



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE
MAMA COMO DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN
MUJERES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD, CALLAO – 2025

LEVEL OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF BREAST
SELF- EXAMINATION AS AN EARLY DIAGNOSIS OF BREAST CANCER
IN WOMEN WHO ATTEND A HEALTH CENTER, CALLAO – 2025

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA

AUTORES

ESTEFHANY LEIDY CCEPAYA CORONADO

LINDA PAMELA LAGOS LUJAN

ASESOR

YESSSENIA MILAGROS ESCATE RUIZ

LIMA - PERÚ

2026

JURADO

PRESIDENTE: DRA. IVONNE ELIZABETH JARA ROMERO

VOCAL: DRA. AURORA MARLENE GIRALDO GIRALDO

SECRETARIO: MG. JULIA RAQUEL MELENDEZ DE LA CRUZ

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 19 DE MAYO DE 2026

CALIFICACIÓN: APROBADO

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MG. YESSENIA MILAGROS ESCATE RUIZ

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-6037-4739

DEDICATORIA

A Dios, por haber sido mi fuente de inspiración con cada palabra escrita, quien me levantó a pesar de haber quedado sin fuerzas, por haber sido mi pronto auxilio en momentos de agonía y debilidad. A mis padres, Edgar Ccepaya Rivera y Nancy Coronado Córdova por darme soporte emocional en el proceso universitario. A mis hermanos menores, Elizabeth Ccepaya Coronado, Priscila Ccepaya Coronado y Josué Ccepaya Coronado, porque son el motivo de que siga avanzando en mi carrera profesional.

Estefhany Leidy Ccepaya Coronado

A Dios por darme la vida, por protegerme, por darme inteligencia, por guiar mis pasos, por estar conmigo en los procesos difíciles en mi vida universitaria, mi sustento de vida y mi todo; además, a mi madre Lidia Lujan Navarro y a mi padre Erasmo Lagos Pérez por brindarme su apoyo incondicional en los momentos difíciles, por alentarme que siga adelante en medio de las dificultades y sus oraciones, a mi hermana menor Yoselin Lagos Lujan, por darme alegría en medio de mi preocupación y estrés.

Linda Pamela Lagos Lujan

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por darnos la vida, salud y sabiduría necesarias para culminar esta etapa. A nuestra alma mater la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por brindarnos una formación de calidad y ser parte de nuestro crecimiento profesional y personal.

De igual manera agradecemos a nuestra asesora la Mg. Yessenia Milagros Escate Ruiz por su valiosa orientación, paciencia y compromiso constante durante el desarrollo de la tesis y al Centro de Salud Néstor Gambetta Alta por brindarnos el espacio y la oportunidad de desarrollar esta investigación en un entorno profesional y acogedor.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación será autofinanciado por los autores.

DECLARACIÓN Y CONFLICTO DE INTERÉS

Esta investigación es original, no está vinculada con ningún otro trabajo. Como investigadoras declaramos que no existe conflicto de intereses financieros, personales ni institucionales que afecte el presente trabajo de investigación.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CCEPAYA CORONADO ESTEFHANY LEIDY
2.	LAGOS LUJAN LINDA PAMELA

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**, autores del trabajo titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA COMO DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD, CALLAO - 2025** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ESCATÉ RUIZ YESSÉNIA MILAGROS	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **17%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3600906264**; fecha de entrega: **24-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 24 de junio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 47340482
ORCID: 0000-0002-6037-4739



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	23
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	24
IV.	RESULTADOS	40
V.	DISCUSIÓN	44
VI.	CONCLUSIONES	58
VII.	RECOMENDACIONES	60
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
IX.	TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	70
	ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de mama constituye una de las principales causas de mortalidad a las mujeres. En el Perú, representa una de las neoplasias más frecuentes, evidenciándose en Lima y en la Provincia Constitucional del Callao una alta proporción de diagnósticos en estadios avanzados, lo que refleja limitaciones en la detección temprana y en el acceso oportuno a servicios de salud preventivos. La problemática puede explicarse en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, en la cual alienta la capacidad de las mujeres para ejecutar conductas preventivas.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao-2025. **Métodos y Materiales:** Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo-correlacional y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 169 mujeres entre 20 y 65 años. Se utilizaron dos instrumentos validados y confiables para medir las variables conocimiento y práctica. **Resultados:** Se encontró que el 48,5 % de las participantes presentó un nivel de conocimiento bajo sobre el autoexamen de mama, mientras que 68,64 % evidenció una práctica inadecuada, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,6803 con un valor de significancia $p=0,000$, lo que indica una relación positiva, directa y estadísticamente significativa entre ambas variables. **Conclusión:** Se concluye que el nivel de conocimiento influye significativamente en la práctica del autoexamen de mama, resaltando la necesidad de fortalecer la educación en salud para promover conductas preventivas eficaces y sostenibles.

Palabras claves: Conocimiento, práctica, autoexamen de mama (DeCS).

ABSTRACT

Background: Breast cancer is one of the leading causes of death among women. In Peru, it is one of the most frequent neoplasms, with a high proportion of diagnoses occurring at advanced stages in Lima and the Constitutional Province of Callao. This reflects limitations in early detection and timely access to preventive health services. The problem can be explained by Dorothea Orem's Self-Care Theory, which encourages women's ability to perform preventive behaviors.

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and practice of breast self-examination as an early diagnostic tool for breast cancer in women attending a health center in Callao, 2025.

Methods and Materials: This was a quantitative, non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional study. The sample consisted of 169 women between 20 and 65 years of age. Two validated and reliable instruments were used to measure the variables of knowledge and practice.

Results: It was found that 48.5% of participants demonstrated a low level of knowledge about breast self-examination, while 68.64% showed inadequate practice, with a Spearman's rank correlation coefficient of 0.6803 and a significance level of $p = 0.000$, indicating a positive, direct, and statistically significant relationship between the two variables.

Conclusion: It is concluded that the level of knowledge significantly influences the practice of breast self-examination, highlighting the need to strengthen health education to promote effective and sustainable preventive behaviors.

Keywords: Knowledge, practice, breast self-examination (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el cáncer de mama se ha sumado a las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial, ocasionando un impacto negativo, especialmente entre la población femenina. En este sentido, el conocimiento en torno al diagnóstico precoz por medio de la autoexploración mamaria es clave para detectar tempranamente esta neoplasia (1). Se entiende por conocimiento a la facultad cognitiva de comprender, interpretar y reconocer los posibles riesgos asociados a la enfermedad de forma anticipada (2). Además, se define por práctica el conjunto de acciones y procedimientos que derivan del conocimiento previo, el cual permite la aplicación correcta de la técnica de autoexploración mamaria (3).

La autoexploración mamaria constituye un procedimiento sencillo y práctico que permite la identificación temprana de esta neoplasia, mediante la inspección visual y la palpación, con el fin de detectar posibles alteraciones como masas, protuberancias o hundimientos. Su utilidad radica en que constituye una medida preventiva y de diagnóstico precoz, contribuyendo a una intervención oportuna y eficaz (4). Sin embargo, a pesar de su importancia, muchas mujeres no la realizan de manera adecuada ni con la frecuencia recomendada, principalmente por desconocimiento en la técnica, situación que limita la detección temprana de la enfermedad y favorece diagnósticos en estadios avanzados, incrementando el riesgo de complicaciones.

En el contexto internacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta cifras preocupantes, con 210 mil casos nuevos y muertes anuales, proyectándose un incremento significativo (5). Según la Coalición Nacional contra

el Cáncer de Mama (NBCC), en el año 2024, los Estados Unidos presentó 310 720 nuevos casos de cáncer mamario en mujeres. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2022, se identificaron 2,3 millones de casos de cáncer de mama y se registraron 670 000 muertes (6). De la misma forma, en el año 2020, fallecieron 685 000 mujeres con este problema y se afirma que es la segunda causa principal de defunciones, muriendo una mujer cada 13 minutos (7).

Frente a ello, se han implementado estrategias con el objetivo de disminuir la letalidad mundial y evitar la proyección de 2,5 millones de muertes, un 24% para el año 2030 y un 40% para el año 2040. Es por ello, que por medio de la promoción de 3 pilares fundamentales de la lucha contra el cáncer, como son: (i) la promoción y prevención de la salud, (ii) el diagnóstico precoz y (iii) el manejo integral de la enfermedad, se busca reforzar la educación, la concientización en la importancia de detectar los signos de alarma y del autoexamen mamario como estrategia (6).

En el caso del Perú, el carcinoma mamario ocupa el segundo lugar de prevalencia entre las patologías neoplásicas más frecuentes, originándose por la proliferación descontrolada de células anormales en el tejido mamario (8). Según datos del Ministerio de Salud (MINSA), durante el año 2021, se posicionó como una de las patologías oncológicas más predominantes, ocupando el segundo lugar de todas las neoplasias que afecta principalmente a mujeres mayores de 35 años. Así mismo, hay una estimación de incidencia, que, por cada 100 000 habitantes, 28 casos nuevos presentan esta patología, y son Lima y Callao, las zonas que presentan mayor incidencia de estos casos. A pesar de ello, el cáncer mamario tiene un 90 % de probabilidad de recuperación si es detectado en los primeros estadios (9).

Del mismo modo, el Ministerio de Salud anunció que en Perú hay alrededor de 7.797 casos nuevos de cáncer de mama cada año, lo que equivale aproximadamente a 21 mujeres diagnosticadas cada día. Además, 2024 fue un año de implementación a nivel nacional, con 57.633 mamografías realizadas frente a las 10.590 de 2023, lo que demuestra que el tamizaje ha aumentado; sin embargo, esta situación también refuerza la necesidad de implementar acciones integrales de prevención, educación en salud y detección temprana desde el primer nivel de atención (10).

En el marco nacional, el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de Mama en el Perú 2017-2021, aprobado por R.M. N° 442-2017/MINSA, es un documento técnico que cobra relevancia para orientar las estrategias preventivas contra esta neoplasia. El plan resalta la importancia de fortalecer el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la organización de servicios centrados en la mujer, incluido el del primer nivel de atención. Las acciones preventivas en este sentido comprenden la educación en salud, la sensibilización sobre los signos de alarma, la promoción del autocuidado, incluyendo el examen clínico de mama y la mamografía según la edad y el riesgo, junto con la referencia oportuna basada en hallazgos sospechosos. Así, el autoexamen de mama asume una gran importancia como práctica de conciencia corporal y alerta temprana, la cual debe definirse a través de estrategias educativas por parte de los profesionales de enfermería (8).

Según los reportes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), durante el año 2023 se registró en Lima 826 nuevos diagnósticos de esta neoplasia en mujeres, evidenciando la magnitud del problema en la región. Según grupo etario, entre los 15 a 29 años hubo 11 casos, de 30 a 49 años se presentaron 403

casos, desde los 50 hasta 64 años fueron 278 casos y mayores de 65 años con 134 casos. En Lima, en el año 2023, los casos nuevos se manifestaron según estadios clínicos, en el estadio I un 10,7 % de casos nuevos, en el estadio II un 22.6 %, en el estadio III un 33.33 % y en el estadio IV con 14.78 %. Es decir, el mayor porcentaje de las mujeres con este padecimiento se detectaron en una etapa avanzada a partir del estadio III (11).

A nivel local, en 2023, hubo 81 casos nuevos de esta neoplasia en la Provincia Constitucional del Callao, con la mayor cantidad de casos entre los 30 y 49 años, registrándose 34 diagnósticos. En un estudio similar, se observaron más casos de detección tardía mediante la estadificación clínica, con 33,33 % de los casos nuevos en estadio III, lo que implica que muchas mujeres solo obtienen el diagnóstico cuando la enfermedad ya está avanzada (11).

En lo que respecta al contexto del lugar de estudio, el Centro de Salud Néstor Gambetta Alta es un establecimiento de salud Categoría I-4 ubicado en la Provincia Constitucional del Callao, que atiende a mujeres entre 20 y 65 años en el servicio de medicina general; atiende a una población que presentan limitaciones en el acceso oportuno a servicios preventivos, así como escaso conocimiento sobre prácticas de detección precoz, donde esta situación condiciona una baja adopción de conductas preventivas y un inicio tardío del tamizaje (12).

En cuanto a las atenciones ($n=4155$) y al número de mujeres únicas atendidas ($n=1023$) en este servicio durante enero y febrero de 2025, se detectaron un 57 % de las pacientes en categorías BI-RADS 0, 3 y 4 asociadas a mayor sospecha de malignidad, mientras que el 43 % correspondió a BI-RADS 1 y 2, vinculadas a

hallazgos benignos o negativos (12). En relación con la distribución por edad, el grupo con mayor frecuencia fue de 45 a 49 años con un 28,1 %, seguido del grupo de 50 a 54 fue de 25,3 %, evidenciando una mayor concentración de casos en edades de mayor riesgo. En contrastes, el grupo de 40 a 44 años represento solo el 8,4 %, destacándose, además, que únicamente 12 de las 142 pacientes iniciaron su tamizaje en este rango etario, lo que sugiere un inicio tardío de las practicas preventivas (12).

Por otro lado, se identificaron brechas críticas en la continuidad de la atención, entre las pacientes con indicación de consejería solo 64,2 % acudió a la consejería a la consulta, mientras que el 34,8 % abandono el proceso, ya sea por no gestionar la cita o por inasistencia programada, lo que compromete la identificación oportuna y el abordaje adecuado de posibles casos de malignidad en la continuidad de la atención (12)

Estos datos revelaron que el carcinoma mamario es un problema existente en la ciudadanía a la que atiende este establecimiento; por ello, se requiere fortalecer las medidas preventivas desde el primer nivel de atención principalmente mediante educación en salud sobre el autoexamen de mama, ya que esto permite identificar las lesiones en su etapa temprana con hasta un 90 % de probabilidad de recuperación (9).

Frente a esta situación, el enfermero desempeña un rol crucial en la promoción de la salud y la prevención primaria, mediante acciones educativas, orienta a la ciudadanía sobre la importancia del autoexamen mamario, favoreciendo la identificación oportuna de anomalías, el fortalecimiento del autocuidado y la toma de conciencia respecto a la prevención del carcinoma mamario (13). Es así como,

en las prácticas pre profesionales y la observación de la realidad se constata que existen muchos factores que no permiten la detección anticipada y oportuna. Por ello, el escaso entendimiento de la autoevaluación mamaria ha conllevado a una inadecuada práctica entre la población femenina, siendo importante revertir esa situación, dado el bajo costo que representa esta técnica y la efectividad de esta.

En el marco de las prácticas preprofesionales en el servicio de oncología, la realidad observada resultó profundamente impactante, numerosas pacientes con carcinoma mamario acudían con diagnósticos en estadios avanzados, principalmente II y III, muchas de ellas llegando para recibir tratamiento de quimioterapia o para someterse a procedimientos quirúrgicos, evidenciando así el avance significativo de la enfermedad. Esta situación permitió dimensionar no solo la magnitud del problema, sino también las consecuencias de una detección tardía.

Al ser interrogadas, muchas de estas mujeres manifestaron no practicar el autoexamen de mama, no realizarse controles médicos periódicos y, en su mayoría, no haber recibido información clara ni oportuna sobre cómo llevar a cabo esta técnica. Incluso, algunas refirieron que, de haber contado con conocimientos sobre el autoexamen mamario y su importancia, probablemente habrían identificado alguna alteración a tiempo y acudido de manera más precoz a un establecimiento de salud (13).

De esta manera, se presentan investigaciones que respaldan la realización del

presente estudio, tanto internacionales como nacionales. A nivel internacional se tiene el estudio desarrollado por Borja et al. (14) en el año 2025 en el Ecuador, tuvo como objetivo analizar el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen mamario para identificar barreras y proponer estrategias educativas desde el rol de enfermería. Los resultados evidenciaron que el 72 % de las participantes tuvieron conocimiento bajo y en cuanto a la práctica el 65 % no lo practicaba de manera regular. Los investigadores determinaron que persiste una notable diferencia entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica del mismo, lo que evidencia una limitada cultura de autocuidado.

