujeres mayores de 18 años de edad que pertenecen a 50 familias del AA HH Duraznopata, Huanta, seleccionadas de forma no probabilística intencional. Las **técnicas** fueron: encuesta y observación, los **instrumentos** empleados fueron: cuestionario y ficha técnica de observación. En el **procesamiento de datos**, se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon, con un 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Los **resultados** muestran que, del 100% de las mujeres en estudio, de acuerdo al estadígrafo del Wilcoxon, el nivel de significancia asintótica es 0,000, menor a nivel de grado de confianza (0,05); es influyente la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en la detección temprana de cáncer de mama ($Z_c = 3,015 > Z_t = 1,64$); en **conclusión**, el Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" fue efectivo. **Palabras clave:** Programa familiar y la autoexploración y detección precoz del cáncer de mama.

IMPLEMENTATION OF FAMILY PROGRAM "KUYAYLLAPAQ YACHASUN" AND ITS INFLUENCE ON THE LEVEL OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN THE AAHH DURAZNOPATA, HUANTA-AYACUCHO, 2015

Bach. Bertha Luz Curi Carhuamaca
Bach. Nory Rivas Huaman

ABSTRACT

Objective general: determine the influence of the Family Program "Kuyayllapaq Yachasun" in the level of knowledge and practice of early detection of breast cancer in AA HH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. The **methods** were: quantitative research, quasi experimental, applicative, longitudinal cutting. The **sample** was represented by women over 18 years of age belonging to 50 families of AA HH Duraznopata, Huanta, selected from non-probabilistic intentional way. The **technique** used: survey guidelines and the observation, the **instrument** used was the interview questionnaire, observation sheet. For **data processing**, statistical Wilcoxon test was used, with 95% reliability and significance of $P < 0.05$. The **results** show that 100% of women in the study, according to the Wilcoxon statistic, asymptotic significance level is 0.000, lower grade level of confidence (0.05); the application is influential Family Program "Kuyayllapaq Yachasun" in the early detection of breast ($Z_c = 3,015 > Z_t = 1,64$) cancer; In **conclusion**, the Family Program "Kuyayllapaq Yachasun" was effective. **KEY WORDS.** Family Program and self-examination and early detection of breast cancer.



I. INTRODUCCION: El presente estudio "Aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" y su influencia en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho-2015" surge debido a que hoy en día el cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, con elevadas tasas de morbimortalidad. En el Perú, entre todos los tipos de cáncer, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar, con más casos de muerte de acuerdo al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)⁽¹⁾. Los cambios demográficos, económicos y ambientales tienen repercusión en todos los aspectos de nuestra vida. La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) ha estimado que en el año 2002 hubieron 10.9 millones de casos nuevos de cáncer y 6.723.887 muertes por cáncer en todo el mundo.

Estas cifras representan un incremento de 22 % en la incidencia y mortalidad por cáncer en comparación con las cifras del año 1990. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de casos se elevará a 15 millones para el año 2020. Sin embargo, el informe también demostró que los modos de vida saludables, nivel de conocimiento bueno, actitudes positivas, prácticas de autoexploración de mamas adecuadas y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo⁽²⁾.

El cáncer de mama es una enfermedad cuya frecuencia aumenta con la edad; sin embargo, hay casos que evidencian que, en las mujeres jóvenes de 20 a 30 años, se presenta en el 5 al 7%, donde uno o dos de cada 20 mujeres lo adquieren en el transcurso de la vida. Sin lugar a dudas, es la neoplasia maligna que más temor produce en las mujeres, debido a su alta frecuencia y al impacto psicológico que implica padecer esta enfermedad, siendo esta fácil de prevenir.

El Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control de Cáncer en el Perú, conjuga tres métodos diagnósticos uno de ellos es el autoexamen de mama, el cual puede ser detectado con relativa facilidad, debido a la eficiencia; su índice de cura es alto, siempre que su diagnóstico se realice en estadios tempranos.

