

Eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres del A.A.H.H. Tiwinza – Puente Piedra 2012.

Amaya - Nieto Sara Mercedes¹, Prado – Avendaño Karen Patricia^{1a},
Velásquez Carranza Doris Violeta^{2b}

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de cáncer de mama en mujeres entre 30-65 años de edad del Asentamiento Humano Tiwinza de Puente Piedra en el año 2012. **Diseño Metodológico:** tipo de estudio de diseño pre-experimental de intervención a un solo grupo, prospectivo. **Población y Muestra:** La población del grupo etáreo de 30 a 65 años fue de 285 mujeres. La muestra fue probabilística y estuvo constituida por 61 mujeres que cumplieron los criterios de selección. La recolección de datos se realizó aplicando un cuestionario diseñado por las autoras, que fueron previamente validado por expertos de la especialidad y prueba piloto. Los resultados fueron analizados aplicando la ‘t’ pareada. **Resultados:** el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa fue deficiente en un 82%; seguido del nivel regular con un 16,4%. Sin embargo, después de la intervención educativa el nivel que predominó fue muy bueno con un 47,6%; seguido del regular con 13,1%. No se presentaron mujeres con nivel deficiente de conocimientos. **Conclusiones:** la intervención educativa fue eficaz al lograr aumentar de forma significativa el nivel de conocimientos de todas las variables analizadas.

PALABRAS CLAVES: eficacia, intervención educativa, conocimiento, cáncer de mama.

Educational Intervention Efficacy in the level of knowledge about Breast Cancer in Tiwinsa-Puente Piedra Shanty Town Woman 2012.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of an educational intervention on the level of knowledge of breast cancer in women between 30-65 years of age created in Tiwinza, Puente Piedra in 2012. **Methods:** The research design was pre-experimental intervention to one group, prospective. The population at the age group of 30-65 years was 285 women. The sample consisted of probabilistic and 61 women who met the inclusion criteria. Data collection was conducted using a questionnaire designed by the authors, who were previously validated by experts in the field and pilot. The results were analyzed using the paired ‘t’. **Results:** The level of knowledge before the educational intervention was so poor with 82%; followed by the regular level with a 16, 4%. However, after the educational intervention the level that prevailed was very good with 47,6%, followed by a 13,1% regular level. These were no women with poor level of knowledge of breast cancer. **Conclusions:** The educational intervention was effective in achieving significantly increase the level of knowledge of all the variables analyzed.

KEYWORDS: effectiveness, educational intervention, awareness, breast cancer.

¹ Licenciada en enfermería

² Magister en Enfermería.

^a Clínica Arroyo, Lima – Perú, ^bDocente Asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

INTRODUCCIÓN

Actualmente en el mundo en que vivimos, el estrés, la alimentación y los procesos rápidos están modificando los estilos de vida; originando el aumento de las enfermedades no transmisibles, entre ellas el cáncer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la mortalidad por cáncer aumentará en un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población (1).

En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado. Más de la mitad de los casos de cáncer se registran ya en países en desarrollo. Es importante resaltar que dentro de las neoplasias más comunes que afectan a las mujeres se encuentran las de cuello uterino y las de mama (1).

A pesar de los grandes avances de la oncología, el cáncer de mama, en el ámbito mundial, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer, sin limitarse a afectar solamente a las sociedades occidentales industrializadas. El número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama cada año va en aumento entre los 35 y los 54 años. Por lo que en nuestros días el cáncer constituye un serio problema de salud para la humanidad debido a las altas tasas de incidencias y mortalidad (2).

El cáncer es la segunda causa de muerte en América Latina y el de mama es el tumor que más vidas se cobra entre las mujeres latinoamericanas, según cifras de la Organización Panamericana de Salud (OPS). El cáncer de mama está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas. Según el Ministerio de Salud, 3.500 nuevos casos de cáncer de mama son detectados cada año en el Perú, de los cuales casi el 40% son diagnosticados en fases ya avanzadas (3).

El cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario, existen dos tipos principales: El carcinoma ductal comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos que producen leche.