Seguidamente, la investigación de Fajardo (15). En el año 2024 en Colombia, tuvo como propósito analizar el nivel de conocimiento y las prácticas del autoexamen de mama como método de detección temprana del cáncer mamario. Los hallazgos mostraron que el 78 % de las participantes desconocían la forma adecuada de la técnica y que solo el 22 % demostró dominar correctamente todos sus pasos. Con relación a la práctica, el 79 % refirió realizarse el autoexamen, y el 21 % indicó no hacerlo. Se demuestra que la mayor parte de las mujeres llevan a cabo el autoexamen, pero con una deficiencia importante en el conocimiento sobre su correcta ejecución. Por tal motivo, el investigador enfatiza que la prevención debe constituir un eje fundamental en el diagnóstico precoz.

Asimismo, el estudio realizado por Jadhay (16). En el año 2024 en India, tuvo el objetivo de identificar cómo estos aspectos influyen en la realización de la autoexploración mamaria como acción preventiva. Se evidenció que el 58 % presentó conocimientos inadecuados, el 73,8 % actitudes desfavorables y el 89,6 %

prácticas deficientes. Asimismo, se encontró que la práctica estaba positivamente asociada con el conocimiento y actitudes. Los autores concluyen que la baja práctica es por la falta de información, y condicionantes culturales que limitan la autonomía femenina en la prevención. Por ello, recomiendan que las intervenciones incluyan programas educativos culturalmente sensibles que fortalezcan el autocuidado y derriben tabúes.

Por otro lado, según Hernández et al. (17). En el año 2023 en Colombia, se desarrolló un estudio de determinar el nivel de conocimiento y práctica con que aplica el autoexamen en mujeres de entre 20 y 49 años. Los resultados evidenciaron que, en los aspectos teóricos como la definición, el momento adecuado, la periodicidad y las posiciones recomendadas menos del 50 % de las participantes respondieron correctamente. En cuanto a la práctica, el 25,3 % manifestó realizarla, el 24,1 % indicó no hacerlo, y el 50,6 % expresó llevarla a cabo sólo ocasionalmente. En conclusión, existe una deficiencia notable en el conocimiento, pues más de la mitad de las mujeres desconocía elementos esenciales para identificar alteraciones de forma oportuna.

Por otro lado, según Asmare et al. (18). En el año 2022 en Etiopía, se investigó sobre el conocimiento, actitud y práctica hacia el autoexamen de mama y factores. El objetivo general de este estudio fue evaluar el conocimiento, la actitud y las prácticas del autoexamen de mama y los factores asociados entre las mujeres de la ciudad de Etiopía. Al ser encuestadas se obtuvieron resultados tales como el 44 % tenían conocimiento adecuado y el 56 % tenían conocimiento inadecuado. En cuanto a la práctica el 69% realizaron buena práctica y el 31 % hicieron mala

práctica. En este estudio se concluye con la obtención del mayor porcentaje de conocimientos inadecuados y un alto porcentaje de buenas prácticas de la exploración mamaria por lo que las fuentes de información eran la televisión, radio e intervenciones educativas por los profesionales de salud.

En la misma línea, Lara et al. (19). En el año 2021 en México realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen mamario y la práctica de 25 a 50 años de edad. Los datos revelaron que el 81,9 % de las participantes presentaba un conocimiento limitado sobre el procedimiento, solo el 0,1 % alcanzó un nivel elevado, y el 74 % manifestó actitudes poco favorables hacia su realización. Asimismo, apenas el 39,8 % lo efectuaba de forma correcta. En general, se identificó que la población femenina desconocía aspectos esenciales relacionados con esta patología y la manera adecuada de llevar a cabo la técnica de revisión personal.

De manera similar, Santiago et al. (20). En el año 2021 en Colombia desarrolló una investigación con el objetivo de determinar el conocimiento y la práctica del autoexamen de mama en mujeres trabajadoras de varios servicios. Los hallazgos evidenciaron que el 58,8 % de las participantes no conocía correctamente los pasos del procedimiento, mientras que el 41,2 % presentaba un conocimiento deficiente. En relación con la práctica, el 58,8 % no realizaba la autoexploración y el 41,2 % sí lo hacía. Los autores concluyeron que, a pesar de que una parte considerable de las mujeres poseía información adecuada sobre el tema, la mayoría no aplicaba ese conocimiento en su rutina, evidenciando una brecha entre el aprendizaje teórico y la acción preventiva.

A nivel nacional, se tiene el estudio de Zapata (20). En el año 2023 desarrolló una investigación en Lima, con el objetivo general de determinar el nivel de conocimiento y las prácticas del autoexamen de mama que realizan las estudiantes de enfermería de una universidad. Los resultados señalaron que el 64.5 % de las estudiantes de enfermería de segundo a quinto, tenían un conocimiento medio, un 28.9 % con un conocimiento alto y solo un 6.6 % con conocimiento bajo. Con respecto a la práctica, las estudiantes de segundo a quinto no practican el autoexamen un 47.4 %, el 34.2 % tienen una práctica inadecuada y sólo el 18.4 % tienen una práctica adecuada. Se llegó a concluir, que un porcentaje bajo de las participantes lograron un conocimiento medio con respecto a la autoexploración, pero en su mayoría no lo practicaban.

Por otro lado, en el trabajo de Alarcón et al. (22). En el año 2022 realizado en un centro de salud de Andahuaylas; cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen en madres. Como resultado, se evidenció que el mayor porcentaje, el 87 % obtuvieron un conocimiento regular y sobre la frecuencia de las prácticas de la autoexploración, el 95 % tenían prácticas adecuadas y solo el 5 % fueron inadecuadas. Se concluyó que el conocimiento influyó en la práctica, porque se pudo demostrar la existencia de una correlación significativa entre las dos variables, donde se evidencia que, al obtener un nivel alto en el conocimiento, las prácticas fueron aún más apropiadas.

De la misma manera, Sena (23). En el año 2022 presentó una investigación en mujeres de Casma, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama en mujeres. Los hallazgos evidenciaron que el 60 % de

las mujeres con conocimientos altos tenían una práctica adecuada, el 38,1 % con conocimiento medio tenían una práctica inadecuada y mientras que el 66,7 % de conocimiento bajo, no practicaban. Llegando a concluir que ambas variables de la investigación guardan una relación estadística significativa; por ello, es necesario gestionar estrategias de salud enfocadas en el autocuidado, enfatizando la autoexploración mamaria.

Asimismo, Benites et al. (24). En el año 2022 en un puesto de salud de Nuevo Chimbote, con el objetivo general de conocer la relación entre el conocimiento y práctica en la técnica de autoexamen; como resultados se evidenció que el 28,3 % tenían conocimiento bueno, 56,7 % conocimiento medio y 15 % conocimiento bajo. Con respecto a la práctica el 61,7 % tenían prácticas inadecuadas y el 38,3 % si tenían prácticas adecuadas. Se infiere que, las mujeres que obtuvieron un conocimiento malo sus prácticas fueron inadecuadas y los que presentaron un conocimiento bueno sus prácticas fueron adecuadas; de manera que, si existe una relación entre ambas variables sobre esta técnica, entonces es necesario educar y promover el autocuidado.

Del mismo modo, se muestra el estudio desarrollado por Justo (25). En el año 2021, quien desarrolló una investigación en un centro de salud de Santa María, Chincha. El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre el autoexamen. Los hallazgos obtenidos con respecto al nivel de conocimiento se evidenció el mayor porcentaje en el nivel medio (45,1%) y con respecto a la práctica se obtuvo que un 68,14% lo realizaba de forma inadecuado. Se llegó a concluir, que entre las variables del estudio no existía una relación significativa, por

lo que el alto porcentaje del nivel de conocimiento medio de las madres, no incrementa el nivel de prácticas.

Conforme con la base teórica, la primera variable aborda el conocimiento y se entiende como un conjunto de informaciones e interpretaciones que la persona construye a partir de su experiencia, aprendizaje y entorno (26). Este proceso, trasladado al campo de las ciencias de la salud, el conocimiento sobre el autoexamen mamario se define como el nivel de información y comprensión sobre la autoexploración que dispone la mujer acerca de la técnica, su propósito y demás utilidades en la detección de cáncer de mama tempranamente, que se da a través de procesos de aprendizaje y educación en salud en las mujeres para relacionarse con el exterior por lo tanto, en este proceso interviene el aprendizaje y la observación como medios intelectuales (8).

El conocimiento aprendido tiene la capacidad de demostrar conductas diferentes a través de la obtención de información abordado en el sistema sensorial del individuo y se identifica en los cambios del comportamiento, no existe un aprendizaje sin la presencia de un proceso de la memoria por medio de un almacenamiento en la mente, relacionadas con procedimientos obtenidos de ideas, informaciones, hechos y elementos precisos Asimismo, se reconocen diferentes tipos de conocimientos como el empírico, científico, filosófico y teológico. Asimismo, la medición del conocimiento se hace referencia a la herramienta que posibilita evaluar el grado de conocimiento (22).

Para efectos de este estudio, el conocimiento del autoexamen mamario se clasifica en tres niveles: el conocimiento alto, medio y bajo. El conocimiento alto, que es la

capacidad cognitiva adecuada, ya que los conceptos se tienen claro y el individuo es capaz de entender, comprender, conocer y tener aciertos, además pueden identificar los riesgos; por ende, el conocimiento medio, las ideas de las mujeres no son claras por lo que tienen un aprendizaje básico de los conceptos o conoce en menor medida, dado a que sus conocimientos pueden carecer y no ser aplicados. Por último, el conocimiento es bajo, las ideas son insuficientes y están desorganizadas, por lo tanto, solo conoce algunos conceptos, los saberes son muy deficientes y es considerado un conocimiento limitado (2).

Para un adecuado estudio, se procedió a estudiar el conocimiento del autoexamen de mama por medio de dimensiones como la definición del cáncer mamario como una anomalía donde se forman células cancerosas en el tejido del seno, en la que se dividen y crecen descontroladamente, formando masas tumorales en la que pueden llegar a diseminarse a los ganglios o tejidos cercanos (21). Por otra parte, esta dimensión permite determinar el grado de información acerca de la patología y conciencia de su impacto mediante la detección temprana que poseen las mujeres. En este sentido, el adecuado conocimiento acerca de qué es cáncer de mama es crucial para implementar medidas de prevención como el autoexamen mamario.

La segunda dimensión relacionada al inicio y frecuencia de la autoevaluación mamaria, hace énfasis a los momentos adecuados para aplicar esta técnica. En ese sentido, la autoevaluación mamaria resulta ser una herramienta fundamental en la prevención, por sencilla, de bajo costo y ampliamente accesible para las mujeres. Existen estudios que señalan que la autoexploración no reduce la mortalidad del cáncer de mama, pero sí logra detectar estadios precoces de la enfermedad, sobre

todo, en mujeres con escasa accesibilidad a los servicios de salud. Para su efectividad, es necesario el conocimiento sobre cuándo empezar, y es desde los 20 años con una frecuencia constante y sistemática por cada mes se logran mejores resultados (4).

La dimensión conocimientos sobre las características anómalas de las mamas se refiere al nivel de información que posee la mujer para identificar cambios en el pezón y la piel mamaria. Por ello, es conveniente realizar la autoexploración porque facilita la identificación de posibles anomalías o cambio en el aspecto y composición de las mamas, así sea por causas benignas o pueden indicar algún cambio grave como una patología oncológica, muchas mujeres no valoran esta técnica por lo que existe deficiencia en los conocimientos y mala práctica. El hallazgo precoz de bultos mamarios permite a las mujeres acudir a tiempo a un consultorio médico para la detección y tratamiento oportuno y no llegar a diagnósticos tardíos (23).

La última dimensión, inspección y palpación es la correcta evaluación de las mamas mediante la observación visual y la exploración manual, considerando la adecuada posición del cuerpo y el uso de los dedos para identificar posibles alteraciones. En este proceso, suelen presentarse con frecuencia 3 formas: el carcinoma ductal originado en los conductos mamarios, donde las células no llegan a diseminarse y se considera un cáncer no invasivo. Otro, es el carcinoma lobulillar in situ que afecta a los lobulillos de ambas mamas. Y el cáncer de mama inflamatorio, poco frecuente que se manifiesta cuando la mama está enrojecida, caliente e hinchada. En cualquiera de los casos, su adecuada detección va a favorecer un diagnóstico

oportuno (21).

La segunda variable, que abarca la práctica del autoexamen mamaria, considera al conjunto de medidas, comportamientos y procedimientos que surgen a partir del conocimiento adquirido, y que se manifiestan al ejecutar una actividad. La práctica periódica de esta técnica adquiere gran relevancia, debido a que permite identificar de manera oportuna posibles alteraciones que favorecen un diagnóstico temprano (3). La práctica adecuada se da cuando una mujer ejecuta la autoexploración de manera regular con el propósito de detectar y sentir cualquier anormalidad en el tejido mamario. Contrario a ello, una práctica inadecuada es cuando se realiza la técnica de manera irregular o inadecuadamente en el proceso de evaluación del Checklist (27).

La investigación tiene como fundamento en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, ya que este modelo implica el desarrollo de una valoración integral de la mujer (28, 29). Esta teoría plantea que las personas tienen la capacidad para llevar a cabo acciones intencionadas en pro de la vida, salud y bienestar; no obstante, esta capacidad se ve limitada por el desconocimiento, la poca habilidad o algunos otros factores, originando una carencia de autocuidado y por ende la necesidad de que tengan que intervenir un profesional de enfermería (28).

Por ello, plantea que los individuos poseen la capacidad y responsabilidad autocuidarse para mantener el bienestar; en este enfoque el autocuidado se especifica como un conjunto de acciones deliberadas que el individuo realiza para regular su funcionamiento. En el contexto del estudio, el autoexamen de mama se considera una acción de autocuidado, ya que permite a la mujer participar activamente en la

detección precoz; desde esta perspectiva el nivel de conocimiento representa un factor en la capacidad de la mujer en ejecutar adecuadamente la técnica favoreciendo la adopción de conductas preventivas de manera consciente y responsable (28, 29).

Asimismo, la teoría plantea que las personas desarrollan habilidades adquiridas a través de la educación; en este sentido el conocimiento fortalece el autocuidado, permitiendo que las mujeres realicen esta práctica de forma correcta, periódica y oportuna; reduciendo riesgos y mejorando los resultados en salud. De esta manera, el enfermero cumple un rol fundamental en la educación y promoción del autocuidado, facilitando el desarrollo de capacidades para el cuidado de su propia salud (29).

En ese sentido, el rol de enfermería se centra en apoyar, orientar y educar a la persona para fortalezca su capacidad de autocuidado e incentivar conductas de prevención. A su vez, el autocuidado está estrechamente relacionado con la educación para la salud, al ser necesario desarrollo de conocimientos y destrezas con la finalidad de que la persona participe activamente en el cuidado de su estado de bienestar (29, 30). Por consiguiente, el autocuidado está en relación con promover la autonomía de las mujeres, es por eso, en esta teoría se comprende la ejecución de su propio cuidado que describe cómo las personas se cuidan a sí mismas.

Dorothea Orem señala que la enfermera se vuelve importante para la persona en el proceso de cuidado, especialmente cuando muestra un déficit y es ahí que el cuidado que brinda enfermería genera un aporte y beneficio en la conservación de la vida y

el bienestar individual. De la misma forma, en la Teoría de Orem reitera que el autocuidado es la ejecución intencional por las propias mujeres, con el fin de conservar la vida, la salud y el bienestar (28). En otras palabras, la práctica del autocuidado evidencia el involucramiento constante en la protección de su salud y en la detección oportuna de posibles alteraciones mamarias.

