



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN SALUD Y PRACTICA DE
TAMIZAJE DE CANCER DE MAMAS EN MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN
CENTENARIO-ABANCAY, NOVIEMBRE, 2017- ENERO,
2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
HUAYCA IGNACIO, WENDDY NATALIA**

**ASESOR:
DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

ABANCAY, PERÚ - 2018

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios, a mi esposo y mis hijos por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso; por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el periodo de estudio.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes y asesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad que me abrió sus puertas, preparándome para un futuro competitivo y formándome como persona de bien.

RESUMEN

COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN SALUD Y PRACTICA DE TAMIZAJE DE CANCER DE MAMAS EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO-ABANCAY, NOVIEMBRE, 2017- ENERO, 2018.

OBJETIVO: Determinar la relación entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: El presente trabajo de investigación es de tipo básica observacional, prospectivo, de corte trasversal, analítica, descriptivo correlacional, se utilizó como técnica observacional y el instrumento fue la encuesta a través de una ficha de recolección de datos previamente elaborado, y aplicado a 90 pacientes que fueron parte de la muestra.

RESULTADOS: el 45.6% de pacientes cuyo comunicación masivo no captan por spot televisivo para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 2.2% captan de una manera regular; el 32.2% de paciente cuyo comunicación masivos por radio no captan de forma regular para el tamizaje examen clínico mamas, 8.9% de pacientes captan de una manera buena; 43.3% de pacientes cuyo comunicación masiva no captan mediante avisos diarios locales para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 3.3% captan de una manera muy buena; El 43.3% de pacientes cuyo comunicación por medios alternativas no captan por medio de marchas de sensibilización para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 6.7% captan de una manera regular; El 47.8% de pacientes cuyo comunicación por medios alternativas no captan de manera buena por medio de materiales de comunicación para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 6.7% de pacientes cuyo comunicación medios alternativas por materiales de comunicación captan de una manera regular para el tamizaje de

examen clínico de mamas; el 47.8% de pacientes cuyo comunicación interpersonal no captan mediante la orientación y consejería individual para tamizaje de examen clínico de mamas, y el 6.7% cuyo comunicación interpersonal captan de manera regular para el tamizaje de examen clínico de mamas; El 50.0% de paciente cuyo comunicación interpersonal no captan mediante la orientación y consejería para el tamizaje examen clínico mamas, 6.7% de pacientes cuyo comunicación interpersonal captan de una manera muy buena mediante la orientación y consejería para el tamizaje de examen clínico de mamas.

CONCLUSIONES: En el cuadro se observa que los valores “sig” de Spot. Televisivo es 0.030, Radio es 0.011, Avisos diarios locales 0.015, Marchas de Sensibilización es 0.048, Teatro Socio drama es 0.015, Materiales comunicacionales es 0.044, Orientación y Consejería es 0.026, Orientación y Consejería de apoyo visual es 0.013 y de Orientación y Consejería en pareja es 0.034; todo ellos menores al nivel de significancia de 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que La Comunicación educativa en salud muestra la relación significativa con la práctica de tamizaje de cáncer de mamas.

PALABRA CLAVE: comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas.

ABSTRACT

EDUCATIONAL COMMUNICATION IN HEALTH AND PRACTICE OF SCREENING OF BREAST CANCER IN WOMEN WHO COME TO THE HEALTH CENTER YOUNG PEOPLE CENTENNIAL-ABANCAY, NOVEMBER, 2017- JANUARY, 2018.

OBJECTIVE: To determine the relationship between educational communication in health and the breast cancer screening practice in women attending the Pueblo Joven Centenario - Abancay Health Center, November, 2017-January, 2018.

MATERIAL AND METHODS: The present research work is basic observational, prospective, cross-sectional, analytical, descriptive correlational, was used as an observational technique and the instrument was the survey through a data collection card previously prepared, and applied to 90 patients who were part of the sample.

RESULTS: 45.6% of patients whose mass communication does not capture by television spot for clinical breast examination screening, and 2.2% capture in a regular way; 32.2% of patients whose mass radio communication does not regularly capture breast screening, 8.9% of patients get a good impression; 43.3% of patients whose mass communication is not captured by local daily notices for the screening of clinical examination of breasts, and 3.3% capture in a very good way; 43.3% of patients whose communication by alternative means do not capture by means of sensitization marches for the screening of clinical examination of breasts, and 6.7% capture in a regular way; 47.8% of patients whose communication by alternative means do not capture in a good way by means of communication materials for the screening of clinical examination of breasts, and 6.7% of patients whose communication alternative means by communication materials capture in a regular way for screening of clinical breast examination; 47.8% of patients whose interpersonal communication is not captured through counseling and individual counseling for breast examination

screening, and 6.7% whose interpersonal communication is regularly captured for clinical breast examination screening; 50.0% of patients whose interpersonal communication they do not capture through counseling and counseling for screening breast exams, 6.7% of patients whose interpersonal communication they capture in a very good way through counseling and counseling for screening breast clinical examination screening.

CONCLUSIONS: The table shows that the "sig" values of Spot. Televisive is 0.030, Radio is 0.011, Daily local announcements 0.015, Sensitization marches is 0.048, Socio drama theater is 0.015, Communication materials is 0.044, Orientation and Counseling is 0.026, Guidance and Counseling Visual support is 0.013 and Counseling and Counseling at couple is 0.034; all of them lower than the significance level of 0.05, then the null hypothesis (Ho) is rejected; therefore we can affirm with the level of 95% that the educational Communication in health shows the significant relation with the practice of breast cancer screening practice.

KEY WORD: educational communication in health and the practice of breast cancer screening.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	17
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL:.....	20
1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:.....	20
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL:.....	21
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	21
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	21
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
1.6 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
CAPÍTULO II	25
MARCO TEORICO	25
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.2 BASES TEÓRICAS.....	34
2.2.1 MAMA.....	34
2.2.1.1 GENERALIDADES.....	34
2.2.2 CANCER DE MAMA.....	35
2.2.2.1 DEFINICIÓN.....	35
2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO.....	36

2.2.2.3	INCIDENCIA.....	38
2.2.2.4	CUADRO CLÍNICO.....	38
2.2.2.5	DIAGNÓSTICO.....	39
2.2.2.6	PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE MAMA.....	40
2.2.2.7	TÉCNICA PARA REALIZAR EL EXAMEN CLÍNICO DE MAMAS	42
2.2.3	LA COMUNICACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	45
2.2.3.1	COMUNICACIÓN EN SALUD.....	46
2.2.3.2	ATRIBUTOS DE LA COMUNICACIÓN DE SALUD	46
2.2.3.3	TENDENCIAS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD EN AMÉRICA LATINA	48
2.2.3.4	MODELOS Y TEORÍAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD	49
2.2.3.5	MODELO DE CREENCIAS DE SALUD	50
2.2.3.6	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	52
2.2.3.7	MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD.....	52
2.2.3.8	MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD	54
2.2.3.9	MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD ...	56
2.2.3.10	MEDIOS DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN SALUD	56
2.3	DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:.....	57
CAPÍTULO III		60
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....		60
3.1	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.1.1	HIPÓTESIS GENERAL	60
3.1.2	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	60
3.2	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	61
CAPITULO IV		62
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		62
4.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	62
4.1.1	TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	63
4.1.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	63
4.1.3	MÉTODO	64
4.2	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	64
4.2.1	POBLACIÓN	64
4.2.2	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	64

4.2.3 MUESTRA.....	64
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS...	66
4.3.1 TÉCNICAS	66
4.3.2 INSTRUMENTOS.....	66
4.3.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	67
CAPÍTULO V	68
RESULTADOS	68
4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS	69
4.2 RESULTADOS CORRELACIONALES.....	80
4.2.1 PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	86
DISCUSIONES	91
CONCLUSIÓN.....	93
RECOMENDACIÓN	95
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	69
Tabla 2: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según marchas de sensibilización Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	70
Tabla 3: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según los teatros y socio dramas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	71
Tabla 4: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según materiales comunicativas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	73
Tabla 5: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	74
Tabla 6: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería de apoyo visual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	75
Tabla 7: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según técnicas de orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	76
Tabla 8: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería individual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	77
Tabla 9: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería en pareja Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	78
Tabla 10: Pacientes según el examen clínicos de mamas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	79
Tabla 11: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	80

Tabla 12: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según Medios de comunicación alternativa Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	82
Tabla 13: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según comunicación interpersonal Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	84
Tabla 14: Pruebas de chi-cuadrado – Hipótesis general.	86
Tabla 15: Pruebas de chi-cuadrado – hipótesis 1.	87
Tabla 16: Pruebas de chi-cuadrado – hipótesis 2.	88
Tabla 17: Pruebas de chi-cuadrado – hipótesis 3.	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	69
Gráfico 2: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según marchas de sensibilización Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	70
Gráfico 3: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según los teatros y socio dramas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	71
Gráfico 4: Gráfico 4: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según materiales comunicativas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	73
Gráfico 5: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	74
Gráfico 6: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería de apoyo visual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	75
Gráfico 7: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según técnicas de orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	76
Gráfico 8: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería individual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	77
Gráfico 9: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería en pareja Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	78
Gráfico 10: Pacientes según el examen clínicos de mamas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018...	79
Gráfico 11: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	81

Gráfico 12: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según Medios de comunicación alternativa Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.....	83
Gráfico 13: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según comunicación interpersonal Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.	85

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CaMa) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Se trata del tumor maligno más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en desarrollo, con un número estimado de 1.4 millones de nuevos casos anuales. En la mayoría de las regiones del mundo es la principal causa de mortalidad femenina por tumores malignos y ha superado ya al cáncer de cérvix. ⁽¹⁾

La profesión Obstetricia cada vez y con mayor convicción considera la importancia de las acciones preventivas como estrategia para lograr mejorar y conservar cualitativa y cuantitativamente la salud de la población para el cambio de actitudes, orientadas hacia el cuidado de su salud y prevención de la enfermedad para así mejorar la cultura de la población en lo que a salud se refiere.

El cáncer es una enfermedad crónica pero prevenible, específicamente el cáncer de mama, cuyo perfil epidemiológico ha aumentado en los últimos años, registrándose una tendencia ascendente, por lo que el prevenirla, es una prioridad.

Las intervenciones de la obstetra es la prevención, se basa en la educación para la salud, en medidas legislativas para actuar sobre los factores de riesgo ya conocidos y en la obtención de nueva información mediante la investigación.

Otra de las intervenciones que merecen especial atención es la detección precoz, que tiene como objetivo ideal, la detección de las lesiones pre malignas. Este tipo de prevención se le considera como estrategia pasiva, en donde el propio paciente es el que consulta cuando lo considera oportuno.

Un tipo especial de estrategia pasiva, basada en la idea de educación sanitaria tendiente a que el paciente se conozca mejor y detecte precozmente posibles alteraciones es el autoexamen de las mamas, método por el cual la propia paciente efectúa un reconocimiento sencillo de las mamas.

La prevención así descrita, no se realiza a cabalidad en muchos sectores de la población, en razón a que las personas, en la diversidad de países como el nuestro presentan diversas y variadas características sociales y culturales, dentro de ellas las más relevantes son: la zona de residencia que no muestra uniformidad en cuanto a niveles culturales, económicos, educativos, entre otros; y por el desconocimiento de las medidas de prevención.

En este sentido, el conocimiento como herramienta para obtener capacidad en la realización de actividad y/o comportamiento es necesario para alcanzar una determinada cultura de prevención de las enfermedades en general; en este caso, del cáncer de mama, por lo que la autora se vio motivada de realizar el presente estudio, el que tiene por finalidad investigar sobre el nivel de conocimientos de las mujeres adultas provenientes de uno de esos sectores pero relacionado a sus características socioculturales de prevención de cáncer de mamas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El cáncer de mama es la principal causa de muerte entre mujeres de 35 y 55 años de edad en los países desarrollados. Es un tumor raro antes de los 25 años, y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad, y alcanza mayor incidencia en edades avanzadas. ⁽²⁾

A nivel mundial, con una tasa ajustada por edad de 43,3/100 000 habitantes, según cifras publicadas en 2012 por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar en frecuencia en mujeres. ⁽³⁾

En el 2012, más de 408.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92.000 fallecieron a causa de esta enfermedad. Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030. El cáncer de mama

es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe (ALCA), tanto en número de casos nuevos como en número de muertes. ⁽⁴⁾

En Perú, según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, durante el periodo 2006-2011, el 16,6% (11 271) del total de casos de cáncer diagnosticados en mujeres correspondió a pacientes con cáncer de mama⁴, afectando principalmente a las mayores de 50 años (80/100 000)². Así, en el país esta neoplasia es la tercera causa de mortalidad por cáncer, contando 10 defunciones por 100 000 habitantes² y la supervivencia es de 70% a los 5 años. ⁽⁵⁾

En Perú, aproximadamente un 40% de las pacientes son diagnosticadas en estadios avanzados lo que reduce las posibilidades terapéuticas y conlleva un peor pronóstico⁵. La edad promedio al diagnóstico es 54 años y a la muerte 58,4 años ⁽⁵⁾. Esta rápida progresión de la enfermedad podría estar condicionada por el escaso acceso al tratamiento y su baja efectividad en los estadios avanzados pues solo un 69,5% de la población cuenta con un sistema de cobertura en salud. ⁽⁶⁾

En nuestra región no se cuenta con datos regionales sobre la magnitud de esta enfermedad, pero a nivel de instituciones de salud el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay reporta que el cáncer de mama ocupa el quinto lugar como diagnóstico clínico de cáncer con un 8,51% del total de casos de cáncer. ⁽⁷⁾

Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. ⁽⁸⁾

A nivel del Ministerio de Salud se ha implementado el Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, en el cual se brinda intervenciones de prevención primaria y secundaria con énfasis en el diagnóstico temprano de los casos de cáncer ginecológico, las mismas que se encuentran en las acciones estratégicas planteadas para el cumplimiento del objetivo específico 2 del Plan Bicentenario: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad en todas sus formas.

El programa presupuestal de prevención y control de cáncer contempla un producto denominada población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud del cáncer de mama con actividades educativas sean de tipo individual y masivo, el mismo que tiene como población objetivo las mujeres entre 18 y 64 años, dichas intervenciones deben tener impacto en el examen clínico de mamas con prioridad a las mujeres entre 40 a 65 años; de lo observado en la región Apurímac la cobertura de examen clínico de mamas se mantienen baja, además que el impacto de la educación en salud no se tiene como línea de investigación y menos aún resultados de impacto de las campañas educativas.

A pesar de que la detección temprana constituye la mejor alternativa para controlar, prevenir recurrencias y metástasis a otros órganos, se ha evidenciado

que la evaluación clínica de las mujeres que concurren a los establecimientos del primer nivel de atención, ya sea presentando síntomas o no, se encuentran con coberturas muy bajas, esto va a traer consigo las elevadas tasas de morbimortalidad por esta causa las mismas que continuarán inalterables trayendo consigo problemas para el sector salud y a nivel familiar y comunitario.

El cáncer de mama puede ser detectado y tratado a tiempo. Los programas de información, educación y consejería aumentan el conocimiento de las mujeres sobre los factores de riesgo y los signos y síntomas que requieren atención médica inmediata. Los programas de tamizaje organizados pueden detectar cánceres en etapas iniciales. La mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en etapas iniciales (I y II), si reciben tratamiento, tienen un buen pronóstico, con tasas de supervivencia a 5 años del 80% al 90 %.⁽³⁾

Por lo dicho el propósito del presente estudio es la relación que existe entre los factores de educación en salud con la práctica de tamizaje de mamas en mujeres que acuden a un establecimiento público del primer nivel de atención.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL:

La presente investigación tomara como ámbito temporal el año 2017-2018.

1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:

El ámbito geográfico de la presente investigación es el Centro de Salud Pueblo Joven Centenario de Abancay. Establecimiento del I Nivel de

Atención de Salud categorizado como I-4. Ubicado en el distrito de Abancay, provincia Abancay, Región Apurímac.