El diagnóstico precoz es una garantía importante del éxito en el tratamiento. La mujer presta una relevante contribución al realizarse el autoexamen de las mamas mensualmente, que hace más probable la detección de alteraciones. Empero, su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobre todo en países con escasos recursos económicos.

La mortalidad de cáncer de mama debe ser preocupación de toda mujer, sobre todo de los gestores de la salud, como es enfermería; partiendo del principio de la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, la educación en salud mediante actividades que involucren al autoexamen de mama, minimizan los diagnósticos en estadios avanzados.

Existen estudios a nivel internacional como el de Popayán, Colombia, que reflejan que los conocimientos sobre aspectos generales del cáncer de mama por parte de las pacientes que lo padecen son deficientes; el cáncer sigue siendo una enfermedad tabú, sinónimo de sufrimiento, dolor, desfiguración y muerte, que genera cambios en el estilo y calidad de vida haciendo que el proceso de adaptación sea lento y difícil⁽³⁾.

A nivel nacional, se han duplicado las muertes por cáncer registradas en el Ministerio de Salud (MINSU), de 16598 durante el año 2004 a 30832 durante el 2011⁽⁴⁾.

En el Perú, el cáncer de mama es considerado como el tipo de cáncer más frecuente en la mujer limeña y el segundo a nivel nacional, después del cáncer de cuello uterino. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el año 2000, se registraron 3155 casos de cáncer de mama y se proyecta que en el 2020 se incrementaría a 5643 casos⁽⁵⁾.

Actualmente, desde el 2006 al 2013, se registró un acumulado de 11340 casos de cáncer de mama. Solo en el 2013 se registraron 1278 casos de cáncer de mama, 50 en varones y 1228 en mujeres⁽⁴⁾.

En el departamento de Ayacucho, la distribución de casos de cáncer de mama según localización topográfica, de mayo a setiembre del 2013, fue de 6 casos, los cuales hacen el 1.4 %, según DIRESA-Ayacucho⁽⁶⁾. Sin embargo, la incidencia del cáncer de mama se viene incrementando progresivamente y es considerado como un grave problema en nuestro medio; por lo que algunas instituciones



de salud han establecido centros de prevención del cáncer de mama como una propuesta de programas de detección precoz.

El presente estudio busca concientizar a la mujer sobre la importancia del autoexamen de mama, por ser de mayor accesibilidad y que no acarrea costo alguno; promueve la detección temprana y la intervención oportuna a fin de reducir los impactos sanitarios negativos en las personas que los padecen y su círculo familiar.

Los establecimientos de primer nivel de atención en la Red de Salud Huanta implementan acciones de promoción y prevención de detección temprana del cáncer de mama, fundamentalmente en las mujeres en edad fértil; pero, por razones de existencia de recursos humanos limitados en los EE.SS., las estrategias de promoción y prevención no son implementadas de manera continua, descuidándose notablemente el trabajo en materia de prevención de problemas de salud, como es el caso del cáncer de mama; todo ello sumado a las características socioculturales, la accesibilidad geográfica y el acceso a los servicios de salud limitados por parte de las mujeres que viven en las zonas vulnerables, que hacen que se incremente el riesgo de su incidencia y prevalencia. Así mismo, es necesario mencionar que las estrategias de promoción y prevención que se implementan no tienen impacto en el cambio de actitudes y conductas saludables en las mujeres de este grupo social; por ello, es fundamental el diseño y aplicación de estrategias de promoción y prevención con un enfoque familiar, que influya en un cambio positivo referente a la detección y prevención del cáncer de mama.

El internado, que ha sido una experiencia del desenvolvimiento profesional, nos ha permitido ser testigos de las falencias y/o debilidades en cuanto a las estrategias metodológicas de las actividades preventivo-promocionales que se implementan en los servicios de salud; más aún cuando la prioridad está ceñida en la primera infancia y no en otros grupos etarios; también, el enfoque de intervención está centrado más en la parte individual y muy limitado en el enfoque familiar. Estos aspectos visibilizados nos han llevado a desarrollar la presente investigación. Para ello, se plantea el problema de investigación: ¿Cuál es la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015?