Además, la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, al considerar que los individuos poseen la facultad para desarrollar acciones deliberadas dirigidas al mantenimiento de su vida, salud y bienestar. En este marco, el autoexamen de mama se configura como una conducta de autocuidado que puede ser aprendida y ejecutada por la mujer de manera autónoma; sin embargo, dicha capacidad puede verse limitada por factores como el desconocimiento, la falta de habilidades o la escasa percepción de riesgo, generando una carencia en el autocuidado. Ante esta situación, cobra relevancia la intervención del profesional de enfermería, quien, a través de la educación para la salud y el acompañamiento, fortalece las capacidades individuales, promoviendo la asimilación de conocimientos y destrezas necesarias para la detección precoz del cáncer de mama y el mantenimiento de la salud (29).

Desde esta perspectiva, la práctica del autoexamen de mamas puede considerarse una conducta de promoción de la salud porque requiere el reconocimiento de su importancia y beneficios para la detección temprana, superar barreras (miedo, vergüenza, falta de conocimiento o ausencia de hábito) y contar con la confianza para realizar la técnica correctamente. En este sentido, el conocimiento sobre el autoexamen de mamas (AEM), la percepción del riesgo y la orientación de los profesionales de enfermería corroboran la motivación y el compromiso para

incorporar esta práctica periódicamente (31).

Por ello, se debe realizar de manera correcta una vez al mes, por ende, es importante conocer la textura, tamaño, forma y sensibilidad de las mamas. Además, es necesario seguir los pasos de la técnica porque permite identificar posibles cambios que puedan surgir en las mamas. Es importante mencionar que el momento adecuado para proceder esta técnica por lo general es una semana después del periodo menstrual debido a que los estímulos hormonales suelen bajar durante este periodo y en la postmenopausia lo deben ejecutar en una fecha segura cada mes (3).

Con el propósito de identificar de manera oportuna cualquier alteración en los senos, la autoexploración mamaria permite evaluar su estado general. Durante este procedimiento, se emplean la vista y el tacto para observar su apariencia, posibles cambios y características estructurales. Igualmente, es primordial que las mujeres reconozcan sus mamas normales para detectar a tiempo alguna anomalía por medio de la autoexploración, esto ayudará a un mejor pronóstico y un diagnóstico precoz. Por lo tanto, cuando se detecta de manera temprana, hay probabilidades de curación y tratamiento, pero las pacientes siempre acuden a consultas en estadios muy avanzados (23).

Una adecuada autoexploración o la inspección mamaria minuciosa no toma ni 10 minutos; por ende, es importante reconocer los hallazgos anormales durante el autoexamen de mama (32). La prevención es una acción y efecto que se realiza para evitar alguna alteración desfavorable (33). Asimismo, se desconoce su etiología, pero existen diversos factores de riesgo como el sexo femenino, menarquia temprana, menopausia tardía, multiparidad, exceso consumo de alcohol, detección

tardía, exposición a radiación, antecedentes familiares y genéticos, tabaquismo, sedentarismo, inmunosupresión, presencia de genes como el BRCA1, BRCA2 y la obesidad (34).

Para fines del estudio, la primera dimensión de la variable práctica se inicia con la observación. Para ello se sugiere que la mujer desnude la parte superior del cuerpo hasta la cintura y que se posicione cómodamente frente a un espejo. De igual forma, la observación de las apariencias bien posibilita la observación sistemática del tamaño, simetría y la forma de las mamas y permite observar la integridad de la piel, con el objeto de identificar cambios en su apariencia exterior. Así mismo, se exploran las regiones claviculares y axilares con el fin de descubrir signos tales como cambio de coloración y aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, que conllevan a la detección precoz de posibles alteraciones malignas mamarias (32).

La segunda dimensión que tiene que ver con la posición, se encuentra comprendida en el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de Mama en la que menciona que el autoexamen comprende posturas corporales como el permanecer de pie frente al espejo para observar posibles cambios como hoyuelos, variaciones en el tamaño de las mamas o alteraciones en la forma de los pezones. Posteriormente, colocar las manos sobre la cadera y repetir la observación, seguido de la elevación de los brazos para una nueva evaluación visual. Colocar la mano en la nuca para facilitar la exploración de la mama del mismo lado utilizando la mano contraria, así como adoptar la posición acostada con apoyo de una almohada en los hombros, lo que permite una adecuada distribución del tejido mamario y facilita su evaluación (8).

Posteriormente, la dimensión de la palpación e inspección consiste en la exploración sistemática del tejido mamario con las manos, es decir, a través de la palpación, en búsqueda de cualquier alteración en su estructura. Esta actividad se efectúa de sentada y acostada, con los hombros apoyados en una almohada para que la mama se proyecte de manera uniforme sobre la pared del tórax. Para fines prácticos, se utilizan las yemas de los dedos para realizar movimientos circulares, ordenados y suaves, explorando la totalidad de la mama y la región axilar. Así, puede evaluarse la presencia de nódulos, masas o ganglios linfáticos aumentados de tamaño (32).

El presente estudio tiene relevancia teórica al evidenciar cómo el nivel de conocimiento influye directamente en la práctica del autoexamen de mama como conducta de detección precoz, integrándose al cuerpo de conocimientos de enfermería desde el enfoque de promoción de la salud y autonomía. En este sentido, se demuestra que las conductas de salud no son aisladas, sino que están determinadas por factores como el componente cognitivo, el cual resulta clave para que las mujeres adopten prácticas preventivas de manera consciente e intencional. Así, los resultados obtenidos, especialmente en un contexto con alta prevalencia de cáncer de mama, permiten comprender que el fortalecimiento del conocimiento no solo mejora la ejecución del autoexamen, sino que también potencia la capacidad de decisión y el autocuidado, constituyéndose en un referente teórico para futuras investigaciones y para el desarrollo de intervenciones de enfermería orientadas a la prevención y mantenimiento de la salud (35).

Asimismo, tiene relevancia social, porque contribuye, desde el enfoque de la salud

pública, a enfrentar la problemática mediante la promoción y prevención. A partir de sus hallazgos, se busca fortalecer una estrategia de detección precoz, promoviendo el empoderamiento de las mujeres en el autocuidado. En este sentido, la investigación aporta a que la población adopte conductas preventivas y participe activamente en el mantenimiento de su bienestar, lo que contribuye de manera indirecta a la disminución de la morbi-mortalidad. Asimismo, permite sensibilizar a la sociedad y orientar acciones de enfermería hacia la educación en salud, favoreciendo una cultura preventiva que impacte positivamente en la calidad de vida de las mujeres. A su vez, sirven de fundamento para la implementación de estrategias y medidas de contención de desenlace en fase terminal. La información recolectada es de gran utilidad para un levantamiento y perfeccionamiento de programas educativos en materia de salud pública (8).

En cuanto a la justificación práctica, el estudio beneficiará al profesional de enfermería al proporcionar información relevante sobre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen mamario en las mujeres. Facilitará el diseño e implementación de estrategias educativas efectivas en el primer nivel de atención. Además, de mejorar las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención del cáncer de mama. La información adquirida podría guiar la toma de decisiones en el ámbito asistencial. Por lo tanto, se fomenta la detección temprana de la enfermedad y se reduce la incidencia de diagnósticos tardíos.

Y respecto a la justificación metodológica, el estudio aporta la formulación de los instrumentos de recolección de datos, un cuestionario para medir o evaluar el conocimiento. Al igual que un Checklist para valorar la práctica del autoexamen

mamario, esto, con el fin, de medir de manera objetiva y sistemática estas áreas de estudio y poder obtener resultados precisos, confiables y validados. La estandarización de los instrumentos fortalece la calidad del estudio y puede ser aplicado en contextos poblacionales diferentes. Debe concluirse que este aporte contribuye al desarrollo de la investigación en enfermería al fortalecer la línea de investigación en promoción y prevención de la salud.

Tomando en cuenta lo que se ha expuesto previamente se presenta la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao-2025?

Hipótesis

Se consideraron las siguientes hipótesis:

Hipótesis Nula:

H0: No existe relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres mayores de 20 a 65 años de edad que acuden al consultorio externo del área de medicina interna del centro de Salud, Callao - Lima 2025.

Hipótesis Alterna:

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 20 a 65 años de edad que acuden al consultorio externo del área de medicina interna del centro de Salud, Callao - Lima 2025.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao 2025.

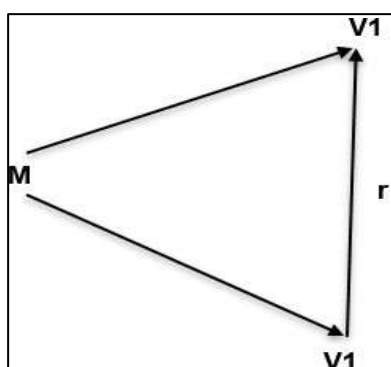
Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres de 20 - 65 años.
2. Identificar la práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres de 20 - 65 años.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del estudio

Este estudio se enmarca en un diseño no experimental, con un enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo. Se aplicó un corte transversal, dado que la recolección de la información se efectuó en un solo momento, permitiendo un análisis inmediato de los datos. Se consideró un alcance correlacional, ya que el propósito fue determinar el grado de relación existente entre las variables de conocimiento y práctica (36).



Donde:

M: Muestra

V1: Conocimiento del autoexamen de mama

r: Relación de las 2 variables

V2: Prácticas del autoexamen de mama. El estudio se realizó en el Centro de Salud Néstor Gambetta Alta, en el establecimiento de salud de categoría I - 4 de la provincia Constitucional del Callao; en el servicio de medicina general que cuenta con un consultorio externo.

3.2. Población

La población es el conjunto total de individuos o elementos que comparten características comunes y que constituyen el objeto de estudio de una investigación,

sobre los cuales se pretende obtener conclusiones y generalizar los resultados (37). La población del estudio está constituida por 300 mujeres de 20 - 65 años atendidas en el centro de salud del servicio de medicina general en un tiempo estimado de tres meses.

3.3. Muestra y muestreo

Muestra:

La muestra es el subgrupo de la población que ha sido seleccionado con el propósito de obtener información que sea lo más representativa posible, de tal forma que sea aplicable al total de la población participante (37). El estudio incluyó una muestra de 169 mujeres de 20 a 65 años que fueron atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Néstor Gambetta Alta en medicina general durante la recolección de datos. Todas ellas cumplieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 65 años que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio.
- Mujeres de 20 a 65 años que acuden al consultorio externo de medicina general.
- Mujeres que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres de 20 a 65 años con antecedentes personales de cáncer de mama.
- Mujeres de 20 a 65 años que están dando de lactar.
- Mujeres de 20 a 65 años que están gestando.
- Mujeres de 20 a 65 años que hayan pasado por un proceso de mastectomía.

Muestreo:

Se empleo un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, lo que significa que

todas las mujeres que conformaron la población de estudio tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas (37). En ese sentido, se desarrolló un marco muestral y se realizó la elección de las participantes de forma aleatoria, garantizando así la representatividad de la muestra. Asimismo, se utilizó la fórmula estadística para poblaciones finitas, obteniéndose un total de 169 participantes. (Ver anexo 2)

3.4. Operacionalizaciones de variables

Variable independiente: Conocimiento del autoexamen de mama.

Definición conceptual:

Son conjuntos de conocimientos que la mujer posee para poder realizarse de manera personal y enlazados con procesos cognitivos que están vinculados a la percepción, memoria y pensamiento; por lo que permite valorar alguna anomalía (22).

Definición operacional:

Definición de cáncer mamario como una anomalía: Se caracteriza por la definición como una anomalía que se forma por células cancerosas en los conductos del seno, además el autoexamen es crucial para la detección de cambios y anormalidades (23,38).

Inicio y frecuencia de la autoevaluación mamaria: Representa en qué momentos se debe realizar para una buena detección oportuna y eficiente; reconociendo los tiempos del inicio a partir de los 20 años y en cada mes (3).

Conocimientos sobre las características anómalas de las mamas: Se refiere a los cambios como laceraciones que se pueden desarrollar alrededor del pezón y en la capa externa del seno (11).

Inspección y palpación: Se refiere a la examinación adecuada que se da en los lugares específicos de la mama tomando en cuenta la posición del cuerpo y los dedos (11).

Variable dependiente: Práctica del autoexamen de mama.

Definición conceptual:

Las prácticas son conductas que se adquieren como medidas de prevención, por lo que es necesario los conocimientos previos para desarrollar habilidades. Por lo tanto, las prácticas son acciones que un individuo desarrolla para mantener la integridad funcional de las mamas (3).

Definición operacional:

La observación: se refiere al contacto visual en general de las mamas para observar las características de la mama y pezón, tamaño y formas para la detección de posibles alteraciones mamarias (39).

La posición: se define a la correcta postura corporal y motora de miembros inferiores y superiores donde se examine alguna alteración de la mama (27).

La palpación e inspección: es una técnica que consta de la palpación sistemática en toda la superficie del tejido mamario realizando compresiones profundas, e inspección el cual resalta la valoración de las características externas del tejido mamario (11).

3.5. Procedimientos y técnicas

Procedimientos:

Después de la revisión, aprobación, conformidad de la asesora, por el comité revisor de la facultad de enfermería y del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se gestionaron los permisos para la ejecución del estudio, incluyendo la autorización de la Dirección Regional de Salud del Callao y la aprobación del médico jefe y la jefa de enfermería del establecimiento de salud “Néstor Gambetta Alta” del servicio con el fin de coordinar las fechas, horas y el ambiente para la aplicación de los instrumentos.

Además, se garantizó la aplicación y cumplimiento de los principios éticos mediante la utilización del consentimiento informado a las participantes, quienes fueron previamente notificadas sobre los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información y la participación voluntaria. Asimismo, el presente estudio cumplió con lo establecido en la Ley N° 29733, garantizando la confidencialidad y protección de los datos personales de los participantes. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines de investigación, previa firma del consentimiento informado, y fue codificada para asegurar el anonimato (40).

El Centro de Salud Néstor Gambetta Alta, elegido en el presente estudio, se ubica en la provincia constitucional del Callao, en la avenida Alameda con Gambetta Alta, pertenece a la categoría I-4 y brinda atención las 24 horas en diversas áreas, entre ellas medicina general, obstetricia, odontología, trabajo social, inmunizaciones, control del crecimiento, desarrollo del niño y servicios de emergencia y tópico. Además, dispone de hospitalización para atención de parto eutócico e internamiento postparto. También se desarrollan estrategias como el control de tuberculosis y saneamiento ambiental. El equipo de salud está conformado por médicos,

enfermeros, obstetras, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, técnicos auxiliares, profesional asistencial y administrativo.

Para la implementación del estudio, se solicitó la autorización de la jefatura del área de admisión, del jefe del servicio de medicina general y de la jefa de enfermería, con la finalidad de acceder a la base de datos de citas del servicio. La base de datos de citas solo era accesible durante la primera búsqueda inicial de los sujetos. Teniendo en cuenta que la información que se evalúa está restringida a la información vital para el reclutamiento y no incluye divulgar o transmitir información personal a terceros externos. A cada participante se le asignó un código numérico, por lo tanto, los cuestionarios y las listas de verificación no contenían nombres ni números de identificación nacional (DNI), ni ningún dato que pudiera permitir una identificación directa, se conservaron la información en una base de datos codificada almacenada en archivos protegidos, y se utilizó exclusivamente para fines académicos y científicos conforme a la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su normativa vigente.

Para ello, previamente se determinó el tamaño de muestra mediante la fórmula correspondiente para población finita. Posteriormente, a cada participante elegible se le asignó un código numérico único y se elaboró una base de datos que constituyó el marco muestral. La selección de las participantes se realizó mediante un procedimiento de generación de números aleatorios, sin intervención del investigador y antes de identificar a las participantes correspondientes a cada código. Este procedimiento garantiza la selección aleatoria de los sujetos de estudio y cumple con las características del muestreo probabilístico aleatorio simple

descritas en la literatura metodológica. A partir de la base de datos de citas del servicio de medicina general, se elaboró un marco muestral conformado por 300 mujeres de 20 a 65 años atendidas durante el periodo de enero a marzo de 2025, quienes fueron verificadas según los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos lo cual no constituye un muestreo por conveniencia, sino una fase de depuración del marco muestral.