Los factores de riesgo no modificables, son aquellas circunstancias que aumentan las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer y que no pueden ser cambiadas y se considera a la edad, como el riesgo de padecer cáncer de mama aumentando a medida que la persona envejece. La gran mayoría de casos de cáncer de mama avanzado lo padecen mujeres de más de 50 años, aunque también puede afectar a hombres, pero en menor medida, de hecho, las mujeres tienen 100 veces más probabilidad de desarrollar esta patología que los hombres, mujeres que han iniciado su ciclo menstrual tempranamente (12 años) tienen un mayor riesgo de padecer cáncer; al igual que aquellas que llegan a la menopausia tardíamente (55 años).

Hace algunos años surgió la primera evidencia científica de que los genes causantes del cáncer de mama son BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN/MMAC1. El gen BRCA1 descubierto en el año 1990 es un gen supresor tumoral implicado en el 45% de los casos de cáncer de mama familiar, y el 90% de los hereditarios. El gen BRCA2 está implicado en el 35% de los cánceres familiares de mama esto puede atribuirse a similitudes genéticas y ambientales entre los miembros de la familia. Existen riesgos modificables que aumentan la probabilidad de que padezca una enfermedad como el cáncer, pero que pueden ser cambiadas.

El consumo de alcohol diario de 15 o más gramos de alcohol incrementa el riesgo en aproximadamente en un 50% en comparación con las no bebedoras, esto es debido al incremento plasmático inducido por el estradiol.

La actividad física en la adolescencia reduce el riesgo de cáncer de mama, parece ser que este efecto está mediado por la acción de las hormonas, puesto que la actividad física retrasa el inicio de la menarquía y disminuye el número de ciclos menstruales ovulatorios, la lactancia retarda el estrógeno, induce cambios celulares en el tejido mamario y quizás contribuya a la expulsión mecánica de posibles carcinógenos, como los organoclorados (4).

El incremento del consumo de frutas, fibra, verduras (carotenos) y de aceite de oliva reduce el riesgo de cáncer de mama.

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la incidencia del cáncer de mama ha aumentado, sobre todo en mujeres que se encuentran alrededor de los 50 años; a los 60 el riesgo es más elevado y resulta muy poco frecuente por debajo de los 35 años, aunque también es posible (5).

La falta de una cultura de prevención y la carencia de establecimientos especializados para detectar el problema en muchas zonas alejadas del país contribuyen con este panorama epidemiológico. El cáncer de mama es prevenible, pero lamentablemente se diagnostica cuando la enfermedad está avanzada (6).

La eficacia en el sector salud hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Respondería a la cuestión sobre cuál es la capacidad esperada de un curso o acción sanitaria (bajo condiciones de uso y de aplicación ideal) para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo (7).

Esto solo se logra mediante la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son las armas fundamentales para el control del cáncer. La promoción a través de la educación para la salud y el fomento de estilos de vida saludables, incide sobre los factores determinantes de la salud anticipándose a la aparición de riesgos de exposición a carcinógenos en la población (8).

Actualmente, se observa que las mujeres peruanas adaptan cada día costumbres propias de los países en desarrollo que influyen en su hábito, entre ellos el uso indiscriminado de hormonas y anticonceptivos (aumento de estrógenos), una dieta desordenada (grasas), la decisión de retrasar el primer embarazo, entre otros; todo esto influye en la incidencia del cáncer de mama. Por ello se debe realizar el autoexamen de mama y acudir al médico por lo menos una vez al año para realizar un chequeo general que incluya mamografía anual pasado los 40 años (9).

Se debe orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el auto cuidado de su salud, la importancia de valorar, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover estilos de vida sanos. La prevención se debe realizar por los sectores públicos, social y privado, a través de los medios de comunicación grupal e interpersonal. La prevención secundaria del cáncer de mama se debe efectuar mediante el autoexamen, el examen clínico y la mamografía (10). La prevención primaria del cáncer de mama se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en una fase temprana mejora las perspectivas para una supervi-

vencia a largo plazo, constituyendo el tiempo de demora en el diagnóstico un factor pronóstico. Se incluye el autoexamen de mama y la mamografía, esta última considerada como la intervención más eficaz para la detección temprana, con impacto en la reducción de la mortalidad. Sin embargo, para que sea completamente efectiva es necesario ampliar su cobertura, instrumentar mecanismos para el seguimiento de las mujeres con estudio anormal y fortalecer el sistema de información que evalúa todo el proceso (11).