Nuestro objetivo general propuesto fue determinar la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en el nivel de práctica y conocimiento de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, los objetivos específicos fueron: primero, evaluar el nivel de conocimiento y práctica de autoexploración de mama antes de la aplicación del programa; segundo, aplicar el Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun"; tercero, evaluar el nivel de conocimiento y práctica de la técnica de autoexploración de mama después de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun"; cuarto, evaluar la efectividad del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun"; finalmente, determinar los factores que influyen en el Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun", como edad, estado civil, paridad, grado de instrucción.

Nuestras hipótesis de investigación planteadas fueron: La hipótesis alterna: Ha: La aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" es efectiva en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. La hipótesis nula fue: Ho: La aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" no es efectiva en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en el AA.HH Duraznopata, Huanta- Ayacucho, 2015.

II. MATERIALES Y METODOS: La investigación fue de tipo cuasi-experimental, de enfoque cuantitativo, de diseño longitudinal. El método de estudio descriptivo, aplicativo. La población estuvo conformada por 150 familias y la muestra por 50 mujeres que pertenecen al AAHH Duraznopata, Huanta. Por otro lado, el tipo de muestreo fue no probabilístico intencional; la técnica y los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: la encuesta, para medir el nivel de conocimiento, mediante el cuestionario; para medir la práctica de detección temprana, se ha empleado la observación, con su respectivo instrumento, la ficha técnica de observación.

Una vez obtenida la información, se creó una base de datos, para luego ser procesados con el paquete estadístico SPSS, versión 22, y el Microsoft Excel, que permitió la elaboración de las diferentes tablas de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico, se empleó el estadígrafo de la prueba de Wilcoxon para



determinar la influencia del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun".

	P. PARADA PRETEST		P. PARADA POSTEST	
	N	%	N	%
DEFICIENTE	48	96	21	42
ÓPTIMA	2	4	29	58
TOTAL	50	100	50	100

iii. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron: Del 100 % (50) de las mujeres encuestadas, el 62 % (31), antes de la aplicación del programa, tenían nivel de conocimiento "deficiente"; después de la aplicación, el 92 % (46) tiene el nivel de conocimiento "óptimo".

En la práctica de auto exploración de mama, en la técnica parada, antes de la aplicación, se obtiene que el 96 % (48) tiene un nivel de práctica "deficiente"; después de la aplicación, se obtiene que el 58 % (29) subió a un nivel "óptimo". A partir de ello, se concluye en que el Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" influye significativamente en el nivel de conocimiento y práctica de detección temprana del cáncer de mama en las mujeres del AAHH Duraznopata.

Tabla N.º 1. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

	CONOCIMIENTO PRETEST		CONOCIMIENTO POSTEST	
	N	%	N	%
DEFICIENTE	3	62	1	2
REGULAR	1	32	3	6
ÓPTIMO	3	6	46	92
Total	5	100	50	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

$Z_c = -3,15 > Z_t = 1,64; p > 0,05$

La tabla nos muestra que, en el pretest, el 62% de las madres tiene nivel de conocimiento "deficiente"; por otro lado, el 6% es calificado como "óptimo". Mientras, en el postest, el 92% desarrolló un nivel de conocimiento "óptimo"; solo el 2% fue calificado como "deficiente". A partir de ello, se deduce que el conocimiento de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 ha mejorado notablemente después de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun". Como puede apreciarse en la tabla, el nivel de conocimiento después no es igual al

nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa familiar aplicado.