Una vez identificada la población elegible, se procedió a realizar un muestreo probabilístico aleatorio simple mediante sorteo digital, garantizando que todas las participantes tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionadas. Por tanto, la aleatorización no se ve afectada, ya que los criterios de selección son parte del diseño del estudio y no de la elección subjetiva de participantes.

A cada mujer apta se le asignó un código numérico con la finalidad de resguardar su identidad. Posteriormente, se realizó un sorteo digital mediante una función de generación de números aleatorios, lo que permitió seleccionar de manera equitativa a las participantes, hasta completar la muestra de 169 mujeres. Una vez obtenidos los códigos ganadores, se verificaba a qué participantes correspondían dentro de la base de datos protegida del estudio.

Luego, la investigadora se acercaba personalmente a las mujeres seleccionadas, les explicaba el propósito de la investigación, solicitaba su consentimiento informado y, si aceptaban participar, se procedía con la aplicación del cuestionario. De esta manera, se garantizó una selección aleatoria de las participantes, manteniendo al mismo tiempo la confidencialidad y protección de sus datos personales.

A dichas participantes las ubicábamos el mismo día dentro del establecimiento de

salud en el área de medicina general. El código solo servía para realizar el sorteo aleatorio; una vez seleccionados los códigos, se verificaba la participante correspondiente y se procedía a invitarla a participar en el estudio.

La recolección de datos se efectuó de manera progresiva, se aplicó durante un periodo de tres meses, correspondientes a enero, febrero y marzo, contabilizándose solamente los 13 lunes a partir del 6 de enero hasta el 31 de marzo del año 2025 en el horario de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., en concordancia con el periodo de internado, encuestando en promedio a 13 mujeres por jornada. Una vez seleccionadas, se explicó a cada una de las participantes acerca de los objetivos, procedimientos a seguir y los posibles riesgos de la investigación, y se les presentó la invitación a participar de manera voluntaria.

Antes de realizar la recolección de los datos, se aplicó el consentimiento informado, en la cual fue leído y explicado a cada una de las participantes involucradas en la investigación, resolviendo dudas y además garantizando la información confidencial y el derecho a retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia que tuvo una duración de 5 minutos por cada participante. De la misma forma se procedió a indicar el tiempo estimado para la aplicación de los cuestionarios y quienes aceptaron firmaron el documento.

A cada participante se le aplicó el instrumento de conocimiento, el cual fue autoadministrado y completado en un tiempo aproximado de 15 minutos. Para evaluar el nivel de conocimiento se aplicó en la sala de espera del consultorio de medicina general, mientras las participantes esperaban su turno de atención.

Finalizada esta etapa, se procedió a la evaluación del instrumento de práctica; para

ello, la participante era conducida a un ambiente adecuado, resguardando en todo momento su privacidad y pudor, este se evaluó en el consultorio del segundo servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) temporalmente clausurado, garantizando la privacidad al momento de la demostración del autoexamen de mama. Las investigadoras se organizaron de manera simultánea, una vez aplicado el cuestionario de conocimiento a la participante, se la trasladó a la práctica lo que permitió un procedimiento fluido, continuo y sin interferir en el consultorio.

Para el diagnóstico práctico del autoexamen de mama, se utilizó un espejo de cuerpo entero, permitiendo a las participantes realizar correctamente el procedimiento. Estas se descubrieron la parte superior del cuerpo y se les proporcionó una bata para cubrirse la espalda, dejando visibles únicamente las mamas. Las investigadoras observaron el procedimiento y marcaron el cumplimiento de los pasos indicados en la lista de verificación. El segundo instrumento tipo checklist, con 20 ítems siendo correcta 1 punto e incorrecto 0 puntos, utilizada para evaluar la práctica del autoexamen de mama. Este proceso tuvo una duración aproximada de 15 minutos por participante.

Finalmente, al concluir la evaluación, se brindó a cada mujer una retroalimentación personalizada durante un tiempo estimado de 8 minutos, en la que se reforzaron los conocimientos adquiridos, se aclararon errores identificados y se les enseñó de forma adecuada el modo de realizarlo, la edad recomendada para iniciarlo y el momento adecuado para su realización a cada mujer evaluada, por ende, la duración total de ambos instrumentos tuvo una duración de 43 minutos incluyendo la retroalimentación para cada participante. Esta intervención no sólo permitió

recopilar datos sino también fomentó el autocuidado. Asimismo, algunas de las informantes aplicaron de inmediato los aprendizajes recolectados y consiguieron detectar alteraciones que no consideraban importantes anteriormente. Esto les ayudó a fomentar la conciencia sobre la importancia de la detección temprana y, por ende, varias decidieron acudir a un chequeo médico oportuno. Este procedimiento se realizó de manera sistemática con cada una de las participantes evaluadas en cada jornada.

Técnicas:

Para la recolección de datos se emplearon como técnicas la encuesta y la observación, las cuales permiten obtener información directa, objetiva y sistemática sobre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama en las participantes. Los instrumentos seleccionados fueron dos cuestionarios, el primero denominado “Nivel de conocimiento del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao – 2025” y el segundo, la “Lista de Chequeo de la Práctica del Autoexamen de Mama” (Checklist) los mismos que fueron debidamente validados tanto de forma interna (prueba piloto y coeficiente KR-20), como de forma externa (juicio de expertos y prueba binomial).

Con respecto al cuestionario “Nivel de conocimiento del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao – 2025”, este mide una variable cualitativa de tipo ordinal ya que clasifica el conocimiento en niveles jerárquicos. El instrumento se construyó con cuatro dimensiones: definición de cáncer de mama e importancia autoexamen (5 ítems), inicio y frecuencia (5 ítems), características anómalas de las mamas (5

ítems), inspección y palpación (5 ítems). Cada ítem se calificó con valores dicotómicos (1= respuesta correcta; 0= respuesta incorrecta), obteniendo un puntaje máximo de 20 puntos. Se procedió a categorizarla en una escala de medición de tipo ordinal con la técnica de intervalo equidistante (nivel bajo= 0-7; medio= 8-14; alto= 15-20).

En cuanto al cuestionario “Lista de Chequeo de la Práctica del Autoexamen de Mama” (Checklist), se construyó con de 3 dimensiones: observación (7 ítems), posición (6 ítems), palpación e inspección (7 ítems), totalizando un indicador de 20. Cada ítem fue calificado con una escala de medición dicotómica: 1 punto = al ser efectuado correctamente; 0 puntos = al efectuarse incorrectamente, obteniendo un puntaje máximo de 20 puntos. Seguidamente, se procedió a categorizarla en una escala de medición de tipo ordinal con la técnica de intervalo equidistante: práctica inadecuada (0-10) y práctica adecuada (11-20).

Validez de instrumento:

1. Validez

Con el principal objetivo de garantizar la validez metodológica de los instrumentos creados por las propias autoras para evaluar el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, se sometieron los instrumentos a la revisión de juicio de expertos con la participación de 10 profesionales en la materia. Estos profesionales, licenciados en enfermería, fueron seleccionados por su experiencia en la especialidad de oncología y por contar con estudios de maestría en docencia.

Cada experto evaluó los ítems de ambos instrumentos considerando los criterios de validez de contenido, de constructo y de criterio, marcando su conformidad o disconformidad en las matrices de evaluación correspondientes. A partir de estas matrices, donde se registraron los acuerdos (A) y desacuerdos (D) de los jueces por cada ítem, se procedió a aplicar la prueba binomial, con la finalidad de determinar si el nivel de concordancia observado era estadísticamente significativo y no producto del azar.

Los valores de significancia (p) son valores que corresponden al número total de acuerdos por ítems, en el caso de este estudio se obtuvieron valores de $p \leq 0.05$, siendo valores menores al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ tal cual se muestran en los resultados (Ver anexos 7, 8 y 9). En el caso del instrumento que evalúa el nivel de conocimiento, se obtuvo un valor de significancia $p = 0.0025$ para la validez de contenido, reflejando pertinencia para evaluar de manera efectiva el objetivo de estudio. La validez de constructo obtuvo un valor de $p = 0.0029$, reflejando que el instrumento mide efectivamente el concepto teórico del conocimiento. Y, la validez de criterio fue de $p=0.0066$, lo que evidencia que existe una buena relación entre este instrumento y otras medidas que evalúan el mismo fenómeno.

Por otro lado, el instrumento de práctica también mostró resultados sólidos. En la validez de contenido ($p= 0.0010$) demuestra que los ítems son apropiados; la validez de constructo ($p = 0.0010$) indica que mide la práctica real de esta técnica; y la validez de criterio ($p = 0.0010$) confirma su coherencia con otras herramientas que evalúan comportamientos similares. En todos los casos, los ítems presentaron entre 9 y 10 acuerdos de los 10 jueces, lo que indica un alto nivel de concordancia entre

los expertos. Los valores de significancia fueron menores a 0.05, lo cual es estadísticamente significativo y respalda la validez de los instrumentos, garantizando su pertinencia para la recolección de información.

2. Prueba piloto

Con el propósito de comprobar la confiabilidad del cuestionario referente al nivel de conocimiento y del Checklist de práctica, se efectuó una prueba piloto con un grupo piloto de 30 mujeres seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple, cuyas edades comprendían entre los 20 y 65 años. Esta evaluación se desarrolló en un establecimiento de salud perteneciente a otra jurisdicción de la Provincia Constitucional del Callao, que contaba con igual categoría (I-4) y características poblacionales semejantes. El objetivo principal de dicha prueba fue asegurar la validez y confiabilidad de los instrumentos antes de su aplicación final.

Confiabilidad:

Posteriormente, una vez aplicadas las debidas correcciones, se efectuó una prueba piloto de los cuestionarios con una muestra de 30 mujeres de 20 a 65 años que acudieron al servicio de medicina general y que fueron parte de los criterios de inclusión. Esta fase se llevó a cabo con el fin de evaluar la confiabilidad de los instrumentos diseñados para medir las variables de estudio.

Para el caso del cuestionario de conocimiento, estuvo conformado por 20 ítems, donde cada pregunta presenta una escala dicotómica (respuesta correcta = valor 1; respuesta incorrecta = valor 0). En este sentido, se aplicó el coeficiente Kuder-

Richardson que señala que un instrumento es confiable cuando su consistencia interna es $Kr20 > 0.7$; en este caso se obtuvo un $Kr20 = 0.86$, el cual demuestra que el instrumento que mide el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama es confiable.

De igual manera, el instrumento que califica la práctica del autoexamen de mama, también estructurado con respuestas dicotómicas (0 = inadecuado; 1 = adecuado) y expresado en un puntaje total, se trató mediante el coeficiente KR-20, el cual arrojó un valor de 0.8424, que igualmente corresponde a un nivel de confiabilidad alto. En consecuencia, dichos instrumentos son aptos para su utilización en la muestra final del presente estudio.

3.6. Aspectos éticos del estudio

- **Autonomía:** Se solicitó la colaboración voluntaria del participante mediante el consentimiento informado, teniendo en cuenta que el participante se podrá retirar del estudio cuando considere necesario.
- **Beneficencia:** Las principales beneficiarias fueron las mujeres participantes, quienes, posterior a la evaluación realizada, recibieron información educativa de forma verbal sobre el autoexamen de mama. Esta intervención contribuyó al fortalecimiento de sus conocimientos, permitiendo que cada una adquiriera información útil y aplicable para el cuidado de su salud y la detección temprana del cáncer de mama.
- **No maleficencia:** La investigación no causó daño ni riesgo a los participantes, sino se garantiza la comodidad, conservación y defensa de las mujeres, de igual

manera, los resultados no fueron utilizados para otros fines que no sean propios de la investigación.

- **Justicia:** En el desarrollo del estudio, la selección de las participantes se realizó mediante un muestreo aleatorio simple, considerando a las mujeres que acudieron al establecimiento de salud durante el periodo de recolección de datos, cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. El proceso se llevó a cabo de manera equitativa, sin ningún tipo de distinción por motivos de origen étnico, religión u otras características. Asimismo, se aseguró la confidencialidad de la información recopilada, la cual fue utilizada exclusivamente con fines científicos y de investigación.

3.7. Análisis

Una vez aplicados los instrumentos, la información obtenida se organizó y registró en una base de datos realizada en el programa Microsoft Excel, posteriormente se analizó la base de datos utilizando el software Stata versión 19, realizándose el siguiente proceso:

- Para los análisis descriptivos con el fin de conocer los niveles de conocimiento y práctica del autoexamen de mama se procedió a categorizar cada una de las variables para una adecuada interpretación.
- Por medio de la técnica de intervalos equidistantes, que es un método para clasificar un puntaje total en categorías (niveles), dividiendo el rango en partes iguales, se obtuvo para el cuestionario de conocimiento 3 niveles: bajo (0-7),

medio (8-14) y alto (15- 20). Y para el cuestionario de práctica, 2 niveles: inadecuado (0-10) y adecuado (11-20).

- Se evaluó la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov por ser una muestra mayor a 50 sujetos. Los resultados para la variable tanto conocimiento como práctica fue de $p=0,000$, mostrando valores de significancia menores a 0,05 lo que indica que la distribución de datos no es de manera normal.
- Por esta razón se utilizaron pruebas no paramétricas, específicamente el coeficiente de correlación Rho de Spearman y poder comprobar la hipótesis planteada en el estudio.
- Con los resultados alcanzados se procedió a interpretarlo y realizar la discusión correspondiente. Para finalmente sacar las conclusiones y proponer recomendaciones.

IV. RESULTADOS

Con respecto al objetivo general, se empleó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, que proporcionó un coeficiente de correlación de 0.6803 y un nivel de significancia bilateral $p = 0.0000$ (Ver Tabla 1). Estos hallazgos indicaron una correlación directa, positiva con una magnitud moderada-fuerte y estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama, por lo que se rechaza la hipótesis nula mientras se acepta la hipótesis alternativa, en la que existe una correlación significativa entre las dos variables, indicando que las mujeres con mejor conocimiento sobre el autoexamen de mama realizan una mejor práctica de este enfoque preventivo.

Por lo tanto, se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov, ya que había 169 mujeres en la muestra. Las variables no siguieron distribuciones normales, ya que el conocimiento y la práctica al final ambos tuvieron $p = 0.000$ también (Ver Tabla 2).

Del mismo modo, se realizó la tabla cruzada entre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama (Tabla 3). Los resultados muestran que, de las mujeres con bajo nivel de conocimiento, 80 tenían una práctica inadecuada y solo 2 tenían una práctica adecuada. No obstante, la práctica ideal fue que únicamente 35 mujeres con el nivel de conocimiento intermedio demostraron una práctica ideal, mientras que 37 tenían una práctica adecuada. Sin embargo, de las mujeres con alto nivel de conocimiento, 14 tenían una práctica adecuada y solo 1 una práctica inadecuada. Estos resultados llevan a una tendencia en la que aumenta el nivel de conocimiento y, en consecuencia, aumenta el porcentaje que asiste al autoexamen

de mama apropiado.

Para el objetivo específico 1, se encontró un total de 169 participantes, el 48,52 %, equivalente a 82 mujeres, mostró niveles bajos; el 42,60% alcanzó niveles medios de 72 mujeres y solo el 8, 88 % alcanzó niveles altos de 15 mujeres (Ver Tabla 3). Estos resultados demuestran que la mayoría de las participantes presenta un nivel de conocimiento bajo y medio, lo que refleja una comprensión limitada sobre el autoexamen de mama.