El autoexamen mamario permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio, el mejor momento para hacerlo es una semana después de terminada la menstruación, cuando las mamas no están sensibles ni inflamadas. En la menopausia, el primer día de cada mes. La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea más adecuado.

A algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, a otras, pueden preferir hacerla al acostarse. La manera más adecuada, para observar los cambios en las mamas, es situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Tendrá que observar la simetría de las mamas, el aspecto de la piel, el perfil, etc. El aspecto no debe recordar la piel de naranja. Los pezones y areolas no deben estar retraídos o hundidos, una vez hecho lo anterior, tiene que repetir la operación pero con los brazos elevados sobre el cuello. Los senos deberán elevarse de la misma manera y, en esa posición, comprobar que no hay ningún bulto. Se debe utilizar la mano contraria a la mama que va a palparse (10).

Por lo tanto, se debe reflexionar sobre qué se debe hacer para obtener un compromiso permanente de los profesionales de salud para diseñar e implementar estrategias sanitarias. No se puede olvidar que las intervenciones de educación y concientización oportuna, dirigidas a nivel individual, familiar y grupal, logran la persuasión hacia cambios de comportamientos saludables, al fomento del auto cuidado y por ende a la prevención de la enfermedad (10). Es por ello que el estudio validará una intervención educativa, midiendo su eficacia en el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de diseño pre-experimental de intervención a un solo grupo, prospectivo, se midió en el mismo grupo

poblacional antes y después de la intervención (13). La investigación se realizó en el A.A.H.H "Tiwinza" – Zapallal, distrito de Puente Piedra, provincia y departamento de Lima - 2012. Dentro del grupo de estudio las mujeres que se encontraron en el rango de edad del proyecto lo constituyeron 285 según empadronamiento del A.A.H.H Tiwinza. Se consideró como criterios de inclusión a mujeres que acepten voluntariamente participar en la investigación y firmen el consentimiento informado y como criterio de exclusión a mujeres que hayan presentado patología mamaria.

El Asentamiento Humano Tiwinza consta de 27 manzanas, el cual por el método aleatorio simple se sortearon de la manzana A a la Z para obtener, 11 manzanas, seleccionando 6 lotes por manzana basado en la hoja de empadronamiento de cada vivienda, al identificar a una mujer que cumple con los criterios de inclusión fue entrevistada, procediendo a llenar la hoja de datos de identificación.

Para la recolección de datos se aplicó como técnica la encuesta. Se empleó un cuestionario estructurado, elaborado por las investigadoras, estuvo conformado por 15 preguntas con un valor de 1.33 puntos a cada respuesta correcta y el valor de 0 a la respuesta incorrecta.

Para determinar los niveles de conocimientos se aplicó la escala vigesimal (anexo nº 1). Se agruparon los puntajes obtenidos del pre-test y pos-test en cuatro niveles: conocimiento muy bueno 18–20; conocimiento bueno; 14–17; conocimiento regular: 11-13; conocimiento deficiente: 0 – 10.

La validez del instrumento sobre nivel de conocimientos de cáncer de mama fue realizado por 10 expertos de la especialidad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que hicieron algunas observaciones que se tomaron en cuenta para mejorar la calidad del instrumento. Para medir la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto en 20 mujeres con el alfa de Crombach y la prueba estadística 't' Student con una significancia de $p < 0,00$ altamente significativo. Por lo tanto el instrumento es confiable y significativo.

Para realizar la recolección de datos se realizaron los siguientes pasos:

- Se coordinó con el Presidente del AA.HH Tiwinza para organizar la intervención educativa, aplicación pre y post-test.
- Se invitó una semana antes, a través de volantes, perifoneo, a cada mujer seleccionada para el estudio.
- Antes de aplicar los instrumentos se entregó la hoja informativa y el consentimiento informado a cada

mujer que participó en el estudio.