Tabla N.º 2. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación aplicados a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

$Z_c = -2,507 > Z_t = 1,64$

Nos muestra que el 96% de madres, en el pretest, cultiva una práctica de autoexploración de mama "técnica parada", pero en sentido "deficiente"; por otro lado, las madres que desarrollan práctica de autoexploración de mama con la "técnica parada" es "óptima" solo en el 4%. Mientras, en el postest, el 42% cultiva una práctica de autoexploración de mama en la "técnica parada" en un nivel "deficiente"; incrementándose a un 58% a la calificación de "óptima" en las madres que desarrollan la práctica de autoexploración de mama mediante la "técnica parada". A partir de ello, se concluye en que la práctica parada de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 ha mejorado marcadamente después de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun".

Tabla N.º 3. Efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" en la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015

	P. ACOSTADA PRETEST		P. ACOSTADA POSTEST	
	N	%	N	%
DEFICIENTE	47	94	31	62
ÓPTIMA	3	6	19	38
Total	50	100	50	100

FUENTE: Datos del cuestionario y ficha técnica de observación aplicado a las familias del AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015.

$Z_c = -1,789 > Z = 1,64$

La tabla nos muestra que el 94% de las madres, en el pretest, desarrolla una práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" en sentido "deficiente"; lo que, en el postest, tiene una reducción a un 62%. Mientras, las madres que cultivan la práctica de autoexploración de mama mediante la "técnica acostada" en sentido "óptimo" en el pretest es del 6%; en el postest, se incrementa a un 38%. A partir de ello, se concluye en que la práctica de autoexploración



de mama mediante la "técnica acostada" de detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015 relativamente se ha mejorado.

IV. DISCUSIÓN: En la tabla N° 1, respecto al nivel de efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun", en el nivel de conocimiento de detección temprana de cáncer de mama, encontramos que, en el pretest, el 62 % de las mujeres tiene un nivel de conocimiento "deficiente"; mientras que, en el postest, este es de un 92 %, los resultados obtenidos en nuestra investigación tienen similitud con los hallazgos de Aquino (38.33 %) y Contreras y Col. sobre el nivel de conocimiento de cáncer de mama, donde las mujeres tienen conocimiento insuficiente; entendiéndose que el conocimiento es una actividad que permite el autocuidado de la persona, ya que permite orientar acciones hacia los cuidados sobre sí mismas, regulando factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su salud o bienestar.

En las tablas N° 2 y N° 3, evidenciamos la práctica de autoexploración de mama en las técnicas "parada y acostada" para la detección temprana de cáncer de mama en el AAHH Duraznopata, Huanta-Ayacucho, 2015. Del cual, el 96 % de madres, en el pretest, promueve una práctica de autoexploración en la técnica parada de modo "deficiente"; en el postest, el 58 % en modo "óptimo". Respecto a la autoexploración en la técnica acostada, el 94 % promueven la práctica de manera "deficiente" y el 6 %, "óptimo" en el pretest; en el postest, sufre una reducción al 62 % respecto a esta práctica. Sáenz y Col. (67 %) y Gonzales Castro (96 %), que no realizan la práctica adecuada de autoexploración de mamas. A todo esto, podemos decir, en el caso de mujeres jóvenes, que la enseñanza del autoexamen de mama y su práctica son una puerta hacia comportamientos de promoción de la salud respecto al cáncer de mama en etapas posteriores de la vida.

La difusión de información en materia de salud a través de los profesionales de esta área y en material impreso como la prensa contempla la orientación sobre el autoexamen de mama; volviéndose indispensable tanto para promover la detección precoz de cáncer de mama como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas encaminadas a la salud de la mujer. El autoexamen de mama es indispensable tanto para promover la detección

de la enfermedad en fase inicial como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas focalizadas al cuidado de la mujer.