Con respecto a la dimensión 1, se referida al nivel de conocimiento sobre la definición de cáncer de mama e importancia del autoexamen, se evidenció que los mayores porcentajes de respuestas correctas correspondieron a los ítems relacionados a los conceptos de cáncer de mama, un 69,2 %, y al reconocimiento de quienes deben realizar el autoexamen, un 66,9 %. Asimismo, más del 60 % de las participantes respondió correctamente a los ítems vinculados con la utilidad de los procedimientos y las condiciones generales para su realización. No obstante, se identificó una limitación importante porque el 60,4 % no reconocía el término “autoexamen de mama” (Ver Tabla 4).

En relación a la dimensión 2, asociada al tiempo de realización del autoexamen, edad de inicio, frecuencia y duración, se evidencia las principales limitaciones en conocimiento. El 84,6 % de las participantes no conocen la edad de inicio, el 81,7 % no conocen la frecuencia recomendada, el 63,3 % no conocen el tiempo máximo de duración, y solo el 59,2 % identifica correctamente la edad de inicio (Ver Tabla 5).

En relación a la dimensión 3, referida al reconocimiento de signos de las mamas, se evidencia un conocimiento parcial. El 58,6 % de las participantes identifica los

cambios palpables; sin embargo, este porcentaje disminuyó con respecto a los cambios axilares 34,9 % y del pezón 26,6 %; cerca del 5 % reconoce los cambios visibles de las mamas (Ver Tabla 6).

Finalmente, la dimensión 4, relacionada con la inspección y palpación, identificó un nivel moderado de conocimiento en aspectos como la postura adecuada, 51,5 %, examinación de las mamas, 54,4 %, y técnica de palpación, 51,5 %. Sin embargo, se evidenciaron niveles bajos en inspección, 38,5 %, uso de técnicas adecuadas, 32,5 % (Ver Tabla 7).

Con relación al objetivo específico 2, los resultados indicaron que, del total de 169 encuestadas, el 68,64 % de 116 de las mujeres tenían una práctica inadecuada del autoexamen de mama, en contraste, solo el 31,36 % de 53 de las mujeres encuestadas practicaron adecuadamente el autoexamen de mama (Ver Tabla 8).

En lo que respecta a la dimensión 1, corresponde a la observación, los resultados muestran que la mayoría de los participantes realizaron actividades como ponerse enfrente de un espejo, 95,3 % y observaron la mama en general, 92,3 %. Además, el 72,8 % observó la forma de tamaño de las mamas. Sin embargo, hay una falta crucial en la descripción de propiedades como el 40,8 %, identificación de anomalías como el 42,01 %, la valoración de la textura de la piel un 37,3 % y la descripción de los pezones el 37,3 % (Ver Tabla 9).

En cuanto a la dimensión 2, relacionada con la posición, también se observan deficiencias significativas en la ejecución técnica. Por un lado, el 68 % de las participantes se coloca en posición sentada con la mirada fija, mientras que el 56,2 % mantiene los hombros en una línea recta. Sin embargo, la mayoría no se

ajusta correctamente a otros parámetros, como el punto de apoyo de la mano sobre la cadera, con solo el 11,8 % de las mujeres realizan la técnica correctamente, y la ubicación del brazo detrás de la cabeza, con el 35,5 %, además de invertido. también, apenas el 31,4 % de los casos alternan los brazos. Finalmente, solo el 46,2 % de las mujeres usan eludir adecuadamente (Ver Tabla 10).

La dimensión 3, correspondiente a la palpación e inspección, se evidencia las principales limitaciones en la práctica del autoexamen. Solo el 27,2 % de las participantes comienza la palpación en forma circular desde el área del pezón, el 30,8 % utiliza los dedos de manera adecuada y únicamente 13,6 % completa el procedimiento. Asimismo, el 23,1 % lleva a cabo la autoinspección, el 2,1 % realiza una compresión adecuada, y el 3,6 % observa posibles secreciones (Ver Tabla 11).

V. DISCUSIÓN

En relación con el objetivo general, orientado a determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud del Callao durante el año 2025, los resultados evidenciaron una correlación positiva, directa y estadísticamente significativa entre ambas variables (Rho de Spearman = 0,680; $p = 0,000$). Este hallazgo demuestra que, a medida que las mujeres presentan mayores conocimientos acerca del autoexamen de mama, desarrollan prácticas más adecuadas respecto a su ejecución. La magnitud moderada-alta de la correlación permite interpretar que el conocimiento constituye un elemento determinante para fortalecer las conductas preventivas relacionadas con el cuidado de la salud mamaria.

Asimismo, la gráfica de dispersión muestra una tendencia ascendente de los datos, observándose que los puntajes más altos de conocimiento se asocian con puntajes más elevados de práctica. La línea de tendencia presenta una dirección positiva, respaldando la existencia de una relación directa fuerte entre el conocimiento y la práctica del autoexamen de mama. Previamente, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov mostró valores de significancia de $p = 0,000$ para ambas variables, evidenciando que los datos no seguían una distribución normal; por ello, se empleó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para determinar la relación entre las variables.

En consecuencia, al obtener un valor de significancia menor a 0,05 ($p = 0,000$), se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), la cual establece

que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama.

Los resultados en relación con las características sociodemográficas de la población estudiada, se observó que el 5,3 % de las participantes contaba con estudios primarios y el 69,9 % de las participantes con estudios secundarios y el 13,6 % con educación superior universitario. De acuerdo con los datos es evidente que el nivel de grado de instrucción es favorable, para que la información que se brinda pueda ser comprensible con mayor facilidad, permitiéndoles fortalecer el autocuidado a través del autoexamen de mamas. No obstante, pese a contar con un nivel educativo predominantemente secundario y superior, el 48,52 % presentó bajo nivel de conocimiento y el 68,64 % prácticas inadecuadas del autoexamen de mama. Esto permite inferir que la escolaridad general no necesariamente garantiza competencias específicas sobre prevención del cáncer de mama, especialmente cuando las mujeres no reciben educación sanitaria continua, práctica y orientada hacia el autocuidado.

En este orden de ideas, se toma como punto de apoyo al estudio de Fajardo (15), los resultados muestran que el nivel educativo más alto corresponde al nivel secundaria con el 52,6 %, aunque existe un 2.1 % que no tienen estudio, con base a los datos anteriores, es evidente que el grado de instrucción de la muestra es adecuado, para que la información brindada a la población sea comprendida con mayor facilidad, donde les permita tener esa capacidad de practicar el autoexamen de mama, es por ello que el autor menciona la necesidad de la educación sanitaria continua adaptándose al grado de instrucción de la población.

Desde la perspectiva de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem (35), los resultados obtenidos pueden interpretarse señalando que el autocuidado constituye una conducta aprendida que las personas realizan de manera deliberada para preservar su vida, salud y bienestar. En este sentido, la autoexploración representa una acción preventiva que requiere conocimientos, habilidades y motivación para ejecutarse adecuadamente. Asimismo, en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (31), quien plantea que las conductas promotoras de salud dependen de factores cognitivos, percepciones individuales y experiencias previas. Según este modelo, el conocimiento favorece la percepción de beneficios y fortalece la autoeficacia, incrementando la probabilidad de que la mujer adopte conductas preventivas sostenidas en el tiempo.

Los resultados encontrados guardan similitud con lo reportado por Alarcón et al. (22), quienes identificaron que el 87 % de las participantes presentó conocimiento regular y el 95 % desarrolló prácticas adecuadas del autoexamen de mama, concluyendo que existía una relación significativa entre ambas variables porque en su estudio evidencia que en el establecimiento de salud donde se aplicó el instrumento se brinda educación continua del autoexamen de mama esto favorece la adquisición de conocimientos en las mujeres incrementando a la práctica. Por otro lado, Sena (23) encontró que el 60 % de las mujeres con conocimiento alto evidenciaban mejores prácticas, mientras que el 66,7 % de aquellas con conocimiento bajo no practicaba el autoexamen. Estas investigaciones respaldan los hallazgos del presente estudio y permiten afirmar que el conocimiento constituye un componente fundamental para fortalecer las prácticas preventivas relacionadas con la detección precoz del cáncer de mama.

De manera similar, Benites et al (24), evidenciaron que el 56,7 % de las mujeres presentó conocimiento medio y el 61,7 % prácticas inadecuadas, concluyendo que aquellas participantes con menor conocimiento tenían mayores dificultades para realizar correctamente la técnica. Asimismo, Borja et al (14), reportaron que el 72 % presentó conocimiento bajo y el 65 % no practicaba regularmente el autoexamen de mama, identificando una limitada cultura de autocuidado. Estas coincidencias permiten interpretar que las deficiencias en la práctica preventiva continúan siendo frecuentes en diferentes contextos sanitarios y evidencian la necesidad de fortalecer estrategias educativas dirigidas específicamente hacia la enseñanza práctica del autoexamen.

No obstante, los resultados difieren parcialmente de lo reportado por Asmare et al. (18), quienes identificaron que el 56 % de las mujeres tenía conocimientos inadecuados; sin embargo, el 69 % desarrollaba buenas prácticas del autoexamen. Los hallazgos explican dicho resultado porque existe influencia de campañas preventivas, medios de comunicación orientados a reforzar conductas y prácticas auto demostrativas. Del mismo modo, Justo (25) encontró que no existía relación significativa entre conocimiento y práctica, pese a que el 45,1 % presentó conocimiento medio y el 68,14 % prácticas inadecuadas. Estas discrepancias permiten comprender que la práctica preventiva no depende exclusivamente del conocimiento, sino también de factores como la percepción de riesgo, la motivación, las creencias culturales, el temor al diagnóstico y el acompañamiento del profesional de salud.

En conjunto, los hallazgos evidencian que el conocimiento favorece significativamente la práctica adecuada del autoexamen de mama; sin embargo, no

constituye el único elemento determinante para desarrollar conductas preventivas sostenidas. Por ello, resulta necesario fortalecer las intervenciones educativas desde enfermería mediante estrategias prácticas, demostrativas y culturalmente adaptadas que promuevan el autocuidado y permitan transformar el aprendizaje teórico en acciones preventivas eficaces frente al cáncer de mama.

Respecto al primer objetivo específico, orientado a identificar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres de 20 a 65 años, los resultados evidenciaron que el 48,52 % presentó un nivel bajo de conocimiento, el 42,6 % un nivel medio y únicamente el 8,88 % alcanzó un nivel alto. Estos resultados reflejan que la mayoría de las participantes posee conocimientos insuficientes respecto a aspectos fundamentales del autoexamen de mama, tales como la técnica correcta, la frecuencia de realización, el momento adecuado y la identificación de signos de alarma. Esta situación resulta preocupante debido a que el conocimiento constituye la base para reconocer alteraciones mamarias de manera oportuna y favorecer conductas preventivas dirigidas a la detección precoz del cáncer de mama.

Estos hallazgos se explican desde la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, la cual sostiene que las personas adquieren conocimientos mediante la observación, la interacción con su entorno y las experiencias de aprendizaje. En este sentido, el conocimiento sobre el autoexamen de mama depende en gran medida de la información recibida a través de los profesionales de salud, campañas educativas y medios de comunicación. Asimismo, Bandura destaca el concepto de autoeficacia, entendida como la confianza en la propia capacidad para ejecutar una

conducta; por ello, un mayor nivel de conocimiento favorece la seguridad para realizar acciones preventivas relacionadas con el cuidado de la salud mamaria (41).

Al analizar las dimensiones del conocimiento, se identificó que las principales limitaciones estuvieron relacionadas con el tiempo de realización, frecuencia y edad de inicio del autoexamen. Se observó que el 84,6 % desconocía la edad adecuada para iniciar la práctica, el 81,7 % no identificaba la frecuencia recomendada y el 63,3 % desconocía la duración aproximada del procedimiento. Estos hallazgos guardan similitudes con Borja (14), donde evidencia que el 37,8 % presentaron desconocimiento para realizar el autoexamen de mama, el 19,6 % por la falta de tiempo, el 44,1 % desconocen la técnica de palpación, un 4,2 % solo observa. Estos datos indican que, incluso conociendo la técnica del autoexamen de mama, muchas no la realizan correctamente, lo cual esta acción reduce la eficacia de prevención precoz.

En la dimensión relacionada con el reconocimiento de signos de alarma, se evidenció que el 58,6 % identificaba cambios palpables en las mamas; no obstante, solo el 34,9 % reconocía alteraciones axilares y el 26,6 % cambios en el pezón. Del mismo modo, cerca de la mitad de las participantes logró identificar cambios visibles en las mamas. Estos resultados permiten inferir que las mujeres reconocen principalmente signos externos y evidentes, pero presentan mayores dificultades para identificar manifestaciones menos perceptibles o cambios asociados a estadios iniciales de la enfermedad. Esta limitación podría retrasar la búsqueda de atención profesional y disminuir las posibilidades de diagnóstico oportuno.

Los hallazgos obtenidos coinciden con Lara et al. (19), quienes reportaron que el 81,9 % de las mujeres presentaba conocimientos limitados sobre el autoexamen mamario y únicamente el 0,1 % alcanzaba un nivel elevado. De manera similar, Hernández et al. (17) evidenciaron que menos del 50 % respondió correctamente aspectos relacionados con la definición, periodicidad y posiciones recomendadas para realizar el procedimiento. Asimismo, Fajardo (15) encontró que el 78 % desconocía la forma adecuada de ejecutar la técnica y solo el 22 % dominaba correctamente todos sus pasos. Estas coincidencias permiten sostener que las deficiencias en el conocimiento sobre autoexamen de mama continúan siendo frecuentes en distintos contextos latinoamericanos.

Del mismo modo, los resultados guardan relación con lo reportado por Jadhay (16), quien identificó que el 58 % presentaba conocimientos inadecuados, así como con Borja et al. (14), donde el 72 % mostró conocimientos bajos sobre el autoexamen de mama. En ambos estudios se concluyó que la falta de información y educación sanitaria limita el desarrollo de conductas preventivas orientadas al cuidado de la salud mamaria. Estas similitudes refuerzan la interpretación de que las estrategias educativas implementadas en los servicios de salud aún resultan insuficientes para garantizar un aprendizaje integral y sostenido sobre la autoexploración mamaria.

Sin embargo, los hallazgos difieren parcialmente de lo encontrado por Zapata (21), quien reportó que el 64,5 % de las estudiantes de enfermería presentó conocimiento medio, el 28,9 % conocimiento alto y solo el 6,6 % conocimiento bajo. Esta diferencia podría explicarse por las características de la población estudiada, debido a que las estudiantes de enfermería mantienen mayor contacto con contenidos relacionados con prevención, promoción de la salud y autocuidado durante su

formación académica. En contraste, las mujeres participantes del presente estudio procedían de diversos contextos educativos y sociales, con acceso limitado a programas específicos de educación preventiva.

Desde la Teoría del Autocuidado (35), los resultados evidencian que el conocimiento constituye una herramienta esencial para el desarrollo de conductas orientadas al cuidado de la salud. Orem sostiene que las personas aprenden acciones de autocuidado mediante procesos educativos que fortalecen sus capacidades para preservar el bienestar y prevenir enfermedades. Asimismo, desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, puede interpretarse que las personas tienden a comprometerse con prácticas saludables cuando reconocen su utilidad y desarrollan confianza en su capacidad para realizarlas adecuadamente. Por ello, la falta de conocimientos técnicos y procedimentales sobre el autoexamen puede generar inseguridad, temor o desinterés hacia su práctica periódica (31).

En relación con el segundo objetivo específico, orientado a identificar la práctica del autoexamen de mama como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama, los resultados demostraron que el 68,64% de las participantes realizaba una práctica inadecuada, mientras que únicamente el 31,36% ejecutaba correctamente el procedimiento. Estos hallazgos evidencian que la mayoría de las mujeres no desarrolla adecuadamente la técnica del autoexamen de mama, lo cual limita significativamente su efectividad como estrategia de detección temprana. Los hallazgos encontrados coinciden con Jadhay (16), quien reportó que el 89,6 % presentaba prácticas deficientes del autoexamen de mama, atribuyendo esta situación a la limitada información preventiva y a condicionantes socioculturales que dificultan el autocuidado femenino.