- Se procedió al llenado de la hoja de datos personales (anexo nº4); luego se procedió a la aplicación del pre-test en dos grupos conformados por 30 personas.
- Posteriormente se realizó la intervención educativa "Prevención del cáncer de mama".
- Como medio de ayuda se entregó un tríptico sobre prevención de cáncer de mama, proporcionado por el INEN.
- Después de 15 días de la intervención educativa, se aplica el pos-test, en dos grupos conformados por 30 personas en diferentes horarios.

Los datos fueron introducidos en una base de datos en el programa Excel. Versión 2010. Para el análisis estadístico se procesaron los datos a través del programa estadístico SPSS versión 19 y se aplicó la 't' Student para determinar la significancia estadística y el análisis perceptual.

RESULTADOS

TABLA 1. Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer de mama antes y después de la intervención educativa en mujeres de 30-65 años Asentamiento Humano "Tiwinza" Puente Piedra, diciembre 2012.

Según escala vigesimal.

NIVEL	PUNTAJE	PRE TEST		POST TEST	
		N°	%	N°	%
Muy Bueno	18 – 20	0	0	29	47,6
Bueno	14 – 17	1	1,6	24	39,3
Regular	11 – 13	10	16,4	8	13,1
Deficiente	0 – 10	50	82	0	0
TOTAL		61	100,0	61	100,0

Tabla 1, se evidencia como cambian los resultados del nivel deficiente de 82% a 0%. Con relación al nivel muy bueno en el pre-test de un 0% incrementa a un 47,6% después de la intervención educativa.

DISCUSIÓN

Considerando que desde el año 1986 en que se firma la carta de Ottawa y se afirma que "La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios

e información para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, frente a este desconocimiento de las mujeres, no se podría llevar a cabo dicho lineamiento que sigue siendo vigente porque busca de esta manera se busca contribuir con la disminución de la incidencia del cáncer de mama en nuestro país.

De los datos antes expuestos podemos observar que un 82% (tabla 1) presenta un conocimiento deficiente sobre cáncer de mama; es decir, manejan información incompleta e inexacta sobre éstos aspectos básicos, un 16,4 % de las mujeres presento un nivel de conocimiento regular; evidenciándose así un pobre contenido de información acerca del tema.

Se debe enfatizar que la falta de educación en salud es un factor predisponente para que las mujeres de todas las edades puedan tener información exacta de lo que tienen que realizar para prevenir el cáncer de mama si se detecta a tiempo, apoyándose en esta información que solo un 1,6% presentan conocimiento bueno o están informados sobre su salud.

Según Carvalho (2006), en su estudio sobre conocimientos en mujeres acerca del autoexamen de mama y la detección precoz del cáncer concluye, que existe la necesidad de fortalecer los programas de salud dirigidas a la mujer, en lo que se refiere al conocimiento de su cuerpo, principalmente el autoexamen de mama; y si debe crear condiciones para el re direccionamiento de una práctica profesional más humana en el sentido de la forma de enseñar y asistir a la mujer (15).

En cuanto a conocimientos sobre la edad más frecuente que se presenta el cáncer de mama los resultados mostraron que un 44,3% consideran que la enfermedad se presenta entre 30 a 70 años, y un 55.7% consideran otras edades. En relación a la presencia de síntomas 41% de las mujeres refieren que el cáncer no presenta síntomas en su fase inicial, mientras que un 59% refieren que si presentan algún síntoma; por otro lado, a lo que se refiere relacionar algún síntoma solo el 13.1 % u 8 de las mujeres relacionan crecimiento de “bolitas en la mama”, cambio de color en la piel, salida de secreción por el pezón (no leche) son síntomas de cáncer.

Con respecto a los factores que se consideran que son de riesgo para desarrollar la enfermedad se considera : tener familiares directos con cáncer de mama, alimentación con exceso de grasa, fumar cigarrillos y/o estar en lugares de fumadores los resultados antes de la intervención educati-

va fue de 19.0% de mujeres entre 41 a 50 años, seguidas de mujeres entre 30 a 40 años con el 4.8% consideran todos como factores de riesgos, mientras que el 100.0% de las mujeres de 51 a 65 años respondieron incorrectamente.