V. CONCLUSIONES:

1. El 62% de mujeres tiene nivel de conocimiento "deficiente", el 96% práctica la autoexploración de mama "técnica parada" en modo "deficiente", el 94% práctica la autoexploración de mama "técnica acostada" de modo "deficiente" en el pretest; en el postest, observamos que el nivel de conocimiento ha mejorado a un 92%, la práctica de autoexploración de mama "técnica parada" a un 58% y la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" a un 38%. Lo cual afirma la hipótesis planteada, la efectividad de la aplicación del Programa Familiar "Kuyayllapaq Yachasun" para detección temprana del cáncer de mama es efectiva.
2. Evidenciamos que, en la práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" de detección temprana de cáncer de mama, el 94% de madres, en el pretest, manifiesta una práctica de autoexploración de mama "técnica acostada" en sentido "deficiente"; en el postest, hay una reducción al 62%.
3. Existe relación estadística significativa ($p < 0.05$) entre el conocimiento, practica de autoexploración de mama pretest y conocimiento y práctica de autoexploración de mama postest sobre detección temprana del cáncer de mama en las mujeres mayores de 20 años del AAHH Duraznopata, Huanta. De esta manera, se acepta la hipótesis alterna de la presente investigación.

VI. RECOMENDACIONES:

1. A los profesionales de salud, en especial de enfermería, deben promover, planear y ejecutar actividades preventivo-promocionales concientizando a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfocándose en aquellas enfermedades de creciente incidencia, como es el cáncer de mama; con el objetivo de mejorar el nivel de salud, inculcando hábitos y prácticas saludables en las mujeres.
2. Divulgar en la comunidad científica y en general estos resultados o parte de ellos; pues, es importante promover estilos de



vida saludables y la adquisición de conocimientos en relación para la prevención del cáncer de mama.

3. Desarrollar otras investigaciones en diferentes poblaciones, para que se valore el impacto del cambio del estilo de vida y el nivel de conocimiento en salud de las personas.
4. A la dirección del Hospital de Apoyo de Huanta, replantear los programas de capacitación orientados a desarrollar la capacidad de las mujeres de su jurisdicción, para realizarse un correcto autoexamen de mamas.
5. Realizar talleres mensuales y obligatorios sobre la técnica del autoexploración de mama para todas las comunidades, tanto urbanas como rurales, fortaleciendo la adquisición de conocimientos y prácticas acerca del autoexploración de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salazar M. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas En el Control del Cáncer en el Perú; Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(1):105-12. (INEN) Simposio: cáncer como problema de salud pública.
2. Berek Jhonatan, J. Ginecología de Novak. 13^{ava} Ed. Madrid, España Editorial: Mc Graw Hill; 2004. pág. 960-972.
3. Vivas Sanchez V, Torres Pedraza N, Esquerria Gonzales I, et al. Conocimiento actitud y práctica de prevención de cáncer de mama. Rev. Ciencia y Cuidado (Internet). 2012. (citado 10 octubre 2015). Vol. 9 núm. 2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114562.pdf>
4. Dirección General Epidemiología (MINSa). Análisis de la situación cáncer en el Perú; Noviembre, 2013. pág. 60- 66.
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Análisis De La Situación Del Cáncer En El Perú, 2013 [Sede Web]. Lima, Perú: Editor; [2010].

Disponible en: Dge.Gob.Pe/Portal/Docs/Asis_Cancer.Pdf

6. Yépez Ramirez D, Gabriela de la Rosa A, Guerrero Albarran C, et al. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres México 2012. Tesis Doctoral. Disponible en: revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?...autoexploracion-mamaria-c.
7. Hernández Saez, M. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. Tesis Doctoral. Camagüey, Cuba. Universidad de la Habana, 2009 [citado 5 jun 2013]. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552011000300007&script.
8. Carpio Hernández, J. y Jiménez Coronel J. Conocimiento del autoexamen mamario en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de Medicina Familiar número 73. 2012 [Tesis de especialidad]. Veracruz México. Instituto Mexicano Del Seguro Social .2014. Disponible en: http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS_Carpio.pdf
9. Gálvez, Rodríguez, Rodríguez. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. [Tesis de licenciatura]. Caracas, Venezuela. Universidad Bolivariana de Venezuela.2013. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/7/3>.
10. Rodríguez González J, Triana Torres A. y Mendoza Taño R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto la Cruz, Estado Anzoátegui, Venezuela. Revista Habanera de Ciencias Médicas. (Internet) 2012 (citado 18 setiembre 2014). vol. 11, núm. 5, 2012, pp. 673-683. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552021000300007&script.
11. Gonzales Castro, D. Autoexamen de mamas. [Tesis para optar grado de licenciatura].Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala Centro Universitario De Oriente Médico Y Cirujano; 2013.