Asimismo, los resultados se sustentan desde la Teoría del Logro de Metas de Imogene King, quien sostiene que las conductas de salud se fortalecen a través de la interacción entre la persona y el profesional de salud. Desde esta perspectiva, la práctica del autoexamen de mama representa una acción orientada al logro de una meta de salud, la cual requiere información, compromiso y participación de la mujer. En ese sentido, la elevada proporción de prácticas inadecuadas encontrada en el estudio evidencia la necesidad de fortalecer la educación y el acompañamiento por parte del profesional de enfermería para promover conductas preventivas que favorezcan la detección precoz del cáncer de mama (42).

Asimismo, Borja et al. (14) evidenciaron que el 65 % no realizaba regularmente el autoexamen mamario, mientras que Benites et al. (24) encontraron que el 61,7 % presentaba prácticas inadecuadas. Así también en el estudio de Hernández (17), se demuestra datos donde solo el 25,3 % practicaban esta técnica, el 24,1 % no lo practicaban, pero el 50,6 % lo practica algunas veces. Estas coincidencias permiten interpretar que las deficiencias en la práctica del autoexamen constituyen una problemática persistente en diferentes poblaciones y contextos sanitarios.

De manera similar, Fajardo (15) reportó que el 78 % desconocía la técnica adecuada y solo el 22 % dominaba correctamente todos los pasos del procedimiento, concluyendo que muchas mujeres realizan el autoexamen de manera incompleta o incorrecta. Asimismo, Santiago et al. (20) identificaron que el 58,8 % de las participantes no realizaba el autoexamen, evidenciando una importante brecha entre el conocimiento teórico y la práctica preventiva. Estas investigaciones respaldan los

resultados del presente estudio y refuerzan la necesidad de implementar intervenciones educativas más prácticas y demostrativas.

En la dimensión correspondiente a la observación, se identificó que el 95,3 % se colocaba frente al espejo y el 92,3 % observaba las mamas de manera general; sin embargo, solo el 40,8 % describía adecuadamente características específicas, el 42,01 % identificaba anomalías y el 37,3 % evaluaba cambios en la piel y los pezones. Estos resultados permiten interpretar que las mujeres realizan una observación superficial centrada principalmente en aspectos visibles generales, sin profundizar en la identificación detallada de alteraciones que podrían representar signos iniciales de cáncer de mama. En el estudio de Borja (14), se revela que el 4,2 % solo observaban sus mamas, el 23,8 % se limita únicamente a la palpación, el 44,1 % no realizó ninguno de las técnicas, dichos resultados cobran relevancia debido a que el autor empleó un instrumento observacional lo que permitió valorar de manera más objetiva.

Respecto a la dimensión relacionada con la posición, se evidenció que únicamente el 11,8 % realizaba correctamente la colocación de la mano sobre la cadera, el 35,5 % ubicaba adecuadamente el brazo detrás de la cabeza y solo el 31,4 % alternaba correctamente los brazos durante el procedimiento. Del mismo modo, apenas el 46,2 % utilizaba apropiadamente las posiciones recomendadas. Estos hallazgos respaldan con lo mencionado por Ocampo (20), donde el 35,3 % colocan la mano detrás de la cabeza, el 23,5 % colocan la mano a la cintura, el 41,2 % no observa los senos. Estos hallazgos reflejan importantes limitaciones en la ejecución secuencial y técnica del autoexamen, evidenciando que muchas mujeres

desconocen la importancia de cada paso para lograr una evaluación completa y efectiva de las mamas.

Las mayores deficiencias se observaron en la dimensión de palpación e inspección, debido a que únicamente el 27,2 % inició la palpación de forma circular desde el pezón, el 30,8% utilizó correctamente las yemas de los dedos y solo el 13,6 % completó todo el procedimiento de manera adecuada. Asimismo, únicamente el 23,1 % exploró la región axilar y apenas el 3,6 % realizó compresión del pezón para identificar secreciones. De acuerdo con el estudio de Hernández (17) en el nivel de práctica los resultados indican que el 75 % de las mujeres cumplían con la exploración de mamas y axilas, el 83,3 % realizaba la palpación de senos con los dedos y movimientos circulares, el 66,7 % demostraron presionar suavemente el pezón para verificar si hay secreciones. Relacionando los hallazgos de la presente investigación se demuestra que existen deficiencias en la práctica del autoexamen de mama, aunque existen aspectos positivos, lo cual se explica que no hay claridad en los hallazgos que se asemejan porque la práctica no fue adecuada en la técnica establecida.

No obstante, los resultados difieren de lo reportado por Alarcón et al. (22), quienes encontraron que el 95 % desarrollaba prácticas adecuadas del autoexamen de mama. Esta diferencia podría explicarse por la presencia de programas educativos continuos y actividades preventivas permanentes en el establecimiento de salud donde se desarrolló dicha investigación. Del mismo modo, Asmare et al. (18) reportaron que el 69 % realizaba buenas prácticas, pese a que el 56 % presentaba conocimientos inadecuados. Esta situación evidencia que las prácticas preventivas

también pueden verse influenciadas por campañas comunitarias, medios de comunicación y experiencias previas relacionadas con promoción de la salud.

Desde la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem (35), los resultados reflejan que el autoexamen de mama constituye una acción de autocuidado aprendida que requiere habilidades prácticas, constancia y responsabilidad individual. Asimismo, desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, puede interpretarse que las mujeres no mantienen prácticas adecuadas cuando perciben barreras, inseguridad o escasa confianza respecto a su capacidad para realizar correctamente la técnica. Según Pender, las conductas saludables requieren motivación, reforzamiento positivo y apoyo profesional constante.

Los hallazgos obtenidos permitieron confirmar el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación, debido a que fue posible identificar el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama, así como demostrar la existencia de una relación significativa entre ambas variables. En términos generales, predominó el bajo nivel de conocimiento y la práctica inadecuada, especialmente en aspectos técnicos relacionados con la frecuencia, posición, palpación e identificación de signos de alarma. Estos resultados reflejan que muchas mujeres poseen información parcial o superficial sobre el autoexamen de mama, lo cual limita su utilidad como estrategia de detección precoz del cáncer de mama.

Los resultados también evidencian que el conocimiento constituye un factor importante para fortalecer las conductas preventivas; sin embargo, no resulta suficiente por sí solo para garantizar una práctica adecuada. La ejecución correcta del autoexamen depende además de factores como la motivación, la percepción de

riesgo, las creencias culturales, la autoeficacia y el acceso a programas educativos continuos. En consecuencia, la prevención del cáncer de mama requiere intervenciones integrales que no solo transmitan información, sino que también desarrollen habilidades prácticas y fortalezcan el compromiso de las mujeres con el cuidado de su salud.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones metodológicas de este estudio es que, dado que las participantes fueron reclutadas en función de su asistencia al centro de salud durante el período de recolección de datos, entre mujeres que ya estaban enfermas. Por lo tanto, si bien estos resultados pueden describir las características actuales de las mujeres en el Centro de Salud Néstor Gambetta Alta, deben generalizarse a otros contextos con cautela.

Durante el proceso de recolección de datos se presentaron limitaciones relacionadas con las condiciones externas del servicio de medicina, debido a que algunas participantes se encontraban en sala de espera y manifestaban preocupación por perder su atención médica. Esta situación ocasionó que ciertas usuarias rechazaran inicialmente responder el cuestionario de conocimiento o solicitaran realizar posteriormente la evaluación práctica del autoexamen de mama, dificultando la continuidad en la aplicación de los instrumentos. Frente a ello, se optó por reorganizar los horarios de aplicación y brindar mayor flexibilidad en el proceso de evaluación, permitiendo que las participantes pudieran responder los instrumentos después de culminar su atención médica, favoreciendo así la continuidad de la recolección de datos.

Asimismo, se identificó resistencia por parte de algunas mujeres para participar en la evaluación práctica del autoexamen de mama, debido a sentimientos de incomodidad, pudor y vergüenza relacionados con la exploración mamaria. Esta situación limitó inicialmente la disposición de algunas participantes para colaborar con el procedimiento observacional. Para reducir esta dificultad, se explicó previamente el propósito académico y preventivo del estudio, garantizando la confidencialidad, privacidad y respeto durante todo el procedimiento. Además, se promovió un ambiente de confianza y comunicación empática. Durante la evaluación práctica se utilizó una bata clínica que permitía cubrir el cuerpo de las participantes, exponiendo únicamente la región mamaria necesaria para la realización del procedimiento, con la finalidad de preservar la privacidad y brindar mayor comodidad y seguridad a las usuarias, lo que permitió incrementar progresivamente su participación en el estudio.

VI. CONCLUSIONES

En relación con el objetivo general, se concluye que existe una relación positiva, directa y estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del autoexamen de mama ($Rho = 0,680$; $p = 0,000$), evidenciando que las mujeres con mayores conocimientos presentan prácticas más adecuadas respecto a la técnica de autoexploración mamaria. Estos hallazgos demuestran que el conocimiento constituye un elemento fundamental para fortalecer las conductas de autocuidado y la detección precoz del cáncer de mama. Sin embargo, la persistencia de prácticas inadecuadas refleja que el conocimiento por sí solo no garantiza conductas preventivas efectivas, siendo necesario fortalecer las estrategias educativas desde el primer nivel de atención mediante intervenciones continuas, prácticas y culturalmente adaptadas.

Respecto al primer objetivo específico, se concluye que predominó un nivel de conocimiento bajo y medio sobre el autoexamen de mama, evidenciado principalmente en las deficiencias relacionadas con la frecuencia, edad de inicio, duración y técnica correcta del procedimiento. Estos resultados reflejan limitaciones en la educación sanitaria brindada a las mujeres y evidencian la necesidad de fortalecer programas educativos orientados al aprendizaje significativo y al desarrollo de capacidades de autocuidado. Desde la perspectiva de Dorothea Orem, el conocimiento constituye una capacidad aprendida indispensable para que la mujer participe activamente en el cuidado de su salud y en la prevención de enfermedades.

En relación con el segundo objetivo específico, se concluye que predominó una práctica inadecuada del autoexamen de mama, especialmente en los aspectos técnicos relacionados con la palpación, inspección y secuencia correcta del procedimiento. Estos hallazgos evidencian que muchas mujeres realizan el autoexamen de manera incompleta o incorrecta, limitando su efectividad como estrategia de detección temprana del cáncer de mama. Asimismo, se confirma la existencia de una brecha entre el conocimiento teórico y la ejecución práctica, lo cual demuestra que el autocuidado requiere no solo información, sino también habilidades prácticas, motivación y acompañamiento profesional permanente. En este contexto, el profesional de enfermería cumple un rol fundamental en la promoción de conductas preventivas mediante educación demostrativa y fortalecimiento del autocuidado.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda al establecimiento de salud fortalecer los programas de promoción y prevención del cáncer de mama mediante la implementación permanente de intervenciones educativas integrales dirigidas a las mujeres usuarias, orientadas no solo al fortalecimiento del conocimiento, sino también al desarrollo de habilidades prácticas relacionadas con la técnica correcta del autoexamen de mama. Estas estrategias deben incorporar metodologías demostrativas, participativas y culturalmente adaptadas que permitan mejorar las conductas de autocuidado y favorecer la detección precoz del cáncer de mama.

Se recomienda al profesional de enfermería diseñar y ejecutar estrategias educativas acordes con el nivel de instrucción predominante de la población, utilizando materiales didácticos accesibles, lenguaje claro, recursos visuales y sesiones prácticas enfocadas principalmente en los aspectos donde se identificaron mayores deficiencias, tales como la frecuencia de realización, la técnica correcta, la palpación sistemática y el reconocimiento de signos de alarma. De esta manera, se favorecerá un aprendizaje significativo y una mayor adherencia a las prácticas preventivas.

Se recomienda incorporar de manera rutinaria la demostración guiada del autoexamen de mama durante las atenciones preventivas realizadas en el primer nivel de atención, promoviendo la participación activa de las usuarias y reforzando periódicamente la técnica mediante capacitaciones prácticas supervisadas por el profesional de enfermería. Ello permitirá fortalecer las capacidades de autocuidado

de las mujeres y contribuir a que el autoexamen de mama se convierta en una práctica preventiva habitual y sostenida en el tiempo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera F, Cubillas P, Malvaceda E. Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2022 [citado 10 abr 2026];39(4):400-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342022000400400
2. Umiyauri A. Nivel de conocimientos y práctica de autoexamen de mama en el consultorio de Ginecología del Hospital de Espinar, Cusco, 2022 [Internet] [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/114047>
3. Torres J, Sicha D. Conocimiento y práctica del autoexamen de mama en usuarias que acuden al preventivo cáncer en el hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho, 2020 [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2021 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/item/1dcdcc18-9ea3-4b99-ab4a-a122fcd5173e>
4. Ocampo S, Montoya L, Espinosa M, Londoño C, Rodríguez T. Conocimiento y práctica del autoexamen de mama. Cuad Investig Semilleros Andin [Internet]. 2021 [citado 10 abr 2026]; 14:1-10. Disponible en <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1941>
5. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mama [Internet]. Washington DC: OPS; 2025 [citado 10 abr 2026]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>

6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
7. National Breast Cancer Coalition. Breast cancer facts & figures 2024 [Internet]. Washington DC: NBCC; 2024 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.stopbreastcancer.org/wp-content/uploads/2024/01/2024-Breast-Cancer-Facts-Figs.pdf>
8. Ministerio de Salud. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017-2021 [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322889/Plan_nacional_para_la_preveni%C3%B3n_y_control_de_c%C3%A1ncer_de_mama_en_el_Per%C3%BA_2017-2021_R.M._N%C2%BA_442-2017MINSA_20190621-17253-n5gqrd.pdf
9. Ministerio de Salud del Perú. Cáncer de mama: si se detecta a tiempo tiene un 90 % de probabilidades de curación [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/662077-cancer-de-mama-si-se-detecta-a-tiempo-tiene-un-90-de-probabilidades-de-curacion>
10. Ministerio de Salud del Perú. Cáncer de mama: en el 2024 el Minsa quintuplicó el número de mamografías con relación al 2023 [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1105373-cancer-de-mama-en->

[el-2024-el-minsa-quintuplico-el-numero-de-mamografias-con-relacion-al-2023](#)

11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Sala situacional de cáncer: casos nuevos según lugar de residencia, Perú 2023 [Internet]. Lima: INEN; 2023 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmQ2MDU0ZjMtNmIxYy00OTViLTgxZmItZmE0MGUxMmEyYWZiIiwidCI6IjU0Mjk5YmJLWE4MzctNDVINy1hYzljLTZjMDlmM2E2YjhkOSJ9>
12. Centro de Salud Néstor Gambetta Alta. Base estadística de atenciones en mujeres de 20 a 65 años del servicio de medicina general, enero-febrero 2025 [base estadística institucional]. Callao: C.S. Néstor Gambetta Alta; 2025.
13. Gil M, Pons M, Rubio M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez B, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gac Sanit [Internet]. 2021 Feb [citado 10 abr 2026];35(1):48-59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000100048
14. Borja D, Guamán N, González M, Gaibor P. Práctica y fortalecimiento educativo del autoexamen mamario en mujeres de 20–50 años. Polo Conoc [Internet]. 2025 [citado 10 abr 2026];10(8):1013-26. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/10199>
15. Fajardo A. Conocimiento y práctica del autoexamen de mama en la detección precoz de cáncer. Rev Salud Bosque [Internet]. 2024 [citado 10 abr 2026];14(1):1-16. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10585311>