1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL:

Las unidades de estudio para la presente investigación son las mujeres, comprendidas entre las edades de 25 a 64 años, las mismas que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer mamario.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Existe relación entre la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017- enero 2018?

¿Existe relación entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018?

¿Existe relación entre la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres

que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relacionar la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero2018.

Relacionar la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018.

Relacionar la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud pública, prioritario por su magnitud y trascendencia, que se relaciona con las transiciones demográfica y epidemiológica de nuestro país. Nuestra población va envejeciendo, y por lo tanto existe una mayor exposición a los factores de riesgo, todo esto cobra mayor relevancia en la sociedad y en los servicios de salud, los mismos que deberán responder a las necesidades crecientes de detección y atención de esta patología mediante programas accesibles de acuerdo a la realidad local.

En los últimos años se ha observado un aumento progresivo de la tasa de mortalidad por cáncer de mama, además existen diferentes factores sociales y culturales los que originan los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que inciden en la permanencia de las enfermedades.

Estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, con relación al cáncer de mama, han demostrado que la desinformación sobre los sistemas de creencias y valores de la población es un factor determinante en la presencia de la enfermedad y que las intervenciones educativas continuas que tengan en cuenta estas particularidades, logran cambios importantes en el comportamiento con respecto a la prevención y control del cáncer de mama y otros problemas que afectan a las comunidades,

El presente estudio se justifica por ser interesante, novedoso y bien diseñado, ya que existen pocos estudios previos que relacionan la variable educación comunicativa en salud y la práctica de despistaje de cáncer, los resultados van a demostrar evidencia suficiente sobre la relación de ambas variables siendo el inicio de esta línea de investigación en nuestra región, la aplicabilidad práctica de los resultados de esta investigación en un futuro para los decisores en salud

publica tendrá un impacto positivo en la cobertura de la actividad de examen clínico y por ende en la disminución de la morbimortalidad del cáncer de mama.

1.6 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Muchas mujeres anteponen el cuidado de los demás miembros de su familia antes que su propia salud, posponiendo así la detección oportuna del cáncer de mama, que les evitaría llegar en etapas avanzadas de la enfermedad o incluso la muerte, por lo que la importancia de esta investigación radica en conocer el impacto que tienen las actividades educativas en salud en la participación en las actividades de detección temprana del cáncer de mama. Además el programa presupuestal de prevención y control de cáncer utiliza métodos de comunicación acordes con la localidad y la región, teniendo en cuenta que las estrategias de prestación de servicios deben focalizar su atención en mujeres en riesgo por la edad, menor nivel de instrucción y con menos posibilidad de acceso a los servicios de salud todo esto con el fin de promover el examen clínico de mamas, finalmente un programa de detección temprana del cáncer de mama mejora la supervivencia, disminuye la morbilidad y reduce el costo de la atención si se diagnostica con prontitud y se trata eficazmente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales:

Poblano, O; Figueroa, J-G; López, L., en su trabajo “Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama.”, realizado el año 2004, con el objetivo de Identificar los condicionantes de la utilización del examen clínico de mama, la relación entre ellos y el ejercicio médico institucional. Material y Método: Entre 1996 y 1997 se hizo un estudio cualitativo en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaría de Salud. Se realizaron ocho grupos focales: cuatro con mujeres usuarias y cuatro con profesionales de la salud. Participaron 47 usuarias y 29 médicos y enfermeras. La información se interpretó con base en la capacidad de respuesta organizacional a las expectativas de la usuaria, el poder/saber en la organización y el ejercicio médico institucional, a la luz de la Teoría Fundamentada. Obteniendo como resultados que: La demanda estuvo condicionada por la percepción de mala calidad de la atención, falta de confianza

en el médico y aspectos organizacionales. En la oferta, los médicos varones mostraron desinterés y temor a realizar el examen. Las médicas parecieron interesadas y las usuarias las aceptaron. Conclusiones: Existen barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales en el acceso y utilización del examen clínico de mama. La identificación de estas barreras y su origen pueden apoyar el desarrollo de acciones para mejorar la relación médico-paciente. ⁽⁹⁾

Arboleda Ruiz W A, Betancurth Loaiza D P, Correa Ramírez L Á, en su trabajo “frecuencia de mamografía y examen clínico de mama en mujeres del régimen subsidiado - manizales (caldas)”, realizado el año 2012, con el objetivo de Determinar la cobertura del examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en un grupo de mujeres del régimen subsidiado en el municipio de Manizales. Material y Método: Estudio observacional de tipo transversal. Se efectuó una encuesta telefónica a 352 mujeres con edades comprendidas entre 50 y 69 años, residentes en el área urbana y rural del municipio de Manizales durante el cuarto trimestre de 2010. La cobertura de tamización se valoró como la proporción de mujeres con antecedente de mamografía y examen clínico de la mama, fueron excluidas las mujeres con antecedente personal de cáncer de mama. Se estimó frecuencia de vida, frecuencia en los últimos dos años y en el último año. Se analizaron factores asociados a la práctica de tamización mediante el cálculo de OR ajustados. Obteniendo como resultados que: La frecuencia de vida de uso de examen clínico fue de 56% y de mamografía 42,3%, de los cuales el 3 y el 7% fueron diagnósticos respectivamente (mujeres sintomáticas), el resto lo hizo con fines de cribado. Por tamización 53,1% tenían examen clínico en el último año y 24,7% mamografías en los últimos dos años.

No se halló relación de las diferentes variables con la no realización de la mamografía. Conclusiones: Existe una baja cobertura de la mamografía y el examen clínico de mama por tamización en las mujeres del régimen subsidiado, a pesar de las recomendaciones generadas por el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología. ⁽¹⁰⁾

La Revista Panamericana de Salud Pública, en su trabajo “Determinantes del uso de los servicios de tamizaje de cáncer de mama en trabajadoras mexicanas.”, realizado el año 2008, con el

Objetivo de identificar y cuantificar los factores críticos que influyen en el uso de los servicios de examen clínico de mamas y mamografías en trabajadoras de Monterrey, México. Material y Método: El grupo de casos quedó formado por mujeres que no se habían realizado el examen clínico de las mamas en el año anterior a la investigación, mujeres de más de 40 años que no se habían realizado una mamografía en los dos años previos o en el año previo si tenían más de 50 años de edad. El grupo de control quedó constituido por mujeres que cumplieron las directivas contenidas en la Norma Oficial Mexicana. En total participaron 324 mujeres: 171 casos y 153 controles, ajustados por la edad con un máximo de 5 años de diferencia. Obteniendo como resultados que: Los factores asociados positivamente con el uso de los servicios de tamizaje fueron el conocimiento de la utilidad del autoexamen de mamas (razón de posibilidades [odds ratio, OR] = 6,0; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,0 a 33,9), la percepción de que el sistema de salud cuenta con suficiente equipamiento y personal para realizar el examen clínico (OR = 4,7; IC95%: 1,7 a 13,2) y la percepción de que disponían de tiempo suficiente para esperar y realizarse el

examen clínico de mamas (OR = 2,5; IC95%: 1,1 a 5,8). Esas asociaciones fueron independientes del nivel educacional de las mujeres, los embarazos previos, el número de hijos vivos, las horas de trabajo a la semana y los ingresos mensuales de la familia. Conclusiones: La principal barrera estructural para cumplir adecuadamente las directivas vigentes fue la falta de tiempo de las participantes, especialmente para las pruebas preventivas como el autoexamen de mamas, el examen clínico y la mamografía. No se observó que el perfil sociocultural de la población se asociara significativamente con el uso de los servicios de tamizaje. ⁽¹¹⁾

Agudelo Botero, Marcela, en su trabajo “Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales”, realizado el año 2012, con el objetivo de identificar los factores que explican el acceso a la detección del cáncer de mama en México en función de las características sociodemográficas de las mujeres, de acuerdo con tres encuestas representativas en el ámbito nacional. Material y Método: Se realizaron estadísticas descriptivas y se emplearon técnicas de análisis de clasificación múltiple. Las variables dependientes fueron que las mujeres se hubieran realizado: 1) la autoexploración, 2) el examen clínico de mamas, o 3) la mamografía; las covariables fueron: grupos de edad, escolaridad, tipo de localidad (urbana/rural), estado conyugal, número de hijos, derecho habiencia y estrato socioeconómico. Obteniendo como resultados que: Se encontró una cobertura de detección baja y se observaron brechas entre distintos grupos femeninos según las características sociodemográficas. Conclusiones: Por lo general, las mujeres de estratos económicos más bajos, sin derecho habiencia

y con menores niveles educativos, registraron prácticas de detección inferiores a la media nacional. ⁽¹²⁾

López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez R, Knaul F M, en su trabajo “Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas.”, realizado el año 2014, con el objetivo de Identificar las características asociadas con la prevalencia de utilización correcta de la autoexploración manual (AE), el examen clínico (EC) y la mamografía (MA) para la detección de cáncer mamario (CaMa). Material y Método: Se entrevistó a 1 030 mujeres mexicanas, sanas, de entre 20 y 88 años sobre su historia reproductiva y sociodemográfica. Con base en la forma y frecuencia de realización de estas técnicas de detección, se construyó un índice de utilización correcta. Obteniendo como resultados La prevalencia de utilización correcta de la AE fue de 11% y del EC de 5.4%. El 7.6% de las mujeres entre 40 y 49 años y 31.6% de las mujeres con 50 años o más se realizaron una MA de acuerdo con la norma vigente al momento del estudio. El aseguramiento por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o del Seguro Popular fue el principal determinante de la utilización de la MA. Conclusiones: Se evidencia la necesidad de incrementar la correcta utilización de la AE, el EC y la MA. ⁽¹³⁾

Toquica AM, Cuéllar DI, Chávez DR, en su artículo de revisión “Estrategias de comunicación para vincular a la comunidad a programas de detección temprana de cáncer de mama”, realizado el año 2015, indica que El presente artículo de revisión de tema busca reconocer diferentes estrategias de comunicación masiva implementadas para la vinculación de la comunidad a los programas de

detección temprana de cáncer de mama. Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura buscando fomentar una visión global sobre la experiencia de la comunicación vinculando a la comunidad como estrategia en dichos programas. Se tuvieron en cuenta trabajos que reportaran estrategias de comunicación para acercar a las mujeres al tamizaje de cáncer de mama, excluyendo investigaciones que abordaban programas basados en métodos diferentes, artículos de opinión, editoriales o el contenido sobre tratamientos; se restringió la búsqueda a los artículos publicados desde el año 2000 a 2013 en los idiomas español e inglés y sin delimitación geográfica en particular. Con el fin de transmitir la información concerniente al cribado de cáncer de mama, se utilizan diversos medios de comunicación con diferentes resultados, sin tener total evidencia de su eficacia. Los avances en la tecnología de las comunicaciones, particularmente los medios de comunicación a través de internet han abierto interesantes posibilidades de intervenir e influir en la trayectoria de la lucha contra el cáncer. Los Ministerios de Salud afrontan retos de diversos órdenes para crear y apoyar programas de atención de salud que puedan mejorar el pronóstico en el cáncer de mama. ⁽¹⁴⁾

Nacionales:

Díaz Cuty Y, Ytusaca Acuticona K, en su trabajo “características socioculturales y su relación con el nivel de conocimientos sobre las medidas de la prevención de cáncer de mama en mujeres de 30 a 60 años de edad. liga de lucha contra el cáncer. arequipa, 2013”, realizado el año 2013, con el objetivo de determinar en las mujeres de 30 a 60 años de edad las características socioculturales y el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención del cáncer, así como

precisar su relación. Material y Método: se consideró el nivel de estudio relacional, de corte transversal. Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un formulario de preguntas validado por expertos y aplicado a 73 mujeres de 30 a 60 años de edad consultantes de la Liga de Lucha contra de Cáncer. Obteniendo como resultados que: Los datos obtenidos fueron organizados estadísticamente, analizados e interpretados, lo que permitió abordar a tres conclusiones: la primera indica que las mujeres de 30 a 60 años investigadas en más de la mitad tienen de 31 a 50 años de edad, proceden de la zona urbana, tienen como nivel de instrucción secundaria y superior y como ocupación, el trabajo y estudio. La segunda, muestra que el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de mama en más del 50% es medio y alto. La tercera, da referencia a que existe una relación directa entre las características socioculturales y el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención del cáncer de mama. ⁽¹⁵⁾

Gutiérrez-Aguado, Alfonso, en su trabajo “Costo utilidad de intervenciones preventivas para cáncer de mama en el Perú”, realizado el año 2012, con el objetivo de Estimar el costo utilidad de las intervenciones preventivas contra el cáncer de mama en mujeres peruanas. Material y Método: Evaluación económica tipo costo-utilidad. Parámetros epidemiológicos, costos. Intervenciones: Se ha realizado un análisis de costo utilidad empleando el modelo de Markov, basado en la información de parámetros epidemiológicos, costos asociados al cáncer de mama y la utilidad. Los costos fueron desde la perspectiva del financiador (MINSA). Se comparó con los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y se utilizó una tasa de descuento del 5%. Obteniendo como

resultados que: El costo anual de la intervención autoexamen de mamas fue USD 10 410 811, para el examen clínico de mamas fue 45 007 733,76, con mamografía fue USD 46 624 661,45 y para la intervención con tamoxifeno fue USD 4 705 800. La razón incremental de costo efectividad (RICE) fue 2 638,6 USD/QALY. Conclusiones: La intervención con mamografía fue más costo-efectiva que las otras intervenciones. ⁽¹⁶⁾

Sucacahua Fernandez, Jacqueline, en su trabajo “factores de riesgo y conocimiento de prevención de cáncer de mama - mujeres asentamiento humano miraflores bajo-chimbote, 2013”, realizado el año 2013, con el objetivo de determinar los factores de riesgo y el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Asentamiento Humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo Setiembre – Diciembre del 2013. Material y Método: se centra en un estudio cuantitativo - descriptivo, diseño no experimental. La población lo constituyen 1,344 mujeres en edad fértil, una muestra de 100 mujeres en edad fértil muestreo no probabilístico. Obteniendo como resultados que: reportan que dentro de los factores de riesgo no modificables hacia el cáncer de mama, el factor de mayor coincidencia están presentes en un (21,0%) en las mujeres en relación a la raza blanca, frente a un porcentaje que tiene antecedente familiar de cáncer de mama (13,0%). Así mismo en relación a los factores de riesgo modificables, el factor de mayor coincidencia está dada por la paridad de las mujeres y obesidad con un (39,0%) y (11,0%) respectivamente. Por otro lado la mayoría (77,0%) de las mujeres tienen un nivel bajo de conocimiento de medidas preventivas frente al cáncer de mama. Conclusiones: Las mujeres entrevistadas del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote tienen dos o más factores de

riesgo condicionantes a el cáncer de mama, tienen un nivel bajo de conocimiento sobre las medidas de prevención hacia el cáncer de mama, situación que amerita profundizar el estudio para relacionar los factores de riesgo con el conocimiento de prevención de cáncer de mama. ⁽¹⁷⁾

Regionales:

Llaccolla Sullasi, Ruth Isaura, 2017 (Nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama en mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Sub Regional de Andahuaylas, período mayo julio del 2016), la investigación se inició a partir de la observación que se realizó en las prácticas profesionales, a las pacientes que visitaban con frecuencia al Hospital Sub Regional de Andahuaylas. El objetivo principal del estudio fue determinar el nivel de correlación que existe entre el conocimiento del autoexamen de las mamas con la práctica del autoexamen de las mamas en mujeres en edad fértil que acuden al Hospital sub regional de Andahuaylas. La investigación fue del tipo no experimental con enfoque cuantitativo; su diseño fue descriptivo correlacional; se trabajó con 80 madres de familia como muestra de investigación. La técnica fue la entrevista y el instrumento la ficha de entrevista; para el análisis de la información se utilizó el Excel y el SPSS versión 23. Respecto a los resultados obtenidos, en la tabla N° 16 se muestra la correlación que existe entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas con el nivel de práctica sobre el auto examen de mamas, al respecto se ha obtenido un coeficiente de 0,844, lo cual en la escala de Pearson significa alta correlación positiva y significativa, esto quiere decir que cuanto menos se conoce sobre el autoexamen de mamas,

menos será la práctica del mismo, en las madres de familia que pertenecen al estudio. ⁽¹⁸⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 MAMA