- Disponble en: unori.edu.gt/Download/auto_examen_de_mama.pdf
12. Arroyo D. y Calizaya F. Conocimientos y práctica que tienen las mujeres en edad fértil sobre el autoexamen de mama en el barrio de Juan Pablo II de la provincia cercado de la ciudad de Tarija [tesis doctoral] Bolivia. 2008. Disponible en: tesis.unjbg.edu.pe:8080/.../57_2013_pacohuanaco_apaza_m_facs_en
 13. Bonilla C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de diciembre del 2007. Universidad Nacional autónoma de Nicaragua. Managua, 2008. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/Saenz_oa.pdf
 14. Romani, Gutiérrez, Ramos, et al. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: Prevalencia y factores sociodemográficos. Rev Inv. UNMSM. Perú 2009. 1-2 pp. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/109>
 15. Suasnabar Reyes, S. Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis: San Juan de Miraflores. Tesis para optar licenciatura. Lima Perú. Universidad Mayor de San Marcos, 2011. 9 pp. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1309/1/Suasnabar_rs.pdf
 16. Villacrés Vela, K y Alarcón Rozas, A. Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana mediante técnicas de autoexploración de mamas y mamografía. Sullana, Perú. Rev Med. Hered.2008. 10 pp. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=s1018.
 17. Sáenz Orellana, A y Sánchez Castro, 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 [tesis para optar grado de licenciatura].Lima, Perú. Universidad mayor de san marcos, 2010. 34pp. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/saenz_oa.pdf
 18. Ricse Asencios, J. Factores de Riesgo y Conocimiento sobre Prevención del Cáncer de Mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, Villa María del Triunfo. Tesis para optar licenciatura, Lima, Perú. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006.pp. 78pp. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/540/1/ricse_ai.pdf
 19. Jara Rojas, A y Peña Romero, S. Nivel de Conocimientos sobre Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama en usuarias de 19 a 49 años del centro de salud San Sebastián. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.64 pp.
 20. Aponte Salazar M, Mestanza Torres A, Velásquez Távara J, et al. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad lima-Perú. Rev Enferm. Herediana ,2010. Disponible en: www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/rev20125.2/.../conocimiento.pdf
 21. Aquino Farfán, L. y Callañaupa Rojas, D. Nivel de conocimiento del cáncer mamario y cervical en las mujeres de edad fértil-ciudad de Ayacucho (mayo-junio 1991). [Tesis para optar grado de licenciatura], Ayacucho, Perú. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 1991. 19 pp.
 22. Quispe Godoy, V. y Sulca Quispe, D. Grado de conocimiento sobre el cáncer y autoexamen de mamas en mujeres en edad fértil en el distrito de San Juan Bautista. [Tesis para optar grado de licenciatura]. Ayacucho, Perú. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2005. 15 pp.
 23. Aramburu Villalta, G y Luque Salcedo, J. Factores Influyentes en el conocimiento sobre cáncer de mamario en mujeres de 20 a 75 años que acuden a los consultorios externos del hospital de apoyo de Huanta. [Tesis para optar grado de licenciatura], Ayacucho Perú. Universidad nacional