16. Jadhav B, Abdul E, Mathew M, Senthil A, Snegha M, Yuvashree G, et al. Knowledge, attitude, and practice of breast self-examination. BMC Womens Health [Internet]. 2024 [citado 10 abr 2026];24(1):151. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38431649/>
17. Hernández L, Muñoz H, Osorio A, Rosero Á, Salazar V. Conocimientos y prácticas sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 49 años de Buesaco, 2023 [Internet]. Colombia; 2023 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/56015>
18. Asmare K, Birhanu Y, Wako Z. Knowledge, attitude, practice towards breast self-examination. BMC Womens Health [Internet]. 2022 [citado 10 abr 2026];22(1):174. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35568846/>
19. Lara C, Almeida A, Sánchez J, Vázquez G, Hernández J, Madrigal J, et al. Conocimiento sobre cáncer de mama y autoexamen mamario. South Fla J Dev [Internet]. 2022 [citado 10 abr 2026];3(3):3951-79. Disponible en: <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1550>
20. Santiago A, Montoya L, Espinosa M, Gallego C, Rodríguez T. Conocimiento y práctica del autoexamen de mama. Cuad Investig Semilleros Andin [Internet]. 2021 [citado 10 abr 2026];14. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1941>
21. Zapata L. Conocimientos y prácticas acerca del autoexamen de mamas en estudiantes de Enfermería [Internet] [Tesis de licenciatura]. Lima: UNMSM; 2023 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/c948087c-3df6-4914-bae5->

[3b4a5e18278c](#)

22. Alarcón E, Rincón V. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen [Internet] [Tesis de licenciatura]. Andahuaylas: UTEA; 2023 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14512/519>
23. Sena M. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y práctica de autoexamen [Internet] [Tesis de licenciatura]. Casma: UNS; 2022 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4070>
24. Benites J, Monzón D. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en mujeres [Internet]. Nuevo Chimbote: UNS; 2022 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4063>
25. Justo R. Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del autoexamen [Internet] [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1170>
26. Cárdenas Páez, A. (2024). Piaget: lenguaje, conocimiento y educación. Revista Colombiana de Educación, 60 , 71. <https://doi.org/10.17227/01203916.842>
27. Wilson M, López E, Castro Y, Lahera M. Diagnóstico de preparación en profesionales de Neonatología. EDUMECENTRO [Internet]. 2023 [citado 10 abr 2026];15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742023000100051&script=sci_arttext
28. Wilson Donet M, López Martínez EC, Castro Rivera Y, Lahera Basulto M, Wilson Donet M, López Martínez EC, et al. Diagnóstico de preparación sustentada en teorías y modelos enfermeros en profesionales de servicios de

- Neonatología. EDUMECENTRO [Internet]. 2023 [citado 10 abr 2026];15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742023000100051&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
29. Orem D. Self-care theory in nursing [Internet]. New York: Springer; 2003 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <http://archive.org/details/selfcaretheoryin0000orem>
30. Bernilla R, Minchan D. Nivel de conocimientos sobre autoexamen de mama en Chiclayo [Internet] [Tesis de licenciatura]. Lambayeque: UNPRG; 2024 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/12765>
31. Navarro R, Guevara V, Paz M. Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. Temperamentvm [Internet]. 2023 [citado 2026 Jun 04]; 19: e14224. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112023000100013&lng=es.
32. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de mama [Internet]. 2025 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>
33. Seifu W, Mekonen L. Breast self-examination practice among women in Africa. Arch Public Health. 2021;79(1):149. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8379892/>
34. Strayer D, Rubin E, Saffitz J, Schiller A. Rubin's pathology [Internet]. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.uce.edu.ec/s/L-D/item/1906>
35. Orem D. Teoría del autocuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M.

- Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 5a ed. España: Mosby; 2005 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.tecnologicoamazonasygs.edu.pe/biblioteca/files/original/0bd8747a39565c7ac62ec51ff619cda0.pdf>
36. Santos M, Bittencourt G, Beserra P, Nóbrega M. Teoría general del autocuidado. Rev Enferm Ref. 2022;VI(1). Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ref/article/view/e21047rp>
 37. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación [Internet]. México: McGraw-Hill; 2018 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1cs8elORAN_4L14vh_brhPfvHm8XqRp3
 38. Palmero P, Lassard R, Juárez A, Medina N. Cáncer de mama: una visión general. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2021 Sep [citado 2026 Jun 03]; 19(3): 354-360. Epub 04-Abr-2022. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354&lng=es.
 39. Araújo E, Tércio T, Alves I, Assis C, Queiroz A, Menezes R. Autocuidado en enfermedades crónicas. Enferm Glob. 2022;21(68):172-215. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400006
 40. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales [Internet]. Lima: Congreso de la República; 2011 [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>

41. Miranda P et al. Influencia de las teorías del aprendizaje social y significativo en la formación del profesional de Enfermería. Medisur [Internet]. 2024 abr [citado 2026 Jun 01]; 22(2): 333-340. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2024000200333&lng=es. Epub 01-Abr-2024.
42. Cáceres R et al. Gestión en Enfermería en Santander: ¿conocimiento propio o administración en salud? Rev Cuid [Internet]. 2023 Ago [citado 2026 Jun 01]; 14(2): e01. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732023000200001&lng=es. Epub 06-Sep-2023. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3067>.

IX. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

RESULTADOS INFERENCIAL PARA DETERMINAR LA RELACIÓN

Comprobación de hipótesis general

Tabla 1. Relación entre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao.

Conocimiento	Práctica
Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,6803
Sig. (bilateral)	0,0000
N	169

Prueba de normalidad

Tabla 2. Prueba de normalidad.

Variables	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento	0,223	169	0,000
Practicas	0,100	169	0,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 3. Cruce entre el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, callao-2025.

		Práctica del autoexamen de mama		
		Inadecuado	Adecuado	Total
Conocimiento del autoexamen de mama	Bajo	80 (97,6%)	2 (2,4%)	82(48.52%)
	Medio	35 (48,6%)	37 (51.4%)	72 (42.6%)
	Alto	1 (6,7%)	14 (93,3%)	15 (8.8%)
Total		116 (68,6%)	53 (31,4%)	169

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-R-284-37-25

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el Comité Institucional de Ética en Investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del proyecto : "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA COMO DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD, CALLAO – 2025"

Código de inscripción : 214758

Investigador(a) principal(es) : CCEPAYA CORONADO ESTEFHANY LEIDY, LAGOS LUJAN LINDA PAMELA

Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **6 meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el **07 de octubre del 2025** hasta el **07 de octubre del 2026**.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 29 de septiembre del 2025.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

La renovación de la aprobación del estudio de investigación incluye los siguientes documentos:

1. **Protocolo de investigación, versión 1.0 de fecha 15 de agosto del 2024.**
2. **Consentimiento informado, versión 1.0 de fecha 28 de agosto del 2024.**

Lima, 07 de octubre del 2025



Manuel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Tipos	Escala	Valores
Conocimiento del autoexamen de mama	Son conjuntos de conocimientos que la mujer posee para ejecutarlo de manera personal y enlazados con procesos cognitivos que están vinculados a la percepción,	Definición del cáncer de mama e importancia del autoexamen. Inicio y frecuencia.	Se caracteriza por la definición del cáncer de mama como una anomalía que se forma por células cancerosas en el tejido del seno, además la importancia de la correcta ejecución para la detección de cambios y anormalidades. Representa los momentos para realizar el autoexamen para una buena detección temprana y eficiente; reconociendo los tiempos del inicio y frecuencia.	Cualitativa	Ordinal	Alto: 15 - 20 Medio: 8 - 14 Bajo: 0 - 7

memoria y Conocimientos sobre Se refiere a los cambios que se
pensamiento; las características pueden desarrollar alrededor del
por lo que anómalas de las pezón y de la piel de las mamas.
permite valorar mamas.

alguna anomalía Inspección y Refiere a la examinación adecuada
de la mama palpación. que se da en los lugares específicos
(22). de la mama tomando en cuenta la
posición del cuerpo y los dedos.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Tipos	Escala	Valores
Práctica del autoexamen de mama	Las prácticas del autoexamen de mama son conductas que se aprenden a lo largo de la vida como medidas de prevención, por lo que es necesario los conocimientos previos para desarrollar habilidades. Por	Observación	Se refiere al contacto visual en general de las mamas para observar las características de la mama y pezón, tamaño y formas para la detección de posibles alteraciones mamarias.	Cualitativa	Ordinal	Adecuado: 11 al 20 Inadecuado: 0 al 10
		Posición	La posición se define a la correcta postura corporales y motoras de miembros inferiores y superiores donde se examine alguna alteración de la mama.			
		Palpación e inspección	El autoexamen de mama es una técnica que consta de la			

lo tanto, las
prácticas son
acciones que un
individuo
desarrolla para
mantener la
integridad
funcional de las
mamas (3).

palpación sistemática en toda la
superficie del tejido mamario
realizando compresiones profundas
e inspección el cual resalta la
valoración de las características
externas del tejido mamario.

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH

Investigadores: Ccepayá Coronado Estefhany – Lagos Luján Pamela

Título: “Nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao-2025”

Propósito del estudio:

Le invitamos a participar en un estudio llamado: “Nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres que acuden a un centro de salud, Callao-2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Este estudio pretende conocer el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama.

El cáncer de mama es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, cada año miles de mujeres mueren por un diagnóstico tardío; por ende, la Organización Mundial de Salud tiene el objetivo principal de luchar y reducir la mortalidad del cáncer de mama a nivel mundial, de esta manera evitando millones de muertes. Por este motivo, se resalta la importancia del autoexamen de mama, ya que permite detectar anticipadamente anomalías o cambio en el aspecto y composición de las mamas, por ende, una correcta autoexploración mamaria ayudará a un hallazgo precoz de algún bulto mamario para un tratamiento oportuno.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio realizará lo siguiente:

1. Deberá responder el cuestionario compuesta por 20 preguntas planteadas y marcar con una (X) según crea lo conveniente. Para respetar su privacidad se le llevará a un espacio más cómodo en el auditorio donde nadie la pueda interrumpir.
2. Se le brindará una bata para que se coloque y demostré la práctica del autoexamen de mama.
3. Deberá realizarse el autoexamen de mama de forma demostrativa frente a un espejo según usted crea lo conveniente en donde las investigadoras le estarán observando cómo se lo realiza.
4. Mientras usted se realiza el autoexamen de mama, las investigadoras le estarán evaluando a través de la observación con una lista de chequeo.

Riesgos:

No existe ningún tipo de riesgo para usted por participar en este estudio. La encuesta no tomara más de 15 minutos y la realización del autoexamen de mama no le tomara más de 15 minutos; el total de tiempo que le tomara es aproximadamente 43 minutos.

Beneficios:

No existe ningún beneficio directo, pero las investigadoras informarán al profesional de Enfermería la información recolectada acerca del nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama para que puedan reforzar por

medio de intervenciones educativas, basándose en la realización de las técnicas y pasos correctos e importancia del autoexamen de mama para un diagnóstico precoz de cáncer de mama a las mujeres que asisten al centro de salud ‘‘Néstor Gambetta Alta’’.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, solamente la satisfacción de colaborar a un mejor conocimiento y práctica del autoexamen de mama.

Confidencialidad:

Nosotras guardaremos su información con códigos y no con nombre. Solo las investigadoras tendrán acceso a la base de datos. Si los resultados de esta investigación llegan a ser publicados, no se mostrará ninguna información con la identificación de la persona que forman parte de este estudio. Los archivos de usted no serán mostrados por ningún motivo a alguna persona ajena sin su consentimiento.

Uso de la información Obtenida:

Deseamos conservar su valiosa información que será guardada y posterior a ello sean usadas como marco de referencia para estudios de investigaciones a futuro.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar desde alguna parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda durante la encuesta o le parece incomoda, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Pamela Lagos al tel. [REDACTED] y Estefhany

Ccepayá [REDACTED].

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad

Peruana Cayetano Heredia Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot al Telf.: 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada
CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo los riesgos y beneficios de participar en este proyecto. Asimismo, he sido informada de que su objetivo es obtener información acerca del nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama y también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante.

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador.

Fecha

Nombre:

DNI:

ANEXO 4: FÓRMULA PARA EL CÁLCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{E^2}$$

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} = 384.16$$

$$nf = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{300}} = 168.491 = 169$$

En la cual:

N= Tamaño de la población.

n= Tamaño de la muestra.

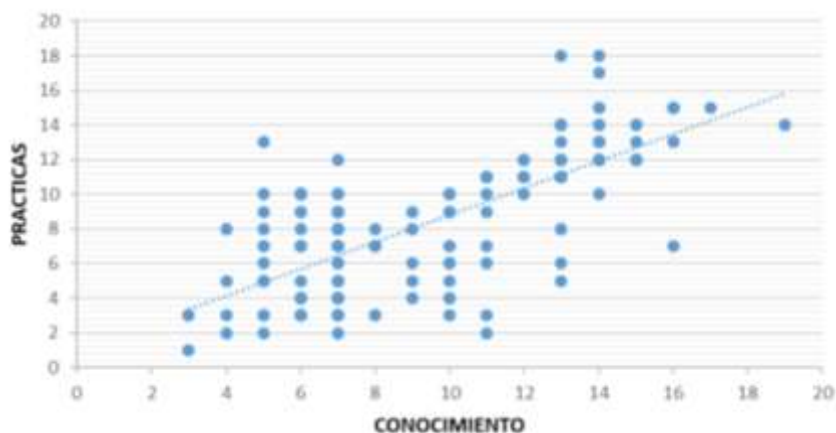
Z= Coeficiente de confiabilidad equivalente a 1.96 cuando el nivel de confianza es del 95 %.

p= Porcentaje de acierto.

q=Porcentaje de fracaso.

E=Nivel de error que se determinó usar el valor de 5% que equivale a 0.05.

Gráfica de puntos



ANEXO 5: CUESTIONARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOEXAMEN DE MAMA COMO DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD, CALLAO - 2025

I. PRESENTACIÓN

Estimada Señora o señorita, le saludamos cordialmente, estamos realizando un trabajo de investigación; el presente cuestionario tiene la finalidad de recopilar información sobre los conocimientos que usted tiene acerca de la prevención precoz de manifestaciones en las mamas, relacionado con el autoexamen de mama. Se le agradece su participación y veracidad de sus respuestas que pondrá, recuerde que sus respuestas son confidenciales y anónimas.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta propuesta, luego, complete los espacios vacíos en blanco y marque con un aspa (X), la respuesta que crea conveniente.

PARTE II: CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS

- Dirección de domicilio:
- Edad: _____años
- **Grado de instrucción:**

Primaria completa ()

Primaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Secundaria incompleta

(Superior universitario ()

Superior no universitario ()

• **Estado civil:**

Soltera () Conviviente ()

Viuda () Casada () Separada/Divorciado ()

• **Nº de hijos:** _____

• **Religión:** _____

1. ¿Cuenta con Seguro de Salud? Si () No () ¿Cuál? PARTE II PREGUNTAS

¿Qué es el cáncer de mama?

- a. Es una enfermedad con presencia de tumores o nódulos en las mamas que pueden ser malignas o benignas.
- b. Es una enfermedad que ataca a todo el cuerpo.
- c. Es una enfermedad genética que ataca a las mujeres.
- d. No es una enfermedad que pone en riesgo la vida de una mujer.

2. ¿Qué es el autoexamen de mama?

- a. Es una técnica, que realizan las mujeres en la observación propia de su cuerpo.
- b. Es una revisión general de las mamas en busca de anormalidades.
- c. Es una técnica, que consiste en la palpación e inspección de las manos y axilas para buscar algún nódulo, cambios o anomalías.
- d. Es un procedimiento fácil de realizar que se basa en la observación de las mamas.

3. ¿Quién se debe realizar el autoexamen de mama?

- a. Todas las mujeres que tienen cáncer
- b. Todas las mujeres que no tienen hijos.
- c. Todas las mujeres que están en periodo de menstruación
- d. Todas las mujeres mayores a 20 años.