2.2.1.1 GENERALIDADES

En cuanto al órgano, la mama es una glándula especialmente preparada para la producción y secreción de la leche con finalidad nutricia para las crías. En este sentido, la presencia de este órgano es tan importante que permite la clasificación de sus portadores como mamíferos. Si la función única de la mama femenina fuera la lactancia como sucede en el resto de mamíferos sus enfermedades tendrían sin duda mucha menos trascendencia de la que tienen. El problema es que en la raza humana existen otras múltiples funciones que puede discutirse si son primarias o secundarias y adquiridas. ⁽¹⁹⁾

En la mujer el hecho de que la mama sea un órgano permanente y no sólo evidente durante la lactancia como en el resto de los mamíferos nos muestra ya la posibilidad de que ejerza otras funciones. ⁽¹⁹⁾

La primera es que representa mucho más que un órgano meramente nutricional, esta función catalogable como maternal es lo que para Ch. Gros diferencia la denominación mama aplicable a todos los mamíferos de la de seno propio de la mujer: "La mama

cuando se humaniza se convierte en seno." La mama representa fecundidad ya en la Venus prehistórica, representa el origen del universo en el mito de la Vía Láctea o en el de Isis. La mama simboliza feminidad, simboliza belleza. La mama también puede simbolizar sufrimiento por las enfermedades que en ella pueden asentar como se demuestra en el martirio de Santa Águeda tantas veces reproducido en el arte o incluso en la muerte de Cleopatra. La mama representa, sin dudas, en la raza humana un órgano erótico. Este erotismo trata de destacarlo la moda variable a través de los tiempos. La mama como órgano estético también ha estado representada en el arte en toda su historia. ⁽¹⁹⁾

Es importante tener presente que la mama de la mujer es primordialmente un órgano estético "para sí misma" antes que "para los demás" ⁽¹⁹⁾

2.2.2 CANCER DE MAMA

2.2.2.1 DEFINICIÓN

El cáncer de mama se define como "el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse" (1)

El cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y alcanza cerca de 30 % de todas las localizaciones femeninas. Esto se debe por lo general a diagnóstico médico tardío, por pobre trabajo de pesquisa en las áreas y tardía decisión de la mujer en buscar ayuda médica, y

mucho en la inexistencia de la práctica del autoexamen de mama. Este se clasifica en etapas clínicas de acuerdo con el volumen del tumor (T) y la existencia o no de metástasis en ganglios locoregionales (N) y metástasis a distancia (M).⁽²⁰⁾

2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO

En este aspecto, existe consenso de que hay grupos de mujeres dentro de la población femenina que tienen mayor riesgo de desarrollar un cáncer de mama.⁽²⁰⁾

Estos factores de riesgo se agrupan de la manera siguiente:

- 1) Edad mayor de 40 años.
- 2) Nulíparas.
- 3) Primer parto después de los 30 años de edad.
- 4) Ausencia de lactancia materna.
- 5) Menarquía temprana (menor de 10 años).
- 6) Menopausia tardía (mayor de 55 años).
- 7) Obesidad posmenopáusica.
- 8) Tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia.
- 9) Antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria.
- 10) Antecedente personal de cáncer en mama, endometrio u ovario.
- 11) Antecedente familiar cercano de cáncer mamario.
- 12) Otros.⁽²⁰⁾

En general, este grupo de factores de riesgo parece incidir de manera especial como factor predisponente, la excesiva y

prolongada acción de los estrógenos (o ambos factores), lo que se ha demostrado también al suprimir las funciones productoras o neutralizarlas con sustancias antagónicas. ⁽²⁰⁾

El consumo de alcohol está claramente relacionado con un riesgo mayor de cáncer del seno. Las mujeres que toman un trago al día tienen un riesgo ligeramente más alto. Aquellas que toman de 2 a 5 tragos al día tienen alrededor de 1.5 veces más riesgo que las mujeres que no toman alcohol. ⁽²¹⁾

El sobrepeso se asocia con un riesgo más alto de cáncer del seno, especialmente, para las mujeres después de la menopausia y si el aumento de peso ha ocurrido en la edad adulta. No obstante, la conexión entre el peso y el riesgo de cáncer del seno es compleja y los estudios de la relación de la grasa en la dieta con el riesgo de cáncer del seno, en muchas ocasiones, han tenido resultados contradictorios. La relación entre el ejercicio y el cáncer es un área de estudio relativamente nueva. Se están llevando a cabo más investigaciones para confirmar estos hallazgos. ⁽²¹⁾

Se ha comprobado que a mayor asociación de factores corresponde mayor incidencia de cáncer mamario. Es ineludible que este conocimiento permite agrupar a estas mujeres y dirigir hacia ellas las acciones de salud necesarias para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer mamario. ⁽²⁰⁾

Calcular la densidad mineral ósea de una mujer parece arrojar luz sobre su riesgo de padecer cáncer de mama. Un estudio reciente ha encontrado que la densidad mineral ósea (DMO) alta predice una mayor probabilidad de desarrollar cáncer mamario, independientemente de qué tan alto es el riesgo, según el frecuentemente usado modelo Gail. Se podrían usar las dos medidas en conjunto para predecir mejor el riesgo de esta enfermedad. Las mujeres con alta densidad ósea con frecuencia tienen sobrepeso o son obesas, una afección que eleva el riesgo de cáncer de mama y que podría muy bien ser el denominador común.⁽²²⁾

2.2.2.3 INCIDENCIA

El 80% de los tumores de mama son carcinomas ductales infiltrantes, mientras que 20% restante está constituido por diversos tumores (lobulillar, medular, mucinoso o coloide, papilar y tubular). El 1-2% de las neoplasias se presentan de forma bilateral. El cáncer de mama metastatiza con mucha frecuencia.⁽²³⁾

2.2.2.4 CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico de la enfermedad maligna de la mama comienza como un simple nódulo, indoloro, de tamaño variable, más frecuente en el cuadrante supero externo de una mama, que

puede mostrar o no señales de fijación superficial (piel de naranja) o a los planos musculares y acompañarse de adenopatías axilares. La retracción del pezón y la ulceración de la piel son signos tardíos que asocian siempre metástasis distantes (pulmón, hígado, huesos, cerebro y otros).⁽²⁰⁾

2.2.2.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un tumor de mama descansa en 3 aspectos: el autoexamen mamario, la exploración clínica y medios diagnósticos como la mamografía y la ultrasonografía. La xerorradiografía es otra de las pruebas utilizadas aunque tiene como inconveniente la dosis de radiación que se recibe, lo que la hace utilizable sólo en casos dudosos, pero es muy discutible su uso en pesquisas masivas. No obstante, debe tenerse presente que este método tiene hasta 15 % de falsos negativos en presencia de un cáncer mamario. La termografía es un método que mediante variadas técnicas muestra el aumento local de temperatura producido en el área tumoral. No es específico para detectar cáncer, pero puede ser útil para dirigir la atención hacia mujeres que muestren registros patológicos en la prueba. No se informan secuelas por este método.⁽²⁰⁾ Existen otros métodos modernos que complementan el diagnóstico una vez detectada la lesión: la biopsia por aspiración y la biopsia excisional. La determinación preoperatoria de marcadores tumorales es importante como valor referencial. Su elevación tras un descenso

puede ser índice de recidiva precoz o de metástasis a distancia.

(24)

La determinación de receptores a estrógenos y progesterona es fundamental para la indicación terapéutica posterior a la cirugía. Las determinaciones se deben realizar en todas las intervenciones quirúrgicas de neoplasia de mama a partir de una muestra obtenida de la tumoración de aproximadamente un gramo de peso. (24)

2.2.2.6 PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE MAMA

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

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la

mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer.

Hay dos métodos de detección precoz:

El diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática.

El examen clínico de la mama como modalidad de tamizaje, efectuado por profesionales sanitarios con formación, sólo se debería utilizar en ensayos o proyectos de demostración. No obstante, este examen clínico de la mama puede ser de particular importancia en países donde los recursos para mamografías sean insuficientes y donde la enfermedad se encuentre habitualmente en una fase avanzada en el momento del diagnóstico. ⁽²⁵⁾

2.2.2.7 TÉCNICA PARA REALIZAR EL EXAMEN CLÍNICO DE MAMAS

a) Anamnesis.- contar con una anamnesis personal y familiar exhaustiva que abarque todos los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de la enfermedad.

b) Antecedentes familiares de cáncer.- Los antecedentes familiares de cáncer son relevantes en ambas ramas de la familia, tanto materna como paterna, sin importar el sexo de los familiares afectados.

El grado de parentesco con los familiares afectados es proporcional al riesgo, siendo mayor para familiares de primer y segundo grado (padres, hermanos, hijos, tíos, abuelos y nietos) y menor para familiares más lejanos (tercer y cuarto grado).

La edad de aparición del cáncer en los familiares afectados es un dato fundamental en relación al riesgo, siendo éste mayor cuanto más temprana es la edad de diagnóstico.

Los tumores asociados a cáncer de mama hereditario, según los principales síndromes observados, son de: ovario, endometrio, colon, próstata, páncreas, melanoma, tiroides, etc. ⁽²⁶⁾

c) Antecedentes personales.- indagar sobre los factores personales descritos en párrafos anteriores, especialmente en los factores modificables como la nuliparidad y la edad tardía del primer embarazo, obesidad en posmenopáusicas y sedentarismo; así como los factores exógenos de importancia

como la terapia hormonal de reemplazo, exposición a radiaciones ionizantes, dieta rica en grasas, consumo de alcohol y tabaco.

d) Enfermedad actual.- indagar con mucha precisión el tiempo de evolución y los signos y síntomas.

e) Examen físico.- se realiza mediante a inspección y la palpación, el mismo que debe ser ordenado y sistemático, respetando siempre el pudor de la paciente, propiciando un ámbito lo más privado posible. Es conveniente explicar previamente a la mujer cómo será el procedimiento, la importancia y la necesidad de esta práctica, para que ella misma lo asuma como rutinario. Es importante también ofrecerle la posibilidad de que esté acompañada durante la práctica.

El examen físico consta de los siguientes pasos: Posición de la paciente, debe ser en posición sentada, luego en decúbito dorsal y por último recostado en 45° hacia ambos lados—esta posición es muy útil en mujeres obesas o mamas muy grandes para examinar los cuadrantes externos.

La inspección se debe hacer con la paciente sentada, brazos en relajación, brazos elevados y, luego, manos en la cintura para contraer los músculos pectorales. Observar y detectar asimetrías de volumen, desviación de pezones, retracciones espontáneas de la piel, cambios en el aspecto de la piel (edema, eritema), cicatrices, ulceraciones, orificios fistulosos, etc. Relacionar los

hallazgos con la contracción de los pectorales como un signo de contacto con la aponeurosis.

La palpación en posición sentada, manos en las rodillas y luego elevadas. Comenzar por las fosas supraclaviculares, de frente (evita que el primer contacto físico sea en las mamas, ayudando a relajar a la paciente). Continuar con la mama opuesta a la lesión, si la hubiese, y luego con la mama motivo de consulta. Palpar ambas axilas (puede mejorar la exposición de las mismas colocar la mano de la paciente sobre el hombro del examinador). Posición acostada y manos en la nuca, palpar los cuatro cuadrantes y región central a mano llena. Luego recorrer toda la mama, incluyendo el pliegue submamario; la forma puede ser variada:

- Por cuadrante.
- En sentido horario (radiada).
- En zigzag, primero en dirección vertical y luego horizontal.
- Circular.

Posición acostada en 45°, mano homolateral en la nuca, piernas flexionadas, los cuadrantes externos de la mama caen naturalmente y se aplana, facilitando el examen físico.

f) Signos y síntomas mamarios.- Todo síntoma mamario requiere una valoración y seguimiento. Entre los síntomas más importantes se debe considerar: tumoración mamaria o axilar – que es la manifestación y causa de consulta más frecuente,

secreción por el pezón, retracción del pezón o de la piel, otros cambios en la piel como la “piel de naranja”, cambios recientes en el tamaño o forma de la mama, dolor mamario. En el caso de síntomas generales no explicados (dolores osteomusculares, disnea, malestar general), el cáncer de mama debe ser uno de los aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. La presencia de adenopatías, sobre todo axilares y, menos frecuentemente, supraclaviculares, debe hacer sospechar un proceso mamario. Las metástasis a distancia con sus manifestaciones correspondientes se producen sobre todo en hueso, pulmón, pleura, hígado o sistema nervioso central. Las manifestaciones para neoplásicas no suelen ser frecuentes en el cáncer de mama. ⁽²⁶⁾

2.2.3 LA COMUNICACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación es una dimensión constitutiva de los procesos de salud. Los primeros planteamientos concebían a la comunicación en salud desde una perspectiva instrumental, que la concebía como un proceso de transmisión unidireccional de información y conocimientos con fines educativos y persuasivos. En las últimas décadas, esa concepción de la comunicación ha evolucionado en un sentido estratégico y relacional, centrada en los procesos de interacción y construcción social de sentido basados en el reconocimiento de las particularidades sociales y culturales de los diferentes actores implicados en los procesos de salud. ⁽²⁷⁾

2.2.3.1 COMUNICACIÓN EN SALUD

La comunicación en salud puede contribuir a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos incluyendo: relación médico-paciente, búsqueda de información respecto a salud a través de varios medios masivos de comunicación, adherencia a regímenes, y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud, y campañas, propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud que son de alto riesgo, imagen de salud, y los elementos de la cultura en los medios, educación de los consumidores sobre cómo tener acceso a sistemas de cuidado de salud y en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas relevantes para la salud pública.

El Centro de Control de Enfermedades (CDC) en los EEUU define la comunicación en salud como el arte y la expresión de mensajes y estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades.

2.2.3.2 ATRIBUTOS DE LA COMUNICACIÓN DE SALUD

a) Exactitud.- El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.

b) Disponibilidad.- El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito.

Desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así como TV, radio, kioscos públicos o medios electrónicos tales como periódicos e Internet deben ser considerados.

c) Balance.- El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.

d) Consistencia.- El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.

e) Competencia cultural.- El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.

f) Evidencia base.- Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.

g) Alcance.- El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.

h) Fiabilidad. - La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.

i) Repetición.- El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.

j) A tiempo.- El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.

k) Entendible.- El nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedios) son apropiados para las audiencias específicas. ⁽²⁸⁾

2.2.3.3 TENDENCIAS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD EN AMÉRICA LATINA

En América Latina la comunicación en salud se ha enmarcado bajo tres diferentes tendencias:

En primer lugar, como instrumento, herramienta, medios, en donde el énfasis se centra en la comunicación masiva, donde comunicar es transmitir información; en segundo lugar, como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; en tercer lugar una concepción híbrida, entendida como red, como tejido que constituye un fundamento de la cultura e interacción humana (Pereira citado por Rodríguez, Moreno y Cardozo, 2006). Esta definición conjuga de forma interesante la comunicación masiva, la participación ciudadana y las redes de interacción humana como elementos principales dentro de un proceso de comunicación en salud. ⁽²⁸⁾

2.2.3.4 MODELOS Y TEORÍAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Las teorías o los modelos del cambio de conductas postulan que la adopción de comportamientos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. La mayoría de los modelos enfatizan en el cambio de conducta en un receptor de manera individualizada. Sin embargo, hemos observado que en los últimos años las redes comunitarias de apoyo social han ocupado un rol protagónico importante durante el desarrollo de los programas de comunicación en salud. Esta tendencia ha incrementado el intercambio de diálogos multisectoriales entre investigadores y organizaciones relacionadas a la salud con el propósito de fortalecer las estrategias que van dirigidas a lograr cambios de conducta en la población. ⁽²⁸⁾

A través de los modelos se expone un panorama simplificado de la realidad, ya que permiten comprender un poco mejor las características del comportamiento de una forma más efectiva. Existen modelos de nivel individual, teoría de comportamiento interpersonal de salud y modelos de nivel comunitario (OPS, 2001).

Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal:

a) El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos.

b) El conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

2.2.3.5 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

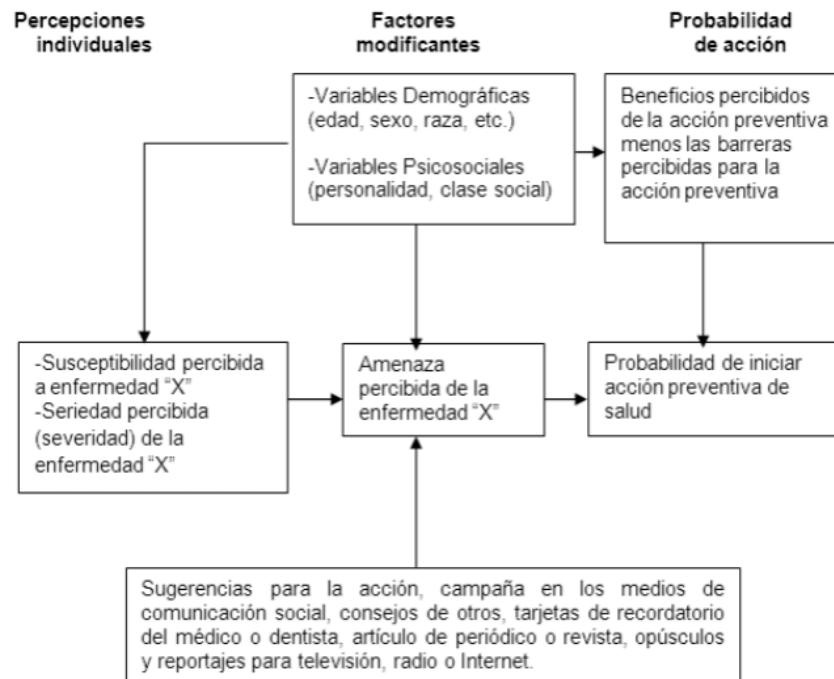
Se diseñó para explicar la naturaleza de las acciones preventivas de salud de los individuos. El Modelo se compone de tres elementos:

a) Las percepciones individuales basadas en la susceptibilidad y severidad de las enfermedades;

b) Las percepciones individuales de los beneficios y barreras para tomar una acción preventiva;

c) Las claves disponibles para el individuo que podrían estimularlo a ocuparse en una actividad preventiva de salud.

Figura 1.-Modelo de creencias de la salud



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes.

El Modelo de Creencias de Salud es muy atinado respecto a la posible influencia que puede estar inmersas en los procesamientos de información de salud. La susceptibilidad de un individuo sobre una determinada condición de salud debe ser vista a través de los posibles constructos sociales que han predominado en una persona desde el desarrollo de su niñez. Podemos inferir que las percepciones son subjetivas dependiendo del contexto en que se utilicen. Lo que para una población es bueno no tiene que ser así necesariamente para otra.

Las acciones preventivas de salud requieren que los expertos puedan adentrarse en los factores modificantes de la conducta de

una persona catalogados por el Modelo de Creencias de Salud como: variables socio-psicológicas y demográficas. ⁽²⁸⁾

2.2.3.6 COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana, la comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal; la educación activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural, etc.; y la salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal.

“La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados” ⁽²⁹⁾, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o comportamientos a favor de la salud.

2.2.3.7 MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

El desarrollo económico científico, tecnológico no solo es suficiente por sí mismo para garantizar la salud de una población, si no que a menudo resulta negativo al generar entornos competitivos, agresivos y hostiles a los cuales la población y sus servicios sanitarios deben adaptarse; para ello se precisa de un

conocimiento y una comprensión adecuados de las distintas opciones, de los recursos disponibles. Como consecuencia, la salud de la población guarda una estrecha relación con el acceso y utilización de la información. Los ámbitos en los que tiene lugar la comunicación en materia de salud son tantos como entornos tiene la relación humana, incluidas las relaciones que se establecen en el marco del sistema sanitario. ⁽³⁰⁾

Los medios de comunicación tienen impacto en la Salud colectiva e individual, y son fundamentales para conformar creencias y conductas.

La transmisión de mensajes por medios locales audio visuales o gráficos, debido a la relación más cercana y directa con los grupos destinatarios, ofrece las ventajas de una producción ajustada a las características concretas de esa población y a la disponibilidad de servicios locales. La utilización de medios de alcance nacional o regional, por el contrario, requiere un desarrollo de las temáticas y los contenidos adecuado a las diversas características de una audiencia heterogénea.

Desde el punto de vista del público receptor de los mensajes, éste está sometido a una permanente e indiscriminada sobreinformación, la que en general resulta difícil de seleccionar y valorar debidamente. Desde la competencia que establecen las empresas y la publicidad se configuran en la práctica una “lógica de los medios” que no siempre se corresponde con la “lógica de

la salud”, sino que hasta puede contradecirla generándose procesos de desinformación no fáciles de revertir.

2.2.3.8 MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

a) Radio educativa en salud: La radio por medio de mensajes sonoros, crea, recrea y reproduce la realidad desde perspectivas muy diferentes: en unos casos políticos, comerciales, religiosos, sociales y también educativos. La utilización del sonido con fines educativos no es una novedad. Ésta es una técnica pedagógica que fue ya utilizada por Pitágoras con la intención de incrementar la eficacia de sus enseñanzas.

La radio educativa es un instrumento para la educación no formal y puede ayudar a las personas a decidir por sí mismas, a aprender por cuenta propia, a comportarse libre, feliz y responsablemente. Por ello, puede decirse que la radio debería ser no sólo un medio de comunicación, sino un espacio donde se construyen las identidades culturales a partir de planteamientos críticos: un medio en el que la participación de la sociedad desempeña un papel esencial y cuya función no puede dejar de ser primordialmente educativa al informar, promover y defender los intereses de la sociedad, tomar parte en sus costumbres culturales y sociales así como en sus prácticas políticas. La capacidad educativa de la radio popular y comunitaria se evalúa así por su actuar democrático que le permite acompañar y

fortalecer las diversas acciones y prácticas culturales, productivas, sociales y políticas de los sectores populares.

En el campo de la salud la radio es el medio masivo de mayor alcance y un aliado estratégico para la promoción de la salud. En la radio se realizan programas, microprogramas, spots y mensajes. ⁽³¹⁾

b) Televisión educativa en salud: La televisión educativa es “aquella que se inscribe instrumentalmente en un proyecto de formación o instrucción”. La televisión educativa para adultos está destinada a comunicar mensajes educativos a una población situada fuera del sistema educativo a quien se le atribuye una preocupación general por los temas que afectan a la ciudadanía. En el campo de la salud se realizan programas televisivos con contenidos de promoción de la salud, así como spots televisivos sobre campañas educativas. ⁽³¹⁾

c) Medios de comunicación escritos: La prensa, al igual que otros medios de comunicación de masas, ha ocupado un lugar privilegiado dentro de las sociedades. El conocimiento de las noticias relacionadas con la salud y los servicios sanitarios, su contenido, sus interrelaciones y sus determinantes son importantes en Salud Pública para desarrollar una cultura de la salud. Informar y educar en ese abanico tan amplio de temáticas relacionadas con la salud, potencialmente impactar los conceptos, las decisiones y las acciones de los individuos, la población en general, la comunidad médica y los tomadores de

decisiones de políticas públicas y también de manera amplia aumentar la capacidad para gestionar la salud. ⁽³²⁾

2.2.3.9 MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Teatro educativo en salud: Es importante, cuando se quiere un cambio de conductas de la comunidad, el poder destacar el beneficio que se obtendrá en forma visible, y para esto lo mejor es dramatizar los conceptos o teatralizarlos mostrando sus características evidentes por el teatro. El teatro es una forma de participación con representaciones de escenas, en general con exageraciones cómicas o dramáticas para hacer todo más comprensible. ⁽³¹⁾

2.2.3.10 MEDIOS DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN SALUD

La comunicación interpersonal es el principio básico de cualquier forma de comunicación.

Hybels y Weaver señalan: "Se llama comunicación interpersonal al hecho de hablar juntos en un nivel uno a uno o uno a varios. En estas situaciones frente a frente los participantes inician y responden a los mensajes mientras mutuamente se influyen unos a otros. Los mensajes verbales son enviados y recibidos siguiendo un orden de sucesión mientras los mensajes no verbales son enviados y recibidos según bases continuas y constantes.

Es utilizada en todos los servicios de salud, tal es así que todo el personal de esta área confía en la comunicación persona a persona, puesto que tiene un valor fundamental en áreas en la atención. Esta relación interpersonal que se lleva a cabo entre el/la profesional de salud, los/as pacientes y los miembros de la comunidad tiene igual o mayor importancia que la comunicación en los medios masivos debido a que complementa, refuerza y explica los mensajes emitidos por estos.

Se podría indicar que la comunicación interpersonal es el intercambio, verbal o no verbal, cara a cara de información o sentimientos entre dos o más personas y tiene lugar en todas las áreas de los servicios de salud.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Consejería en cáncer de mama:**

Proceso de comunicación interpersonal mediante el cual el personal de salud capacitado brinda consejería para la prevención primaria, secundaria y terciaria del cáncer de mama a las mujeres y familia.

- **Comunicación educativa en salud:**

Proceso en el que diferentes actores sociales e institucionales (públicos y privados), teniendo como eje a la comunidad, diagnostican, planifican, producen, difunden y evalúan mensajes que proporcionen conocimientos, forjen actitudes y provoquen prácticas favorables al cuidado de la salud compatibles con las aspiraciones de la comunidad.

- **Comunicación en salud:**

Es el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad.

- **Comunicación interpersonal:**

Comunicación directa entre dos o más personas que permite la retroalimentación inmediata (comunicación de doble vía)

- **Educación para la salud:**

Es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

- **Examen clínico de mama:**

Es la observación y palpación de las mamas para detectar alguna anomalía clínica para tamizaje anual de cáncer de mama.

- **Medios de comunicación alternativa:**

Canales tradicionales de comunicación, como el drama, canciones, bailes, títeres y los relatos de historias. Llamada también comunicación tradicional.

- **Medios masivos:**

Sistemas o instrumentos de comunicación como radio, televisión o periódicos usados para llegar con mensajes uniformes a las audiencias anónimas, heterogéneas y geográficamente dispersas.

- **Mujer programada para el examen clínico de la mama:**

Mujer situada entre los 40 a 65 años.

- **Práctica:**

Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad.

- **Prevención:**

Conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.

- **Prevención del cáncer de mama:**

Conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a la aparición del cáncer de mamas.

- **Prevención secundaria:**

Conjunto de actos y medidas que buscan disminuir la prevalencia, evitar las secuelas, mejorar el pronóstico y disminuir las tasas de mortalidad, para ello se apoya en técnicas como la educación sanitaria de la población, estudios de detección selectiva, búsqueda de casos, cribado poblacional, etc.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

La comunicación educativa en salud muestra una relación significativa con la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre 2017-enero 2018.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay.

Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas

en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay.

Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay.

3.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

a) Variables Asociadas:

Medios de comunicación educativa

b) Variable de Supervisión (estudio):

Práctica del tamizaje del cáncer de mamas

c) Cuadro de Operacionalización de variables

Variables asociadas	Dimensiones	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Comunicación educativa en salud	Medios de comunicación masivos	Consumo de mensajes educativos en salud a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Spot televisivos • Spot radiales • Avisos en diarios locales 	Malo Regular Bueno Muy bueno	Cualitativa Nominal
	Medios de comunicación alternativa	Consumo de mensajes educativos en salud a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Movilización social • Animación sociocultural • Publicidad alternativa • Materiales comunicacionales 	Malo Regular Bueno Muy bueno	Cualitativa Nominal
	Interpersonal	Recepción de mensajes educativos en salud a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Consejería por parte de proveedores de salud 	Malo Regular Bueno	
Variable supervisión	Dimensiones	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Práctica del tamizaje del cáncer de mama	Examen clínico de mamas	Asistencia al establecimiento de salud para realizarse el tamizaje a través del examen clínico de mamas	Si No	Cualitativa Nominal

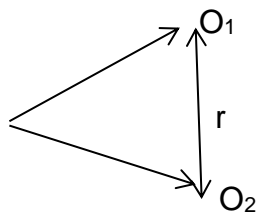
CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es no experimental transeccional correlacional, en este se describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, en términos correlacionales

Se esquematiza de la siguiente manera:



Donde:

M = Muestra.

O₁ = Variable 1

O₂ = Variable 2.

r = Relación de las variables de estudio

4.1.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la orientación de la investigación es de tipo básica, este tipo de estudio están orientados a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad ⁽³³⁾, como es el caso del presente estudio.

Según la intervención del investigador y el control de la asignación de los factores de estudio, es observacional; debido a que los datos consignados durante de la investigación reflejan la evolución natural del evento, así mismo éstos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos. ⁽³⁴⁾, ⁽³⁵⁾

De acuerdo a la planificación de toma de datos es prospectiva, ya que los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición. ⁽³⁴⁾, ⁽³⁵⁾

El número de datos que se mide la variable de estudio es transversal ⁽³⁴⁾, ⁽³⁵⁾, en este caso la variable de estudio se medirá en una sola ocasión.

El número de variable de interés es analítico, en este tipo de estudios el análisis estadístico por lo menos es bivariado; ya que plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación o relación entre variables ⁽³⁴⁾, ⁽³⁵⁾.

4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El alcance del presente estudio es relacional (correlacional) ⁽³⁵⁾, ⁽³⁶⁾, en este nivel la estadística solo demuestra dependencia entre eventos, además de no ser estudios de causa y efecto.

4.1.3 MÉTODO

El método utilizado, es el cuantitativo o método tradicional, este se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados. ⁽³⁷⁾

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 POBLACIÓN

Para efectos del tamaño de la población se tomó al total de mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario- Abancay, durante un trimestre del año 2017-2018 siendo el tamaño de la población de 117 mujeres.

4.2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Esta constituidos por las mujeres comprendidas entre las edades de 25 a 65 años de edad.

4.2.3 MUESTRA

a) Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó el algoritmo para población conocida

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	117
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Proporcion de pacientes que no practican el examen clínico de mamas	p	0.50
Proporcion de pacientes que practican examen clínico de mamas. Su valor es (1-p)	q	0.50
Precisión	d	0.05

Tamaño de la muestra	n	89.86
----------------------	---	--------------

La muestra estará representada por 90 mujeres en edad reproductiva.

Donde:

Z: nivel de confiabilidad

p: éxito

q: fracaso

d: Precisión

b) Para seleccionar las unidades de análisis que constituye el tamaño de la muestra, se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio sistemático, esta técnica de muestreo toma como base para determinar una muestra de tamaño n conseguimos una lista de N elementos, definimos un intervalo de salto $k=N/n$ y elegimos un número aleatorio entre 1 y k con el que comenzamos la selección de la muestra. ⁽³⁸⁾

c) Criterios de inclusión:

- Pacientes externos a encuestar: Mujeres de 25 a 65 años de edad al momento que acuden por consultorio externo al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario.