Virella (16) en su estudio sobre conocimiento de factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen señala, que el conocimiento de las mujeres fue muy pobre, entre los factores de riesgos se encuentran los malos hábitos dietéticos en un 31.67%, los factores hormonales en un 21.66% y menos de un 15% consideran a los antecedentes familiares y personales, así como factores ambientales. El autoexamen de mama permite descubrir cualquier anomalía, pues la mujer estará familiarizada con sus mamas y podrá detectar cualquier cambio en su estructura. Observamos en las entrevistadas que solo un porcentaje mínimo 6.6% tienen conocimientos de algunas medidas que ayudan a detectar a tiempo el cáncer y señalan al autoexamen, la ecografía y la mamografía.

Otro indicador importante es la realización del autoexamen de mama (cuando una mujer se examina sus propias mamas), solo conocen el 21.3% de las entrevistadas. Cabe mencionar que confunden el término autoexamen de mama, donde indican quien lo realiza es el médico, la obstetra y la enfermera, y no ellas. La finalidad del autoexamen de mama es la realización de la técnica para descubrir cualquier anomalía, dando un resultado de 36.1% por las entrevistadas. Se puede evidenciar la carencia de conocimientos de estos términos para la prevención de la enfermedad.

Romani (17), en su estudio Autoexamen de mama en mujeres peruanas prevalencia y factores socio demográficos asociados, análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), el 42,4% de las mujeres en edad fértil entre 20 y 49 años, refirió conocer cómo se hace el autoexamen de mama; de estas un 81,7% refirió realizarse el autoexamen de mama, mientras que un 34,6% de las mujeres entre 20 y 49 años se realizó el autoexamen de mama.

Para la realización de la técnica de autoexamen de mama 17 mujeres conocían con precisión la manera correcta la técnica y lo realizaban paradas frente al espejo o en posición decúbito dorsal en la cama, observaban características de la piel y tamaño de ambas mamas, deslizando la yema de los tres dedos desde el pezón hasta la axila, siguiendo las agujas del reloj y está representado en un 27.9%.

Hernández (18), en su investigación realizada en 54 pacientes del Policlínico Docente Universitario Tula Aguilera, en la provincia Camagüey, en el año 2009, concluyó que las pacientes desconocían la técnica adecuada para realizar el autoexamen de mama, un 75,9 % reconoció que con la palpación se puede detectar fácilmente la presencia de masas o tumoraciones y un 62,9 % que la palpación de la mama puede ser de pie, sentada o acostada. Al ser aplicado el programa educativo, donde además, se precisó con detalles la técnica del autoexamen de mama se encontró que la totalidad de la muestra respondió de forma positiva en un 100 %.

Evidentemente, que hay una expresión común con un porcentaje alto de 86.9%, cuando a la entrevistada se le consultaba que haría si durante el autoexamen encontraría un bulto en la mama, obviamente la gran mayoría contesto que recurriría al médico para realizarse un examen minucioso.

Ante todo lo referido, con valores relativamente bajos, las opciones para mejorar en la prevención del cáncer de mama como, hacer ejercicios, controlar su peso, modificar su alimentación y realizar el autoexamen mamario cada mes y mamografía cada año, dieron a conocer un porcentaje bajo de las entrevistadas de 16.4%, valor que apoya al desconocimiento de otras preguntas esenciales a la prevención de cáncer a la mama.

En cuanto al conocimiento, después de la intervención educativa, se evidencia una clara diferencia invirtiéndose los porcentajes en cuanto al conocimiento nivel muy bueno de 0% se eleva a 47,6% después de la intervención. De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa cómo se invierten los resultados en forma favorable para las mujeres, es decir, antes de la intervención educativa, el nivel deficiente de 82%, se reduce a 0.0% después de la intervención educativa, lo que indica que en este nivel todas las pacientes captaron con claridad la información. Observamos también, como se incrementó el nivel de conocimiento bueno de 1,6% a 39,3%, indicando que después de la intervención se captó la información brindada. En relación al nivel muy bueno, antes el nivel del conocimiento era representado por un 0% incrementándose a 47,6% después de la intervención educativa.