4. ¿Qué se debe de tener en cuenta para realizar el autoexamen de mama?

- a. Es necesario realizar por encima de la ropa.
- b. El autoexamen de mama se puede realizar de cualquier manera.
- c. El autoexamen de mama se tiene que realizarse descubriéndose hasta la cintura.

5. El autoexamen de mama se puede realizar en el periodo de lactancia

¿Cuáles son los beneficios del autoexamen de mama?

- a. Detección tardía de Cáncer de mama
- b. No tiene beneficios
- c. Diagnóstico precoz de cáncer de mama y tratamiento oportuno.
- d. Permite conocer las características externas de las mamas.

6. ¿Cuál es el mejor momento para realizar el autoexamen de mama?

- a. 2 días después del primer día de la menstruación.

- b. 4 días después del primer día de la menstruación.
- c. 7 días después del primer día de la menstruación.
- d. 1 día después del primer día de la menstruación.

7. ¿Considera usted que el autoexamen de mama se debe de realizar días después de la menstruación?

- a. No, porque se puede detectar de igual forma.
- b. No, porque pienso que cualquier momento es lo mismo
- c. Si, porque en ese periodo me siento más cómoda.
- d. Si, porque durante el periodo de la menstruación existen cambios hormonales y las mamas son sensibles a la palpación.

8. ¿Cuántas veces debes realizar el autoexamen de mama?

- a. Una vez por año.
- b. Tres veces al día.
- c. Una vez al mes.
- d. Cuando sea necesario.

9. ¿A partir de qué edad se debe de realizar el autoexamen de mama? A partir de los 30 años.

- a. A partir de los 20 años.
- b. Desde uno comienza a tener hijos.

- c. A partir de los 40 años.

10. ¿Cuánto tiempo como mínimo se debe de realizar el autoexamen de mama?

- a. Debo demorar mínimo 10 minutos.
- b. Puedo demorar 1 hora.
- c. El tiempo mínimo es de 1 minuto
- d. Debo realizarlo en menos de 5 minutos.

11. ¿Qué cambios debe notar en la piel de las mamas?

- a. Presencia de heridas en el pezón de las mamas.
- b. Piel enrojecida en las mamas.
- c. Piel caliente al tacto de las mamas.
- d. Todas las anteriores son correctas.

12. Al momento de explorar sus mamas, ¿Qué cambios se pueden palpar en las mamas?

- a. Se pueden palpar el pezón y buscar tumores.
- b. Se pueden palpar bultos o nódulos endurecidos en forma de bolitas en las mamas y axilas.
- c. Se pueden palpar masas agrandadas en las mamas y axilas.
- d. Se pueden palpar costras en el seno y axila.

13. ¿Qué tipo de cambios se puede encontrar al palpar las axilas?

- a. Se pueden encontrar cambios enrojecidos alrededor de la axila.
- b. Se pueden detectar cambios en la coloración y bultos por crecimiento de los ganglios linfáticos.
- c. Se pueden encontrar pequeños nódulos.
- d. Se pueden encontrar descamaciones o endurecimiento de la axila.

14. ¿Qué tipo de cambio debe explorar en el pezón de sus mamas?

- a. Pezón invertido (hundido hacia dentro del seno) con secreciones de sangre.
- b. Pezón agrandado con secreciones de leche.
- c. Tamaño y color de los pezones.
- d. La textura del pezón.

15. ¿Qué cambios anormales se pueden observar en las mamas?

- a. Solamente puedo observar el tamaño de las mamas.
- b. Solamente puedo observar el color de las mamas.
- c. Podría observar las características externas (tamaño desigual, forma anormal, coloración extraña).
- d. No es necesario observar lo externo

16. ¿Cuál es la posición adecuada para observar

las mamas?

- a. Posición acostada.
- b. Posición sentada.
- c. Posición parada.
- d. Posición de cuclillas.

17. ¿Cómo se debe inspeccionar las mamas?

- a. Lo puedo realizar sin espejo, porque no ayuda en nada.
- b. Debo hacerlo frente a un espejo, para observar cualquier alteración en las mamas.
- c. Debo ir a un médico para que lo inspeccione.

18. Debo hacerlo con las manos y solo cuando me acuerdo. ¿Cómo examina (revisa) las mamas?

- a. Examinó una por una.
- b. Las dos al mismo tiempo.
- c. Lo examinó solo con un dedo
- d. Examinó con toda la mano.

19. ¿Cómo se tiene que realizar la palpación en las mamas?

- a. Con la palma de la mano y frotarlo en las mamas de arriba hacia abajo.
- b. Tocarse con el dedo índice y pulgar de las manos.

- c. Con la yema de los dedos palpar las mamas de forma circular.
- d. Masajeando las mamas de forma vertical.

20. ¿Qué técnicas utiliza para realizar el autoexamen de mamas?

- a. Observación.
- b. Palpación.
- c. Inspección.
- d. Todas las anteriores.

Claves de respuesta del cuestionario:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	c	d	c	c	c	d	c	b	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d	b	b	a	c	c	b	a	c	d

Fuente: *Instrumento creado por las propias autoras*

**ANEXO 6: CUESTIONARIO DE CHEQUEO DE LA PRÁCTICA DEL
AUTOEXAMEN DE MAMA (CHECKLIST)**

		OBSERVACIÓN FRENTE AL ESPEJO	SI	NO
1	Observación	1.Se pone de pie frente a un espejo		
2		2.Observa sus mamas en general		
3		3.Observa la forma y tamaño de las mamas		
4		4.Observa las características de las mamas y suele describirlas		
5		5. Observa alguna anomalía de las mamas y las menciona verbalmente		
6		6. Observa la textura de la piel y las menciona		
7		7. Observa las características del pezón y las describe		
8	Posición	8.Se posiciona con los hombros rectos.		
9		9.Se posiciona con mirada fija.		
10		10.Coloca las manos sobre la cadera		
11		11.Coloca el brazo derecho detrás de la cabeza y examina la mama con la mano izquierda.		
12		12.Suele intercambiar el brazo derecho por el izquierdo y coloca detrás de la cabeza para examinar la otra mama		

13		13.Coloca las manos relajadas y suele usar las yemas de los dedos		
14	Palpación e Inspección	14.Empieza a palparse por el pezón en forma circular en sentido de las agujas del reloj.		
15		15.Utiliza las tres yemas de los dedos (índice, medio y anular) manteniendo de forma juntos y rectos.		
16		16.Palpa la mama completa de forma vertical de arriba hacia abajo y bordes de la mama		
17		17.Demuestra palpar el tejido mamario haciendo compresiones profundas.		
18		18.Dirige su dirección hacia la zona axilar palpando hasta la línea media		
19		19.Comprime las mamas con las yemas de los dedos hasta la pared torácica de igual manera en la zona axilar con movimientos circulares		
20		20. Aprieta el pezón de la mama si hay presencia de secreciones.		

**ANEXO 7: PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE KUDER – RICHARDSON
(KR-20) DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA.**

INSTRUMENTO	KUDER – RICHARDSON (KR-20)	Confiabilidad
Cuestionario para medir el nivel de conocimiento del autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres de 20 a 65 años	0.858 $KR20 = \frac{K}{K-1} * \frac{VAR - \sum (P1 * Q1)}{VAR}$ Donde: P1: Proporción de éxito para cada pregunta Q1: Proporción de incidente para cada pregunta P1Q1: Variación de cada pregunta VAR: Variación de los puntajes totales K: Número de ítems $\sum PQ = 4.27$ $K = 20$ $VAR = 23.1$ $KR20 = 0.86$ $KR20 = 20 \times \frac{23.1 - 4.27}{23.1} = 0.86$	Alta

Check list para medir el nivel de práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres de 20 a 65 años	0.8424 ΣPQ 4.1733 K= 20 VAR: 20.892 KR20= 0.8424 $KR_{20} = 20 \times 20.892 - 2.97 =$ 0.8424	Alta
---	--	-------------

ANEXO 8: EVALUACIÓN DE EXPERTOS

EVALUACIÓN DE EXPERTOS INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTO

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Nº de Ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable		El ítem contribuye a medir el indicador planteado		El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		
12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
19	X		X		X		
20	X		X		X		
21	X		X		X		



Mg. JUAN ROBERTO MURAYCO RINDEETA
DIRECTOR ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
ANPESANA, SAC

EVALUACIÓN DE EXPERTOS INSTRUMENTO DE PRACTICA

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable		El ítem contribuye a medir el indicador planteado		El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		
12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
19	X		X		X		
20	X		X		X		


Sandra GÓMEZ López
 Licenciada en Enfermería
 C.O.P. 40685 - RNA: 280

ANEXO 9: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 1 Y 2

EVALUACION DEL JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL - INSTRUMENTO 1 “CONOCIMIENTO”

Validez de contenido

[illegible]

10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	9	0.0107
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	9	0.0107
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
											PROMEDIO	0.0025

INSTRUMENTO 2 “PRÁCTICA”

Validez de contenido

[illegible]

11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
											PROMEDIO	0.0010

ANEXO 10: RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE 1:

CONOCIMIENTO DEL AUTOEXAMEN DE MAMA Y SUS

DIMENSIONES

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres de 20 - 65 años.

NIVEL	NUMERO	%
Bajo	82	48,52
Medio	72	42,60
Alto	15	8,88
Total	169	100,0

Tabla 5. Dimensión 1. Nivel de conocimiento sobre la definición de cáncer de mama e importancia del autoexamen.

ITEMS	Incorrecto		Correcto		
	n	%	n	%	
1 ¿Qué es el cáncer de mama?	52	30,8	117	69,2	169 (100.0)
2 ¿Qué es el autoexamen de mama?	102	60,4	67	39,6	169 (100.0)
3 ¿Quién se debe realizar el autoexamen de mama?	56	33,1	113	66,9	169 (100.0)
4 ¿Qué se debe de tener en cuenta para realizar el autoexamen de mama?	62	36,7	107	63,3	169 (100.0)

5	¿Cuáles son los beneficios del autoexamen de mama?	64	37,9	105	62,1	169 (100.0)
---	--	----	------	-----	-------------	-------------

Tabla 6. Dimensión 2. Nivel de conocimiento sobre inicio y frecuencia del autoexamen de mama.

ITEMS	Incorrecto		Correcto		
	n	%	n	%	
6. ¿Cuál es el mejor momento para realizar el autoexamen de mama?	143	84,6	26	15,4	169 (100.0)
7 ¿Considera usted que el autoexamen de mama se debe de realizar días después de la menstruación?	79	46,7	90	53,3	169 (100.0)
8 ¿Cuántas veces debes realizar el autoexamen de mama?	138	81,7	31	18,3	169 (100.0)
9 ¿A partir de qué edad se debe de realizar el autoexamen de mama?	69	40,8	100	59,2	169 (100.0)
10 ¿Cuánto tiempo como mínimo se debe de realizarel autoexamen de mama?	107	63,3	62	36,7	169 (100.0)

Tabla 7. Dimensión 3. Nivel de conocimientos sobre las características anómalas de las mamas.

ITEMS	Incorrecto		Correcto		
	n	%	n	%	
11 ¿Qué cambios debe notar en la piel de las mamas?	88	52,1	81	47,9	169 (100.0)
12 Al momento de explorar sus mamas, ¿Qué cambios se pueden palpar en las mamas	70	41,4	99	58,6	169 (100.0)
13 ¿Qué tipo de cambios se puede encontrar al palpar las axilas?	110	65,1	59	34,9	169 (100.0)
14 ¿Qué tipo de cambio debe explorar en el pezón de sus mamas?	124	73,4	45	26,6	169 (100.0)
15 ¿Qué cambios anormales se pueden observar en las mamas?	84	49,7	85	50,3	169 (100.0)

Tabla 8. Dimensión 4. Nivel de conocimientos sobre la inspección y palpación.

ITEMS	Incorrecto		Correcto		
	n	%	n	%	
16 ¿Cuál es la posición adecuada para observar las mamas?	82	48,5	87	51,5	169 (100.0)
17 ¿Cómo se debe inspeccionar las mamas?	104	61,5	65	38,5	169 (100.0)

18 ¿Cómo examina (revisa) las mamas?	77	45,6	92	54,4	169
					(100.0)
19 ¿Cómo se tiene que realizar la palpación en las mamas?	82	48,5	87	51,5	169
					(100.0)
20 ¿Qué técnicas utiliza para realizar el autoexamen de mamas?	114	67,5	55	32,5	169
					(100.0)

ANEXO 10: RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE 2: PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA Y SUS DIMENSIONES

Tabla 9. Nivel de práctica del autoexamen de mama como diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres de 20 - 65 años.

NIVEL	NUMERO	%
Inadecuado	116	68,64
Adecuado	53	31,36
Total	169	100,0

Tabla 10. Dimensión 1. Nivel conocimiento de observación.

ITEMS	SI		NO		
	n	%	n	%	
1.Se pone de pie frente a un espejo	161	95,3	8	4,7	169 (100.0)
2.Observa sus mamas en general	156	92,3	13	7,7	169

					(100.0)
3.Observa la forma y tamaño de las mamas	123	72,8	46	27,2	169
					(100.0)
4.Observa las características de las mamas y suele describirlas	69	40,8	100	59,2	169
					(100.0)
5. Observa alguna anomalía de las mamas y las menciona verbalmente	71	42,0	98	58,0	169
					(100.0)
6. Observa la textura de la piel y las menciona	63	37,3	106	62,7	169
					(100.0)
7. Observa las características del pezón y las describe	63	37,3	106	62,7	169
					(100.0)

Tabla 11. Dimensión 2. Nivel de conocimientos de posición.

ITEMS	SI		NO		
	n	%	n	%	
8.Se posiciona con los hombros rectos.	95	56,2	74	43,8	169
					(100.0)
9.Se posiciona con mirada fija.	115	68,0	54	32,0	169
					(100.0)
10.Coloca las manos sobre la cadera	20	11,8	149	88,2	169
					(100.0)
11.Coloca el brazo derecho detrás de la cabeza y examina la mama	60	35,5	109	64,5	169

con la mano izquierda.					(100.0)
12.Suele intercambiar el brazo derecho por el izquierdo y coloca detrás de la cabeza para examinar la otra mama.	53	31,4	116	68,6	169 (100.0)
13.Coloca las manos relajadas y suele usar las yemas de los dedos.	78	46,2	91	53,8	169 (100.0)

Tabla 12. Dimensión 3. Nivel de conocimientos de palpación e inspección.

ITEMS	SI		NO		TOTAL
	n	%	n	%	
14.Empieza a palparse por el pezón en forma circular en sentido de las agujas del reloj.	46	27,2	123	72,8	169 (100.0)
15.Utiliza las tres yemas de los dedos (índice, medio y anular) manteniendo de forma juntos y rectos.	52	30,8	117	69,2	169 (100.0)
16.Palpa la mama completa de forma vertical de arriba hacia abajo y bordes de la mama.	23	13,6	146	86,4	169 (100.0)
17.Demuestra palpar el tejido mamario haciendo	68	40,2	101	59,8	169 (100.0)

compresiones profundas.

18.Dirige su dirección hacia la zona axilar palpando hasta la línea media.	39	23,1	130	76,9	169 (100.0)
19.Comprime las mamas con las yemas de los dedos hasta la pared torácica de igual manera en la zona axilar con movimientos circulares.	36	21,3	133	78,7	169 (100.0)
20. Aprieta el pezón de la mama si hay presencia de secreciones.	6	3,6	163	96,4	169 (100.0)

RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

Tabla 13. Datos sociodemográficos.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
Grado de instrucción en mujeres de 20 a 65 años	Primaria	9	5,3
	Secundaria	117	69,9
	Superior técnico	19	11,2
	Superior universitario	24	13,6
Número de hijos de las mujeres evaluadas	0 a 3	150	88,8
	4 a 7	19	11,3
Total		169	100,0