- Usuaría externa que brinde su aprobación para encuestarle.

d) Criterios de exclusión:

- Paciente que no desee participar en el estudio.
- Paciente con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.
- En el caso de que una paciente no otorgue su consentimiento se encuestara al inmediato siguiente.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 TÉCNICAS

La técnica a utilizar es la encuesta, esta busca conocer la reacción o la respuesta de un grupo de individuos que pueden corresponder a una muestra o a una población. ⁽³⁵⁾

4.3.2 INSTRUMENTOS

En el presente estudio de investigación se utilizó como instrumento un cuestionario distribuidos en dos secciones; el primero que contempla preguntas referidas a las características sociodemográficas de las pacientes y el segundo sobre las variables en estudio como son el consumo de medios de comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje del examen clínico de mamas, las mismas que contempla preguntas referidas a las dimensiones propuestas en nuestra investigación.

La validez de contenido del cuestionario es evaluada por juicio de expertos. Los cuales evalúan la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de los ítems propuestos.

Antes de aplicar el instrumento se aplicó una prueba de piloto a 15 pacientes donde se determinó el índice de confiabilidad.

4.3.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de los datos de las variables de estudio fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una matriz de datos en el software estadístico SPSS, versión 23 para obtener resultados que serán presentados utilizando cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia, así como los gráficos correspondientes sean barras, circulares y gráficos de barras agrupadas; para el contraste de hipótesis se utilizara la prueba no paramétrica Chi cuadrado por tratarse de un estudio transversal y cuyas variables en estudio son aleatorias; además se tomara un nivel de significancia $< 0,05$.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

La investigación está referida a pacientes que acuden al consultorio de planificación familiar en el centro de salud pueblo joven centenario – Abancay.

Esta investigación tuvo como propósito Determinar la relación entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero, 2018.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de recolección datos documentada y el cuestionario; en este instrumento se consideraron ítems relacionados a las variables y dimensiones de estudio.

Se debe indicar que los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando los contenidos del marco teórico y los estudios realizados por otros investigadores.

A continuación se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos.

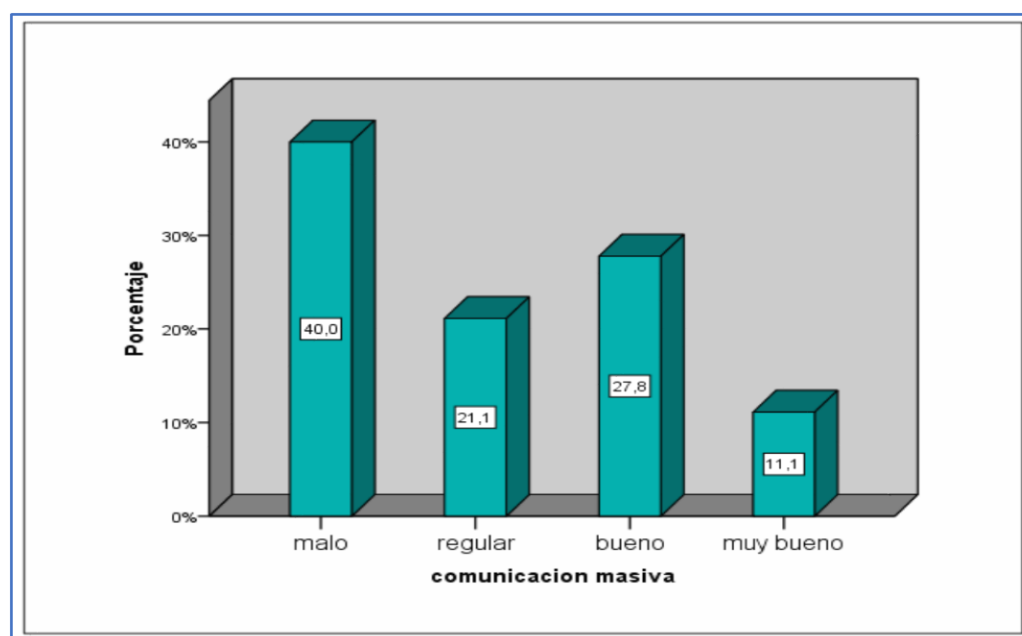
4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

		Medios de comunicación masivos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	36	40.0	40.0	40.0
	Regular	19	21.1	21.1	61.1
	Bueno	25	27.8	27.8	88.9
	muy bueno	10	11.1	11.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 1: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 01 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018

Del total de pacientes el 40.0% pacientes indican no captar conocimientos por ningunos medios de comunicación masivos (malo); 27.8% pacientes indican captar de forma buena conocimientos por medios de comunicación masivos; 21.1%

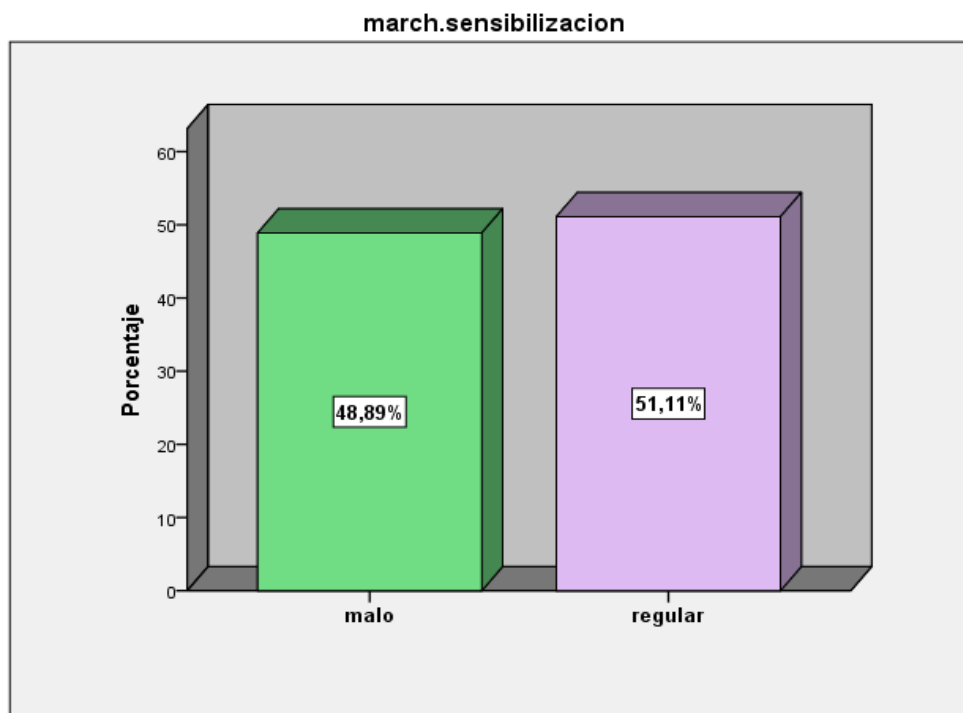
pacientes indican captar conocimiento de forma regular por medio de comunicación masivo; 11.1% pacientes indican captar conocimiento de forma muy bueno por medio de comunicación masivos.

Tabla 2: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según marchas de sensibilización Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Marchas de sensibilización					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	44	48,9	48,9	48,9
	Regular	46	51,1	51,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 2: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según marchas de sensibilización Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 02 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

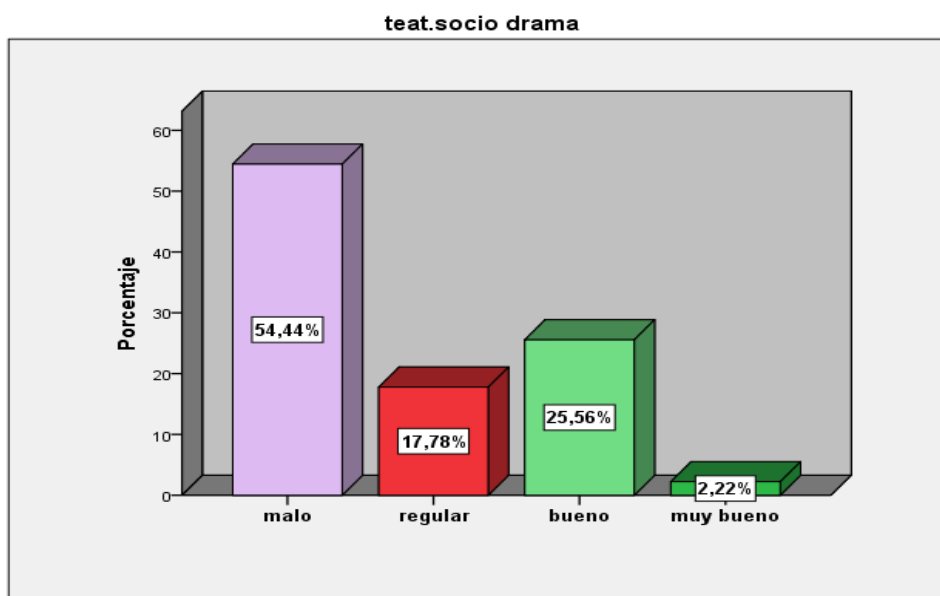
Del total de pacientes el 48.89% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de las marchas de sensibilización (malo); el 51.11% de pacientes indican captar conocimiento de forma regular por medio de marchas de sensibilización.

Tabla 3: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según los teatros y socio dramas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Teatros y socio drama					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	49	54,4	54,4	54,4
	regular	16	17,8	17,8	72,2
	Bueno	23	25,6	25,6	97,8
	muy bueno	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 3: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según los teatros y socio dramas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 03 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

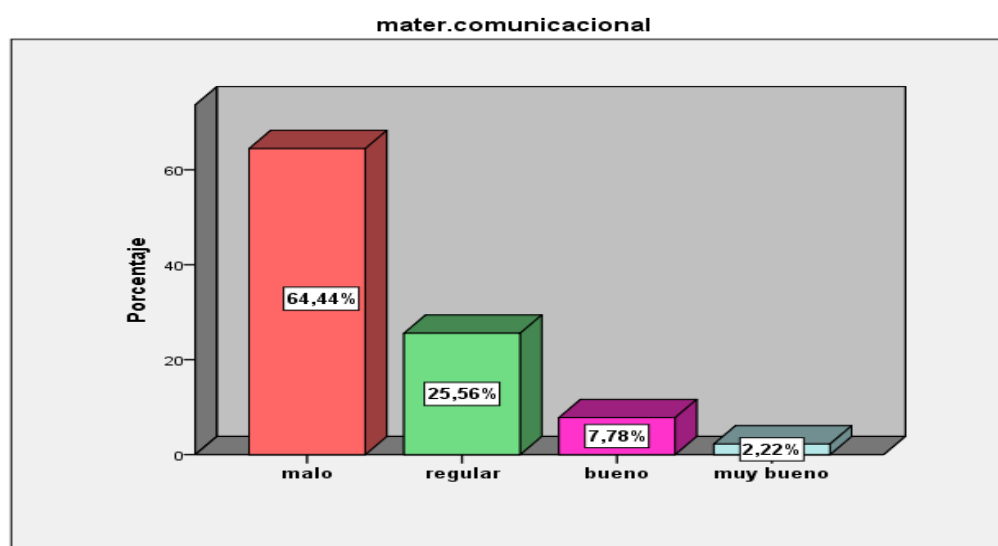
Del total de pacientes el 54.44% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de teatros y socio dramas (malo); el 25.56% indican captar conocimiento de forma buena por medio de teatros y socio dramas; el 17.78% indican captar conocimiento de forma regular por medio de teatros y socio dramas; finalmente el 2.22% indican captar conocimiento de forma muy buena por medio de teatros y socio dramas.

Tabla 4: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según materiales comunicativas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Material comunicacionales		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	malo	58	64,4	64,4	64,4
	regular	23	25,6	25,6	90,0
	bueno	7	7,8	7,8	97,8
	muy bueno	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 4: Gráfico 4: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según materiales comunicativas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 04 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

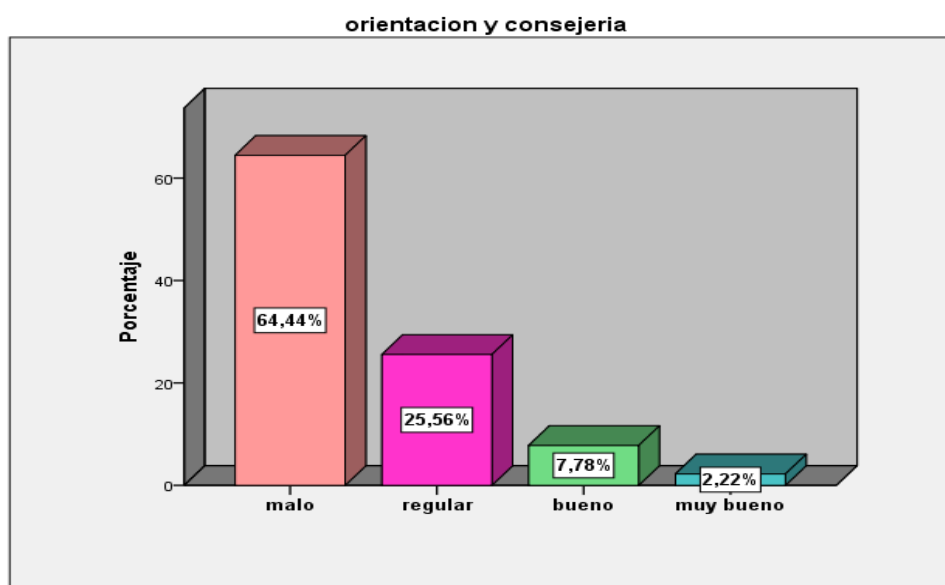
Del total de pacientes el 64.44% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de materiales comunicativas (malo); el 25.56% indican captar conocimiento de forma regular por medio de materiales comunicativas; el 7.78% indican captar conocimiento de forma buena por medio de materiales comunicativas; finalmente el 2.22% indican captar conocimiento de forma muy buena por medio de materiales comunicativas.

Tabla 5: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

		Orientación y consejería			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	malo	58	64,4	64,4	64,4
	regular	23	25,6	25,6	90,0
	bueno	7	7,8	7,8	97,8
	muy bueno	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 5: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 05 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

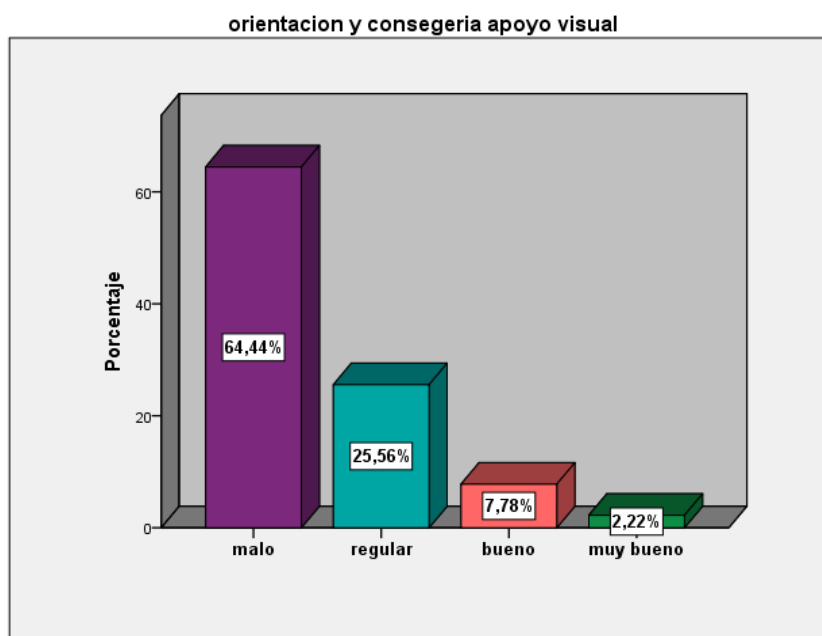
Del total de pacientes el 64.44% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de orientación y consejería (malo); el 25.56% indican captar conocimiento de forma regular por medio de orientación y consejería; el 7.78% indican captar conocimiento de forma buena por medio de orientación y consejería; finalmente el 2.22% indican captar conocimiento de forma muy buena por medio de orientación y consejería.