Pardo (19), en su estudio sobre modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad concluyó que, antes de la intervención educativa existían 25 mujeres con conocimientos inadecuados sobre aspectos generales del

cáncer de mama lo que representó un 83,3 % de la población estudiada, luego de aplicado el programa educativo se obtuvo resultados positivos, pues la cifra descendió de forma considerable, al existir sólo una mujer con conocimientos inadecuados en un 3,3 % del total.

Finalmente estos resultados nos permiten tener una visión clara de la importancia de la intervención educativa lo que incremento de manera significativa el nivel de conocimientos del grupo de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo. Organización Mundial de la Salud. [internet]. 2008 [citado el 22 de Abr. 2009]; Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/>.
- 2.- Córdova A. Programa de acción: cáncer de mama. [internet]. México. 2012. [citado 30 Abr. 2010]; [44p.]; Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/23305611/PROGRAMA-CANCER-DE-MAMA>.
- 3.- Ministerio de Salud, INEN y OPS/OMS. Taller de Políticas de cáncer de mama. Perú. Nov. 2012.
- 4.- Cáncer de mama. Medline Plus [internet] EE.UU. [actualizado 15 Dic. 2011]; [citado 22 Nov. 2012]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>.
- 5.- Portillo Z. Incremento acelerado de cáncer de mama en Lima. [internet]. Perú 2010. [citado 31 de Octubre del 2011]. Disponible en: <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/cancerdeseno/Recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-importance-of-e-d>.
- 6.- Vallejos C. Cáncer mama mujer INEN. Perú. En prensa. N. P. 022-09; Mar. 2009.
- 7.- Lam R. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Instituto de Hematología e Inmunología [Internet]; Abr. 2008; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm.
- 8.- Pinillos L. y cols. Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer en el Perú. Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer; 2007.
- 9.- Aponte, M. Nivel de conocimientos sobre cáncer de mama y características socio demográficas en mujeres privadas de su libertad. [Tesis para Lic. en Enf.]. Lima: Facultad de enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
- 10.- Coalición Perú contra el cáncer, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma técnico oncológico para la prevención, detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama a nivel nacional. Perú Jun. 2008. N°205-2008-OAJ-INEN.
- 11.- Piñango D. Daniel, Julio F. Claudio. Intervención educativa para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. [monografía en internet]. Bolivia. Programa Nacional de Formación del Médico Integral Comunitario; Dic. 2010. [citado Mar.

- 2011]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2657/1/Intervencion-educativa-para-el-diagnostico-precoz-del-cancer-de-mama.html>.
- 12.- Diseño curricular nacional de educación básica regular. Ministerio de Educación. Perú. Reg. Ministerial 0440-2008-ED. Dic. 2008; 55(1):484.
- 13.- Supo C. Tipos de investigación. Sociedad Peruana de Bioestadística. [internet] Perú. [citado: 10 Oct. 2012]. Disponible en: <http://bioestadistico.com/tipos-de-investigacion>
- 14.- Machín D., Campbell MJ, Fayers PM, Pinol APY., Sample size tables for clinical studies. 2° ed. Blackwell Science Ltd. 1997.
- 15-16.- Carvalho F. Práctica del auto examen de mama por usuarias del sistema único de salud de Cearal. Rev. Cubana Enf. 2006; 23(3):8-11.
- 17.- Virella, M. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. Revista Médica Camagüey. 2010; 14(1): Ene.-Feb. 2010.
- 18.- Romani F. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores socio demográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Rev. Scielo Perú. Fac. Med. V72 n.1 lima ene/marzo. 2011.
- 19.- Hernández S. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mama de Camagüey. [Internet]. Rev. Cubana Enfermería. 2011. [Citado Ago. 2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552011000300007&script=sci_arttext.
- 20.- Pardo S., Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo. [Internet]. Cuba. Mar. 2010. Vol. 15 N°1. [Citado Dic. 2010]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_1_11/san13111.htm.

Correspondencia:

Velásquez Carranza, Doris Violeta
Correo electrónico: Doris.velasquez@upch.pe

Fecha de Recepción: 10 de Octubre del 2015.

Fecha de aceptación: 14 de Octubre del 2015.