- de san Cristóbal de Huamanga 2006.25 pp.
24. Juana V .El cáncer. Trabajo monográfico (Internet).2015 (Citado el 23 de agosto del 2015).
Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos12/cance/cance.shtml#ixzz3dZKO8lnV>
25. Jeff. Senos. Rev CCM (internet). 2016 (Citado el 15 de enero del 2016).
Disponible en:
<http://salud.ccm.net/faq/17705-senos-definicion>
26. Sopena. Diccionario enciclopédico ilustrado, editorial ramón Sopena, s.a. España 1999.tomo 1-5
27. Instituto Nacional De Salud Pública. Rev Med. (Internet).2015 (citado el 4 de setiembre del 2015).
Disponible en:
http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/icce_05.pdf
28. Villanueva, García, et al. Autoexploración de mamas. Rev Med. Nueva León (Internet). 2002 (citado el 15 de marzo del 2015).
Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/1919/1/1080084852.pdf>
29. Ignacio Grajales, A. Autocuidado en los estudiantes de enfermería en la prevención del cáncer de mama. 2010. Tesis de licenciatura. Mexico Universidad de la Sierra Sur.
Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18/18-332.php>
30. Merck de Manuel. Conocimiento de cáncer de mama en el área de ginecología del hospital regional de Ayacucho. Tesis de licenciatura. Ayacucho, Perú. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2005.
Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1143_dgsp275-6.pdf
31. Pinillos Luis, et al. Coalición Multisectorial "Perú contra el cáncer". Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnóstico Temprano del Cáncer de Mama a Nivel Nacional. Lima-Perú, 2008.p.17-21.
32. Paulina Z. Cáncer de mama. Rev Med. American Cancer Society (Internet).2014 (Citado el 13 de octubre).
Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
33. Breastcancer.org. Cáncer de mama. Rev Med (internet).2008 (citado el 22 de marzo 2016).
Disponible en: <http://www.elmundosalud/cancer/mama/cervix>.
34. Harrison. Manual de Medicina Interna. Madrid, Editorial Mc Graw Hill 2003 pág1104-1168 Norma.
35. Adam S, Peter H. Conocimiento común y científico. (Internet).2013. (citado el 20 de marzo del 2016).
Disponible en:
<https://prezi.com/o4bfwix7qfr-/conocimiento-comun-y-cientifico/>
36. Qmarqeva w. Los Tipos De Conocimiento (Internet).2008 (Citado El 20 De Marzo).
Disponible en:
Qmarqeva.Wordpress.Com/2008/07/08/Los-Tipos-De-Conocimiento/
37. Johann Hessen. Teoría del conocimiento Panamericana 1993 Santa fe de Bogotá Colombia. Pag120-124[citado 12 jul. 2012].
Disponible en:
http://html.rincondelvago.com/el-conocimiento_1.html.
38. Martínez M. y Moreno S. "Plan de actuación sanitaria frente a una emergencia sísmica: caso terremoto destructor en el área metropolitana de Granada de la Universidad de Granada departamento de medicina- España". Tesis. 2006.
Disponible en:
<http://hera.ugr.es/tesisugr/16433300.pdf>
39. Ramos J, Peláez V. Formulación del plan escolar de desastres y emergencias. Institución Educativa Murindó de la Universidad de Antioquia facultad nacional de salud pública. Medellín- Antioquia. 2009.
40. Fernández B. Material didácticos de apoyo para profesionales sanitarios de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid-España 2001.
41. Córdova J. proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo Facultad De Ciencias Médicas Manuel Fajardo. 2007.



42. Rosario C. Evaluación de la Atención de la Salud. Rev Méd. Hondureña - Vol. 62 -1994: pag. (26- 28).
Disponible en:
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf>.
43. Cuervo Rivera, E. Autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer mama^o Tesis para optar grado de maestría en ciencias de la salud, México 2013 pág. (61-62).
Disponible en:
<ri.uaq.mx/bitstream/123456789/604/1/RI000090.pdf>
44. Pacohuanaco Apaza, M. Conocimiento, actitud y su relación con la práctica del autoexamen de mama en adolescentes del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres. [Tesis para optar título de licenciada]. Tacna: 2012 pág. (116-117).
Disponible en:
[unjbg.edu.pe:8080/search order=DESC&rpp=10](http://unjbg.edu.pe:8080/search/order=DESC&rpp=10).