Tabla 6: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería de apoyo visual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Orientación y consejería apoyo visual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	malo	58	64,4	64,4	64,4
	regular	23	25,6	25,6	90,0
	bueno	7	7,8	7,8	97,8
	muy bueno	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 6: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería de apoyo visual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 06 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Del total de pacientes el 64.44% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de orientación y consejería de apoyo visual (malo); el 25.56% indican captar conocimiento de forma regular por medio de orientación y consejería de apoyo visual; el 7.78% indican captar conocimiento de forma buena por medio de orientación

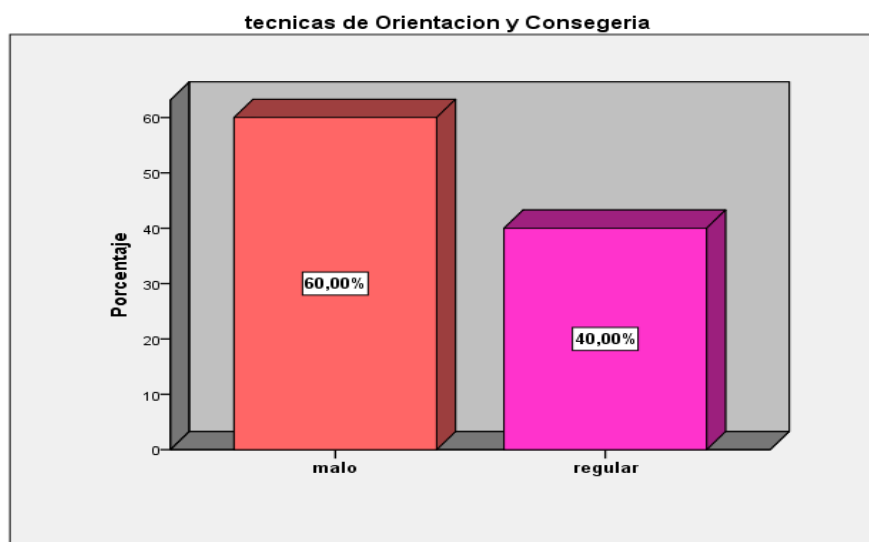
y consejería de apoyo visual; finalmente el 2.22% indican captar conocimiento de forma muy buena por medio de orientación y consejería de apoyo visual.

Tabla 7: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según técnicas de orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

		técnicas de Orientación y Consejería			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	54	60,0	60,0	60,0
	regular	36	40,0	40,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 7: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según técnicas de orientación y consejería Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 07 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

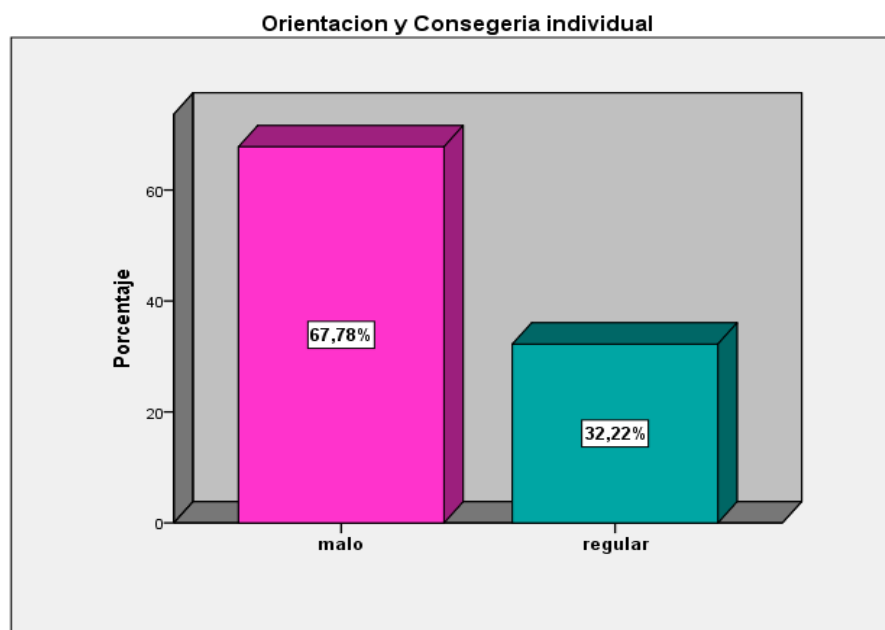
Del total de pacientes el 60.00% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de las técnicas de orientación y consejería (malo); el 40.00% de pacientes indican captar conocimiento de forma regular por medio de las técnicas de orientación y consejería.

Tabla 8: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería individual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Orientación y Consejería .individual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	61	67,8	67,8	67,8
	regular	29	32,2	32,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 8: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería individual Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 08 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

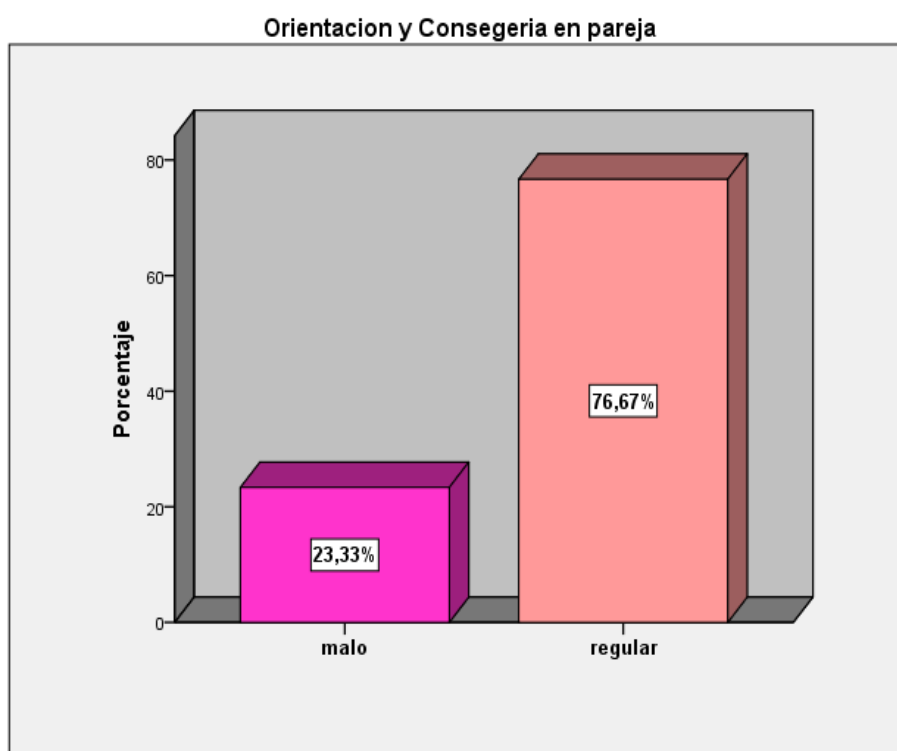
Del total de pacientes el 67.78% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de orientación y consejería individual (malo); el 32.22% de pacientes indican captar conocimiento de forma regular por medio de orientación y consejería individual.

Tabla 9: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería en pareja Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Orientación y Consejería en pareja					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	21	23,3	23,3	23,3
	regular	69	76,7	76,7	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 9: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según orientación y consejería en pareja Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 09 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

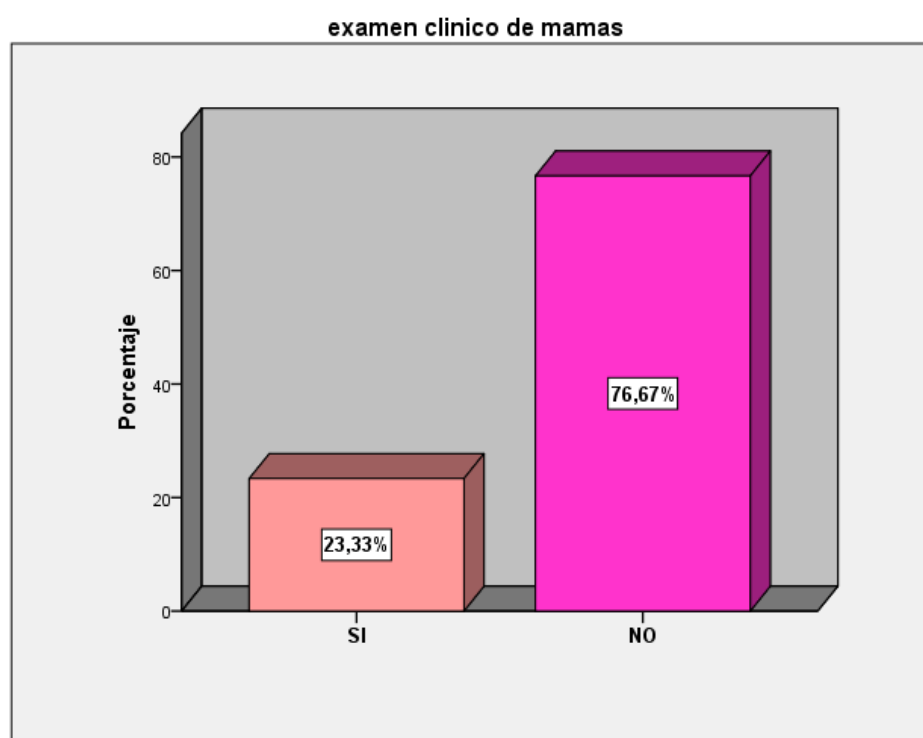
Del total de pacientes el 23.33% de pacientes indican no captar ningún conocimiento por medio de orientación y consejería en pareja (malo); el 76.67% de pacientes indican captar conocimiento de forma regular por medio de orientación y consejería en pareja.

Tabla 10: Pacientes según el examen clínicos de mamas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Examen clínico de mamas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	21	23,3	23,3	23,3
	NO	69	76,7	76,7	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 10: Pacientes según el examen clínicos de mamas Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 10 se muestran resultados sobre pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas que acudieron al Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay; Noviembre, 2017 – enero, 2018.

Del total de pacientes el 76.67% de pacientes indican no realizarse examen clínico de mamas anualmente; y el 23.33% indican realizarse examen clínico de mamas.

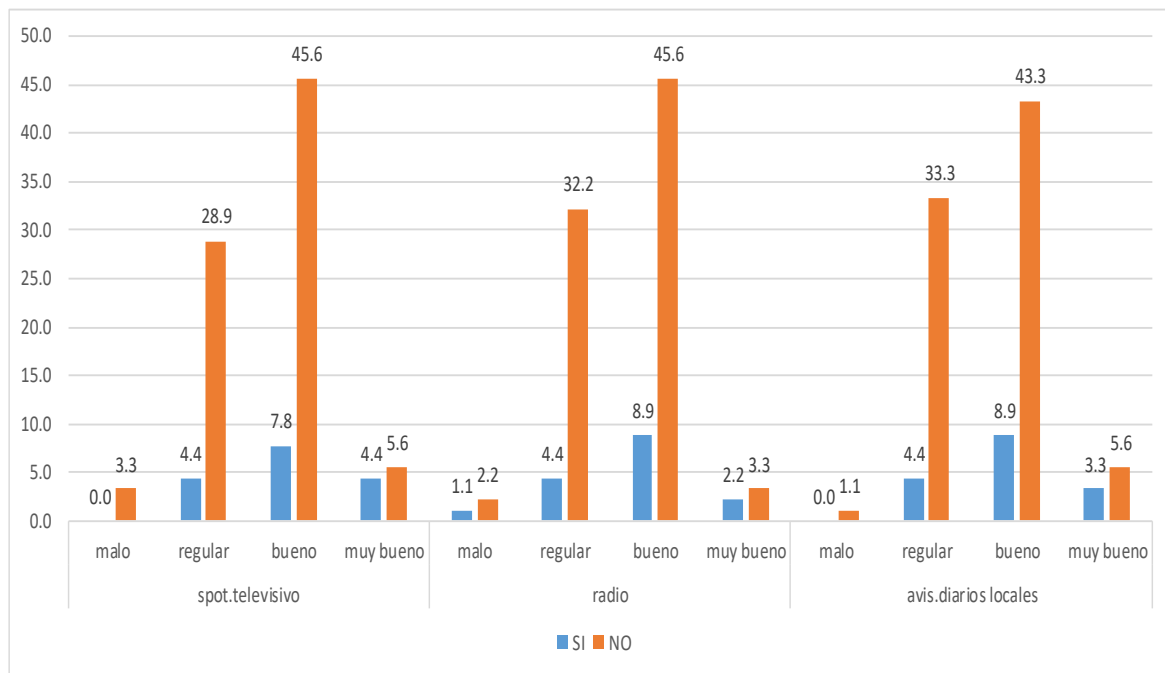
4.2 RESULTADOS CORRELACIONALES

Tabla 11: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

		Examen clínico de mamas					
		SI		NO		Total	
		n	%	n	%	N	%
Spot Televisivo	Malo	2	2.2	3	3.3	5	5.6
	Regular	2	2.2	26	28.9	28	31.1
	Bueno	7	7.8	41	45.6	48	53.3
	muy bueno	4	4.4	5	5.6	9	10.0
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Radio	Malo	3	3.3	2	2.2	5	5.6
	Regular	2	2.2	29	32.2	31	34.4
	Bueno	8	8.9	41	45.6	49	54.4
	muy bueno	2	2.2	3	3.3	5	5.6
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Avisos diarios locales	Malo	2	2.2	1	1.1	3	3.3
	Regular	2	2.2	30	33.3	32	35.6
	Bueno	8	8.9	39	43.3	47	52.2
	muy bueno	3	3.3	5	5.6	8	8.9
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 11: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según medios de comunicación masivos Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

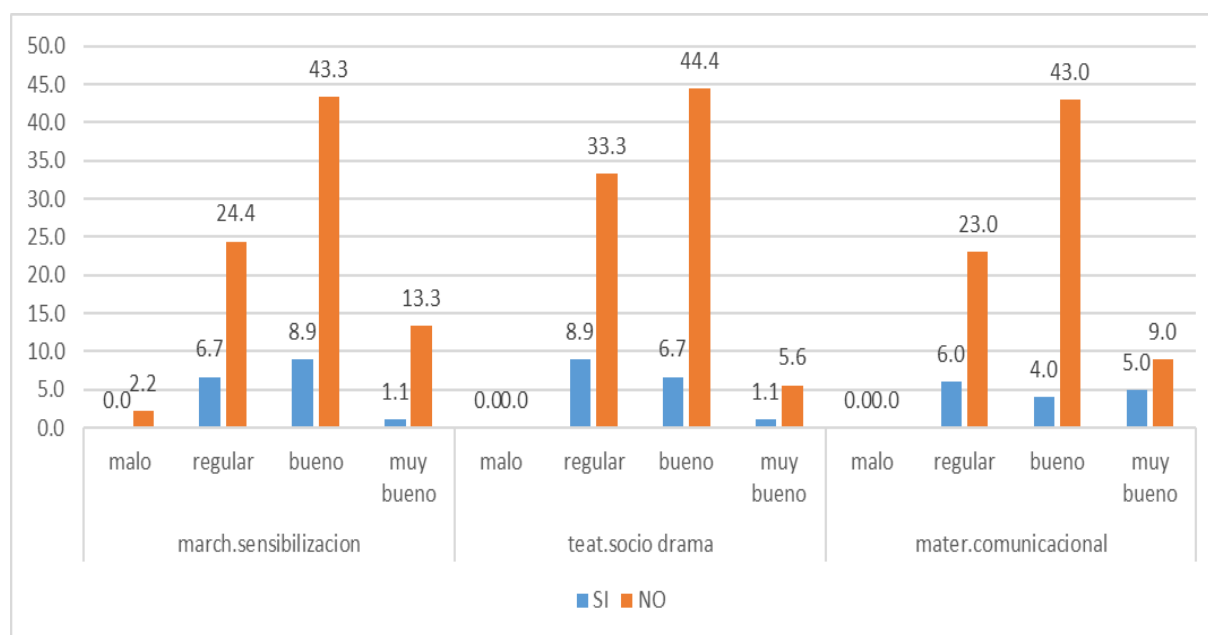
En el cuadro se observa que el 45.6% de pacientes cuyo comunicación masivo no captan por spot televisivo para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 2.2% cuyo comunicación es por spot televisivo captan de una manera regular para el tamizaje de examen clínico de mamas; 32.2% de paciente cuyo comunicación masivos por radio no captan de forma regular para el tamizaje de examen clínico mamas, 8.9% de pacientes cuyo comunicación masivo por radio captan de buena; 43.3% de pacientes cuyo comunicación masiva no captan de manera buena mediante avisos diarios locales para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 3.3% cuyo comunicación masivo de avisos diarios de locales captan de una forma muy buena.

Tabla 12: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según Medios de comunicación alternativa Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

		Examen clínico de mamas					
		SI		NO		Total	
		n	%	n	%	n	%
Marchas de Sensibilización	Malo	0	0.0	2	2.2	2	2.2
	regular	6	6.7	22	24.4	28	31.1
	Bueno	8	8.9	39	43.3	47	52.2
	muy bueno	1	1.1	12	13.3	13	14.4
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Teatros socio drama	Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	regular	8	8.9	30	33.3	38	42.2
	Bueno	6	6.7	40	44.4	46	51.1
	muy bueno	1	1.1	5	5.6	6	6.7
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Materiales comunicacionales	Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	regular	6	6.7	23	25.6	29	32.2
	bueno	4	4.4	43	47.8	47	52.2
	muy bueno	5	5.6	9	10.0	14	15.6
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 12: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según Medios de comunicación alternativa Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

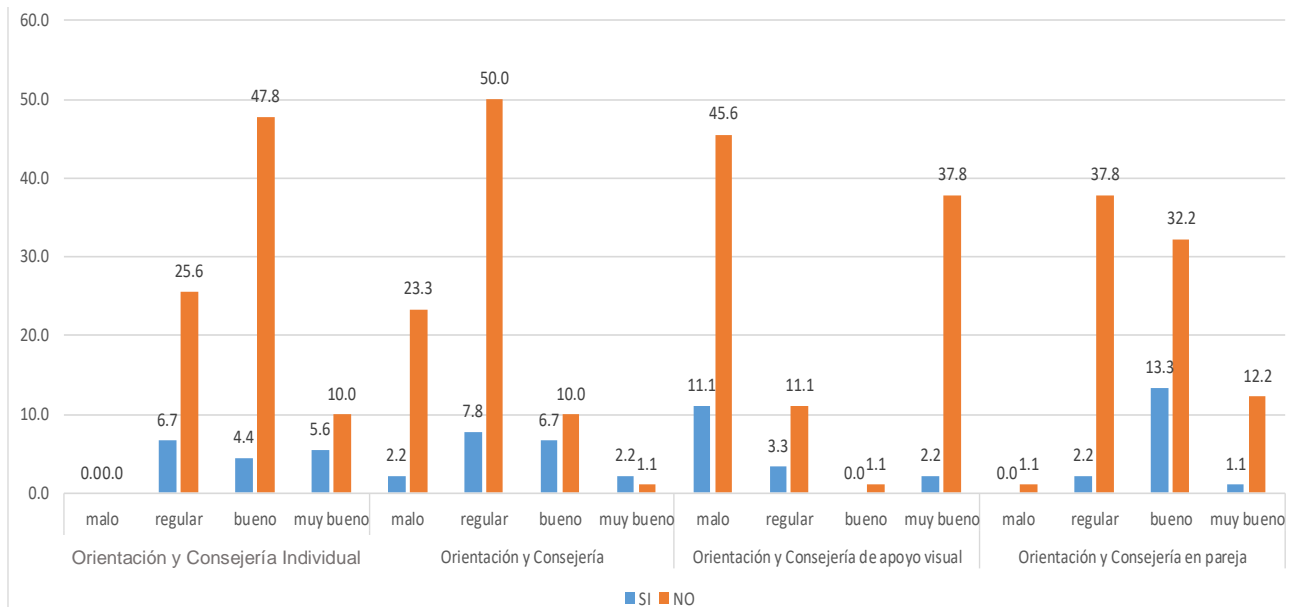
En el cuadro se observa que el 43.3% de pacientes cuyo comunicación por medios alternativos no captan de manera buena mediante marchas de sensibilización para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 6.7% cuyo comunicación por medios alternativos captan de una manera regular para el tamizaje de examen clínico de mamas; 44.4% de paciente cuyo comunicación por medios alternativos no captan de manera buena mediante teatros socio dramas para tamizaje examen clínico mamas, 8.9% de pacientes cuyo comunicación por medios alternativos captan de una manera regular para tamizaje de examen clínico de mamas; 47.8% de pacientes cuyo comunicación por medios alternativos no captan de manera buena por medio de materiales de comunicación para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 6.7% de pacientes cuyo comunicación medios alternativos por materiales de comunicación captan de una manera regular para el tamizaje de examen clínico de mamas.

Tabla 13: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según comunicación interpersonal Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.

		Examen clínico de mamas					
		SI		NO		Total	
		n	%	n	%	n	%
Orientación y Consejería individual	malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	regular	6	6.7	23	25.6	29	32.2
	bueno	4	4.4	43	47.8	47	52.2
	muy bueno	5	5.6	9	10.0	14	15.6
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Orientación y Consejería	malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	regular	2	2.2	21	23.3	23	25.6
	bueno	7	7.8	45	50.0	52	57.8
	muy bueno	6	6.7	9	10.0	15	16.7
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Orientación y Consejería de apoyo visual	malo	2	2.2	1	1.1	3	3.3
	regular	0	0.0	23	25.6	23	25.6
	bueno	10	11.1	41	45.6	51	56.7
	muy bueno	3	3.3	10	11.1	13	14.4
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0
Orientación y Consejería en pareja	malo	0	0.0	1	1.1	1	1.1
	regular	2	2.2	34	37.8	36	40.0
	bueno	12	13.3	29	32.2	41	45.6
	muy bueno	1	1.1	11	12.2	12	13.3
	Total	15	16.7	75	83.3	90	100.0

FUENTE: Elaboración propia

Gráfico 13: Pacientes con Práctica del tamizaje del cáncer de mamas Según comunicación interpersonal Centro de salud pueblo joven centenario – Abancay Noviembre, 2017 – enero, 2018.



FUENTE: Elaboración propia

En el cuadro se observa que el 47.8% de pacientes cuyo comunicación interpersonal no captan de manera buena mediante la orientación y consejería individual para el tamizaje de examen clínico de mamas, y el 6.7% cuyo comunicación interpersonal de orientación y consejería individual captan de una manera regular para el tamizaje de examen clínico de mamas; 50.0% de paciente cuyo comunicación interpersonal no captan de manera buena mediante la orientación y consejería para el tamizaje examen clínico mamas, 6.7% de pacientes cuyo comunicación interpersonal captan de una manera muy buena mediante la orientación y consejería para el tamizaje de examen clínico de mamas; 45.6% de paciente cuyo comunicación interpersonal no captan mediante de orientación y consejería visual para tamizaje examen clínico mamas, 3.3% de pacientes cuyo comunicación interpersonal captan de una manera muy buena mediante la orientación y consejería visual para tamizaje de examen clínico de mamas; el 37.8% cuyo comunicación interpersonal no captan de manera regular por medio de orientación y consejería en pareja para tamizaje de examen clínico de mamas, y el 13.3%de pacientes cuyo comunicación interpersonal captan de manera buena por medio de orientación y consejería en pareja para tamizaje de examen clínico .

4.2.1 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

Ho: La Comunicación educativa en salud no muestra la relación significativa con la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018.

H1: La Comunicación educativa en salud muestra la relación significativa con la **práctica** de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.

Tabla 14: Pruebas de chi-cuadrado – Hipótesis general.

		examen clínico de mamas
Spot. Televisivo	Chi-cuadrado	8.939
	gl	3
	Sig.	0,030
Radio	Chi-cuadrado	11.053
	gl	3
	Sig.	0,011
Avisos diarios locales	Chi-cuadrado	10.404
	gl	3
	Sig.	0,015
Marchas de Sensibilización	Chi-cuadrado	7.910
	gl	3
	Sig.	0,048
Teatro Socio drama	Chi-cuadrado	8.433
	gl	2
	Sig.	0,015
Materiales comunicacionales	Chi-cuadrado	6.246
	gl	2
	Sig.	0,044
Orientación y Consejería	Chi-cuadrado	7.317
	gl	2
	Sig.	0,026
Orientación y Consejería de apoyo visual	Chi-cuadrado	10.702
	gl	3
	Sig.	0,013
Orientación y Consejería en pareja	Chi-cuadrado	8.688
	gl	3
	Sig.	0,034

FUENTE: Elaboración propia

En el cuadro 12 se observa que los valores “sig” de Spot. Televisivo es 0.03, Radio es 0.011, Avisos diarios locales 0.015, Marchas de sensibilización es 0.048, Teatros

socio dramas es 0,015, Materiales comunicacionales es 0.044, Orientación y Consejería es 0.026, Orientación y Consejería de apoyo visual es 0.013 y de Orientación y Consejería en pareja es 0.034; todo ellos menores al nivel de significancia de 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que La Comunicación educativa en salud muestra la relación significativa con la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero, 2018

Hipótesis específicos

- **H:** Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación masivos y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.

Tabla 15: Pruebas de chi-cuadrado – hipótesis 1.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson			
Medios de Comunicación Masivos	Spot. Televisivo	Chi-cuadrado	Examen clínico de mamas 8.939
		gl	3
		Sig.	0,030
	Radio	Chi-cuadrado	11.053
		gl	3
		Sig.	0,011
	Avisos diarios locales	Chi-cuadrado	10.404
		gl	3
		Sig.	0,015

FUENTE: Elaboración propia

En el cuadro 15 se observa que los valores de “sig” spot. Televisivo es 0.030, Radio es 0.011, Avisos diarios locales es 0.015, todo ellos menores de nivel de significancia de 0,05 de los Medios de comunicación masivos; entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación con Práctica del tamizaje del cáncer de mama.

- **H1:** Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.

Tabla 16: Pruebas de chi-cuadrado – hipótesis 2.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson			
			Examen clínico de mamas
Medios de Comunicación Alternativa	Marchas de	Chi-cuadrado	7.910
	Sensibilización	GI	3
		Sig.	0,048
	Teatro	Chi-cuadrado	8.433
	Socio drama	GI	2
		Sig.	0,015
	Materiales	Chi-cuadrado	6.246
	Comunicacionales	GI	2
		Sig.	0,044

FUENTE: Elaboración propia

En el cuadro 16 se observa que los valores de “sig” Marchas de Sensibilización es 0.048, Teatro Socio drama es 0.015 y de Materiales Comunicacionales es 0.044 todos ellos menores de nivel de significancia de 0,05; entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018

- **H1:** Existe relación significativa entre la información a través de medios de **comunicación** interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018

Tabla 17: Pruebas de chi-cuadrado – hipótesis 3.

		Examen clínico de mamas	
Comunicación Interpersonal	Orientación y Consejería	Chi-cuadrado	7.317
		Gl	2
		Sig.	0,026
	Orientación y Consejería con apoyo Visual	Chi-cuadrado	10.702
		Gl	3
		Sig.	0,013
	Técnicas de la Orientación y Consejería	Chi-cuadrado	.507
		Gl	1
		Sig.	0,476
	Orientación y Consejería Individual	Chi-cuadrado	.888
		gl	1
		Sig.	0,346
	Orientación y Consejería en pareja	Chi-cuadrado	8.688
		gl	3
		Sig.	0,034

FUENTE: Elaboración propia

En el cuadro 17 se observa que los interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario- Abancay, noviembre, 2017- valores “sig” de Orientación y Consejería es 0.026, Orientación y Consejería de apoyo visual es 0.013 y de Orientación y Consejería en pareja es 0.034 todo ellos menores de nivel de significancia de 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación enero, 2018

DISCUSIONES

- Según las investigaciones realizadas en Andahuaylas - Apurímac por señorita LLACCOLLA SULLASI, RUTH ISAURA, muestra la correlación que existe entre el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas con el nivel de práctica sobre el auto examen de mamas, al respecto se ha obtenido a los resultados, en cuanto menos se conoce sobre el autoexamen de mamas, menos será la práctica del mismo, en las madres de familia que pertenecen al estudio. Por ende llegando a nuestra conclusión de nuestra investigación; Del total de pacientes el 40.0% % pacientes indican no captar conocimientos por ningún medios de comunicación masivo; el 48.89% por medio de las marchas de sensibilización; el 54.44% por medio de teatros y socio dramas; pacientes el 64.44% por medio de materiales comunicativas; el 64.44% por medio de orientación y consejería; el 64.44% por medio de orientación y consejería de apoyo visual; el 60.00% por medio de las técnicas de orientación y consejería; el 67.78% por medio de orientación y consejería individual; el 23.33% por medio de orientación y consejería en pareja; por lo tanto el 76.67% de pacientes indican no realizarse examen clínico de mamas anualmente por baja nivel de conocimiento sobre el auto examen de mamas.
- En el cuadro I se muestran los patrones de uso de las técnicas de interés. En todos casi la mitad de las mujeres reportó haberse realizado la AE, técnica explicada por el personal de salud a la mayoría de ellas. Casi todas las mujeres iniciaron la AE después de los 20 años, con una práctica mensual y sin fecha fija durante el mes. Menos de 15% de las mujeres informó realizarse la AE de pie o acostada y cerca de 70% lo hizo con una duración de al menos 10 minutos. La práctica mensual de la AE fue disminuyendo significativamente en los grupos

de edad: de 80% en el grupo de menos de 40 años a 53.3% en el grupo de más de 50; lo mismo sucedió con la proporción de mujeres que lo realizan correctamente: de 31.4 a 6.5%. El principal motivo para no realizar la AE (94%) fue el desconocimiento de la misma

CONCLUSIÓN

En esta tesis se evaluó el siguiente propósito de estudio, determinar la relación que existe entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas, demostrando que existe relación significativa entre las dos variables.

En relación al primer objetivo específico se aprecia en el cuadro de contrastación de hipótesis, la relación significativa de medios de comunicación masivos con la variable de prácticas del tamizaje del cáncer de mamas.

- Existe relación significativa entre Medios de comunicación masivos y la variable Práctica del tamizaje del cáncer de mama en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay. El valor de "sig" spot. Televisivo es 0.030, Radio es 0.011, Avisos diarios locales es 0.015, todo ellos menores de nivel de significancia de 0,05 de los Medios de comunicación masivos; entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación de significancia entre los variables.
- Existe relación significativa entre Medios de comunicación alternativa y la variable Práctica del tamizaje del cáncer de mama en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay. El valor "sig" Marchas de Sensibilización es 0.048, Teatro Socio drama es 0.015 y de Materiales Comunicacionales es 0.044 todos ellos menores de nivel de significancia de 0,05; entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación de significancia entre los variables.
- Existe relación significativa entre Medios de comunicación interpersonal y la variable práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay. El valor "sig" de

Orientación y Consejería es 0.026, Orientación y Consejería de apoyo visual es 0.013 y de Orientación y Consejería en pareja es 0.034 todo ellos menores de nivel de significancia de 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% Existe relación de significancia entre los variables.

RECOMENDACIÓN

- A los directivos del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario - Abancay, se les recomienda que deben intensificar las campañas de sensibilización sobre la importancia que tiene la práctica de tamizaje de cáncer de mamas, en las mujeres, del mismo modo se debe prestar mucha atención al nivel de confianza que se debe generar en las mujeres que asisten a dicho establecimiento.
- Al personal asistencial, se le recomienda utilizar estrategias pertinentes para fortalecer el nivel de confianza en las mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven, con la finalidad de realizarse la práctica de tamizaje de cáncer de mamas.
- A las mujeres que asisten al centro de Salud Pueblo Joven Centenario- Abancay se les recomienda que tengan mayor conciencia respecto a la práctica de tamizaje de cáncer de mamas , esto debido a la alta prevalencia que existe en las mujeres como presencia de cáncer de mamas .
- A los que realizarán nuevas investigaciones, tomar en cuenta los resultados para poder profundizar con una investigación explicativa causal, para precisar cuáles son los factores que conllevan la desconfianza en las mujeres que asisten a realizarse la práctica de tamizaje de cáncer de mamas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el segundo y tercer nivel de atención México DF; 2010.
2. Beers M, BR. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Decima ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 1999.
3. Ferlay, J; Soerjomataram, I; Ervik, M; Dikshit, R; Eser, S; Mathers, C; et al. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. [Online].; 2013 [cited 2016 Julio 11. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Cáncer. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 28. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242%3Abreast-cancer-summaries-health-professionals&catid=1872%3Acancer&Itemid=41581&lang=es.
5. Ramos W VD. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: MINSA, DGE; 2013.
6. Justo N, Wilking N, Jönsson B, Luciani S, Cazap E. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *Oncologist*. 2013; 18(3).
7. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Análisis de la Situación de Salud 2012. Abancay: HRGDV, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; 2012.
8. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 28. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.

9. Poblano O, Figueroa JG, López L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México*. 2004; 46(4): p. 294-305.
- 10 Arboleda-Ruiz W, Betancurth-Loaiza D, Correa-Ramírez L. FRECUENCIA DE MAMOGRAFÍA Y EXAMEN CLÍNICO DE MAMA EN MUJERES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO - MANIZALES (CALDAS). *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2012; 17(2): p. 125-135.
- 11 Revista Panamericana de Salud Pública. Determinantes del uso de los servicios de tamizaje de cáncer de mama en trabajadoras mexicanas. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2008; 23(5).
- 12 Agudelo-Botero M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud colectiva [Internet]*. 2013; 9(1): p. 79-90.
- 13 López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez R, Knaul F. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*. 2014; 546.
- 14 Toquica ACD, Chávez D. Estrategias de comunicación para vincular a la comunidad a programas de detección temprana de cáncer de mama. *MÉD.UIS*. 2015; 28(2): p. 229-37.
- 15 DÍAZ-CUTY Y, YTUSACA-ACUTICONA K. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL

- CÁNCER.AREQUIPA, 2013. Tesis de Pregrado. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Enfermería; 2014.
- 16 Gutiérrez-Aguado A. Costo utilidad de intervenciones preventivas para cáncer de . mama en el Perú. Rev peru ginecol obstet. 2012; 58: p. 253-261.
- 17 Sucacahua J. FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN . DE CÁNCER DE MAMA - MUJERES ASENTAMIENTO HUMANO MIRAFLORES BAJO-CHIMBOTE, 2013. Tesis de Pregrado. Chimbote: Universidad Católica Los Angeles de Chimbote, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA; 2013.
- 18 Llacolla Sullasi RI. nivel de conocimiento y practica del autoexamen de mamas . en mujeres en edad fértil que acuden al hospital sub Regional de Andahuaylas, periodo mayo julio del 2016. tesis. Abancay - Apurímac: Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, Apurímac ; 2017.
- 19 Montero-Ruiz J. Historia del tratamiento del cáncer de mama [monografía en . Internet] España: Asociación Española de Cirujanos. [Online].; 2006 [cited 2016 julio 14]. Available from: <http://www.cirugest.com/revisiones/cir09-06/09-06-04.htm>.
- 20 Rigol R. Afecciones mamarias. Cáncer de mama. In Rigol R. Ginecología y . Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 351-353.
- 21 Rubio Hernández MC. Prevención del cáncer de mama. [Online]. Available from: . <http://www.infomed.sld.cu/>.
- 22 Densidad ósea predice probabilidad de cáncer de mama. HealthDays News. . [Online].; 2008. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/noticias/>.

- 23 Organización Panamericana de la Salud. Area de análisis de salud y sistemas de información sanitaria [base de datos en Internet]. Incidencia estimada de neoplasias malignas de mama de la mujer, ajustada por 100 000 habitantes. [Online]. [cited 2016 julio 14. Available from: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>].
- 24 Martínez F, Téllez F, Sierra A. Protocolo unificado en el cáncer de mama. [monografía en Internet] España: Asociación Española de Cirujanos; 2006. [Online]. [cited 2016 julio 14. Available from: <http://cirugest.com/revisiones/cir09-06/09-06-16.htm>].
- 25 Organización Mundial de la Salud. Detección temprana. (Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 3). ; 2007.
- 26 Viniegra M. Manual operativo de evaluación clínica mamaria. Tercera ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2014.
- 27 Díaz H. La Comunicación en la Educación para la Salud. Rev Esp Comun Salud. 2014; 5(1): p. 8-13.
- 28 Ríos-Hernández I. COMUNICACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS Y MODELOS TEORICOS. PERSPECTIVAS DE LA COMUNICACIÓN. 2011; 4.
- 29 AGUADED-GOMEZ J. "Educación y Medios de Comunicación en el Contexto Iberoamericano" Huelva: Editorial Ortega/Huelva; 1995.
- 30 Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. Gac Sanit. 2006; 1: p. 203-208.
- 31 Choque-Larrauri R. Comunicacionn y educacion para la promoción de la salud . Lima; 2005.

- 32 JARAMILLO C. LA PRENSA ESCRITA Y LA COMUNICACIÓN EN SALUD. Hacia . promoció. Salud. 2015; 20(1): p. 9-10.
- 33 Calderon July, Alzamora-de-los-Godos Luis, Del-Aguila Eduardo. La Tesis de . Posgrado. Primera ed. Lima: Fondo Editorial UAP; 2013.
- 34 Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta . ed. Barcelona: ElsevierEspaña, S.L.; 2013.
- 35 Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación . para las Ciencias de la Salud. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012.
- 36 Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,M. Metodología de la investigación. Sexta . ed. Rocha M, editor. Mexico D.F.: McGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014.
- 37 Bernal C. Metodología de la investigación. Para administración, economía, . humanidades y ciencias sociales. Segunda ed. Gaona L, editor. México: Pearson Educación; 2006.
- 38 Supo J. Cómo elegir una muestra: Técnicas para seleccionar una muestra . representativa. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2014.

ANEXOS

**ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA TITULO:
COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN SALUD Y PRACTICA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMAS EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO-
ABANCAY, NOVIEMBRE, 2017- ENERO, 2018**

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE 1	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	Metodología
¿Cuál es la relación entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018?	Determinar la relación entre la comunicación educativa en salud y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre2017-enero 2018.	La Comunicación educativa en salud muestra una relación significativa con la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018.	<ul style="list-style-type: none"> Variable Asociada <p>Comunicación educativa en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medios de comunicación masivos Medios de comunicación alternativa 	<ul style="list-style-type: none"> Spot televisivos Spot radiales Avisos en diarios locales. Marchas de sensibilización teatros y socio dramas Materiales comunicacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Malo Regular Bueno Muy bueno 	<p>Tipo: Básica, observacional, prospectiva, transversal, analítico.</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental transeccional correlacional</p> <p>Método: Cuantitativo población:117 mujeres</p> <p>Muestra:90 mujeres</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio sistemático.</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Técnicas de análisis estadístico. Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de homogeneidad con un nivel de significancia de 0.05.</p>
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS.	HIPOTESIS ESPECIFICAS	VARIABLE 2				
¿Existe relación entre la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018?	Relacionar la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018.	Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación masiva y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay.	<ul style="list-style-type: none"> Variable de supervisión <p>Práctica del tamizaje del cáncer de mama</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> -Recepción de mensajes educativos en salud a través de: Consejería por parte de proveedores de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Malo Regular Bueno Muy bueno 	
¿Existe relación entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018?	Relacionar la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018.	Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación alternativa y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay.		<ul style="list-style-type: none"> Examen clínico de mamas 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia durante el último año al establecimiento de salud para realizarse el tamizaje a través del examen clínico de mamas 	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	
¿Existe relación entre la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre,2017-enero2018?	Relacionar la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay, noviembre, 2017-enero 2018.	Existe relación significativa entre la información a través de medios de comunicación interpersonal y la práctica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven Centenario-Abancay.					



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Cuestionario N°.....CUESTIONARIO

La presente encuesta denominada “comunicación educativa en salud y practica de tamizaje de cáncer de mamas en mujeres que acuden al centro de salud pueblo joven centenario –Abancay, noviembre, 2017- enero, 2018” pretendo encontrar la relación entre el consumo de medios de comunicación y la práctica de examen clínica por parte de las mujeres que acuden al centro de salud pueblo joven centenario – Abancay. La participación de las pacientes será voluntaria y su información será utilizada exclusivamente para fines de la investigación el campo científico profesional de salud.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: _____ **Estado civil:** 1.- Soltera () 2.-Conviviente () 3.- Casada () 4.-Viuda ()
Grado de instrucción: 1.- Sin estudios () 2.- Primaria () 3.-Secundaria () 4.- Superior universitaria () 5.-Superior no universitaria (). **Ocupación:** 1.-Ama de casa () 2.-Estudiante () 3.-Empleada () 4.-Comerciante ()
Antecedentes: ¿Alguien de tu familia sufrió de cáncer de mamas? () SI () NO

II. VARIABLE ASOCIATIVA INFORMACION ATRAVEZ DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

MUYBUENO	BUENO	REGULAR	MALO
4	3	2	1

1.-MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS.

Nro.	ITEMS	4	3	2	1
1	¿Cómo califica usted, los mensajes educativos sobre práctica de tamizaje de cáncer de mamas, por la televisión?				
2	¿Cómo califica usted, el mensaje educativo sobre práctica de tamizaje de cáncer de mamas, por la radio?				
3	¿Cómo califica usted, los mensajes educativos sobre práctica de tamizaje de cáncer de mamas, por los avisos en diarios locales?				

2.-MEDIOS DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA.

Nro.	ITEMS	4	3	2	1
1	¿Las marchas de sensibilización, sobre práctica de tamizaje de cáncer de mamas, que le pareció?				
2	¿Los teatros y socio dramas, sobre práctica de tamizaje de cáncer de mamas, que le pareció?				

3	¿Qué le parece a usted, el mensaje educativo sobre práctica de tamizaje de cáncer mamas, en los afiches, folletos y trípticos?				
---	--	--	--	--	--

3.-COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.

Nro.	ITEMS	4	3	2	1
1	¿Cómo califica usted, la orientación y consejería, sobre la prevención de cáncer de mamas, por parte del personal de salud?				
2	¿Cómo califica usted, la orientación y consejería con apoyos visuales, que utilizo el personal de salud, sobre la prevención de cáncer de mamas?				
3	¿Qué le parece a usted, la técnica con la orientación y consejería por parte de personal de salud, sobre prevención de cáncer de mamas?				
4	¿Cómo califica usted, los resultados de la orientación y consejería individual, sobre la prevención de cáncer de mamas, por parte del personal de salud?				
5	¿Cómo califica usted, los resultados de la orientación y consejería, en pareja sobre la prevención de cáncer de mamas, por parte del personal de salud?				

III. VARIABLE DE SUPERVISION PRACTICA DE TAMIZAJE DE CANCER DE MAMA

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Durante el último año, usted acudió al establecimiento de salud para que le realicen el examen clínico de mamas?	() Si () No



ANEXO N° VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio		
3. La estructura del instrumentos es adecuado		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación		

datos wendy - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 9 Iniciar sesión

Portapapeles Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

M2 : comunicación interpersonal

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T		
1							DEMESIONES	VARIABLES	INFORMACION ATRAVEZ DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN										PRACTICAS DE TAMIZAJE DE CANCER DE MAMAS			
2		DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					comunicacion masiva			M.comunicacion alternativa			comunicación interpersonal				EXAMEN CLINICO DE MAMAS					
3	N	P1s	P2s	P3s	P4s	P5s	P1	p2	p3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P1E				
4		Edad	est.Civil	G.Instruc	ocupacion	Antecn	spot.telev	Radial	avis. Diario	M.sensibil	T.socio dram	mat.comun	oyc	oyc apoy.vis.	Tecn. Oyc	R.oyc indiv	R.oyc pare	Exam.clin				
5	1	26	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2			
6	2	31	2	5	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2		
7	3	40	3	3	1	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2			
8	4	33	1	3	4	2	2	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2			
9	5	32	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	1			
10	6	34	2	4	3	2	3	3	4	4	2	3	4	3	4	3	4	3	2			
11	7	27	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2			
12	8	26	2	3	1	2	4	3	2	1	2	4	4	4	4	4	3	4	2			
13	9	36	2	3	4	2	3	2	4	4	2	4	2	4	4	4	3	4	2			
14	10	29	2	3	1	2	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2			
15	11	28	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	3	4	2				

Hoja1 Hoja2

LISTO 100%

10:55 a.m. 18/04/2018

datos wendy - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 9 Iniciar sesión

Portapapeles Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

M2 : comunicación interpersonal

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
73	69	36	2	3	1	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2		
74	70	26	1	3	2	2	3	2	2	4	2	2	3	4	4	4	2	2	2	
75	71	36	2	3	1	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	
76	72	42	1	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	
77	73	32	1	3	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	
78	74	48	1	3	1	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	4	2	2	
79	75	40	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	
80	76	28	1	3	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	
81	77	30	2	3	4	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
82	78	29	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
83	79	27	1	5	3	2	1	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	
84	80	35	2	3	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	
85	81	61	3	5	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	1	
86	82	40	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	
87	83	49	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	
88	84	39	1	5	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	
89	85	33	2	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
90	86	30	2	5	1	2	2	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	
91	87	46	1	5	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
92	88	29	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	
93	89	60	2	5	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
94	90	27	2	5	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

Hoja1 Hoja2

LISTO 100%

10:55 a.m. 18/04/2018

*datos wendy.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	N	Númérico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
2	P1s	Númérico	8	2	edad	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
3	P2s	Númérico	8	2	estado civil	{1,00, solter...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	P3s	Númérico	8	2	G.instruccion	{1,00, sin e...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	P4s	Númérico	8	2	ocupacion	{1,00, ama...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	P5s	Númérico	8	2	antecedente	{1,00, Stj}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	P1	Númérico	8	2	spot televisivo	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	p2	Númérico	8	2	radio	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
9	p3	Númérico	8	2	avis diarios loc...	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
10	P4	Númérico	8	2	march sensibili...	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	P5	Númérico	8	2	teat.socio drama	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
12	P6	Númérico	8	2	mater comunic...	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
13	P7	Númérico	8	2	orient. y consej...	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
14	P8	Númérico	8	2	oyc apoyo visual	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
15	P9	Númérico	8	2	tecnicas de OyC	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
16	P10	Númérico	8	2	result. OyC.indi...	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
17	P11	Númérico	8	2	result. OyC.par...	{1,00, malo}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
18	P1E	Númérico	8	2	exam clinico de...	{1,00, Stj}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
19											
20											
21											
22											
23											
24											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

10:54 a.m. 18/04/2018

*datos wendy.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 18 de 18 variables

	N	P1s	P2s	P3s	P4s	P5s	P1	p2	p3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
1	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
2	2,00	2,00	5,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00
3	3,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00
4	4,00	1,00	3,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
5	5,00	3,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	6,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00
7	7,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
8	8,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00
9	9,00	2,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
10	10,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
11	11,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	12,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
13	13,00	2,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14	14,00	3,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
15	15,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
16	16,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
17	17,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00
18	18,00	4,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
19	19,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20	20,00	2,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00
21	21,00	1,00	5,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
22	22,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

10:54 a.m. 18/04/2018

GALERIA DE FOTOS

