

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN” DE HUANUCO
ESCUELA DE POST GRADO**



**FACTORES SOCIOECONOMICOS Y SU RELACION CON EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION DEL CANCER EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE GINECO OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DE SATIPO EN EL TERCER TRIMESTRE DE 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA Y GESTION SANITARIA**

TESISTA: GLADYS CECILIA DÁVILA ESTEBAN

ASESOR: DRA. VERÓNICA CAJAS BRAVO

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme concedido mí deseo de obtener el título de magister, y por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además por su infinita bondad y amor.

A mi hijo Joaquín.

Razón suprema de mi existencia por quien lucho todos los días por ser mejor, dándole el ejemplo del saber, es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

A mis padres Herminia y Carlos.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, quienes con esfuerzo y sacrificio han sabido guiarme por el sendero del bien y la superación, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan por permitirme continuar con mis estudios de Postgrado, a mi asesora Dra. Verónica Cajas Bravo, por su constante orientación en el desarrollo del presente trabajo y llegar a la culminación del mismo, así mismo al personal directivo, jerárquico, docente y administrativo mi especial agradecimiento.

Debo de agradecer de manera especial a mi esposo Cesar Torres Mendoza por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis, debo de destacar por encima de todo su disponibilidad, paciencia y por su motivación permanente, lo que ha significado un pilar importante para la culminación de mi tesis.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación de los factores socioeconómicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional con 60 pacientes del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki durante el tercer trimestre del 2015. En la recolección de los datos se utilizó dos guías de entrevistas una para determinar los factores socioeconómicos y otro para determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

RESULTADOS: El 53,3% de mujeres tiene entre 18 y 35 años, seguido de las menores de 18 años con un 30%, otro menor porcentaje de 16,7% tiene más de 35 años. El 63,3% de mujeres es conviviente, el 26,7% es soltera y el 10% de mujeres es casada. El 53,3% de mujeres tiene estudios de secundaria, el 40% de primaria y el 6,7% superior técnico. El 50% de mujeres tiene como ocupación ama de casa, el 33,3% es estudiante y el 16,7% es trabajadora independiente. El 33,3% de mujeres tiene como nivel de conocimientos medio, el 36,7% tiene nivel bajo y el 20% tiene nivel alto.

CONCLUSIONES: Existe relación entre los factores socioeconómicos y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015

Palabras clave : *Prevención de cáncer, nivel de conocimientos.*

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the relationship of socioeconomic factors with the level of knowledge about cancer prevention in patients from the Hospital Obstetrics Gynecology.

METHODS: A correlational descriptive study with 60 patients in the Hospital Manuel Angel Arakaki Higa took place during the third quarter of 2015. The data collection two guides of interviews, one was used to determine the socio-economic and other factors to determine the level of knowledge on cancer. For the inferential analysis of the results the chi square test was used.

RESULTS: 53.3% of women between 18 and 35, followed by the age 18 with 30%, a smaller percentage of 16.7 % over 35 years. 63.3% of women is married, 26.7 % are single and 10% of women are married. 53.3 % of women have secondary education, 40% of primary and technical 6.7 % higher. 50% of women have as occupation housewife, a student 33.3 % and 16.7 % are self-employed. 33.3% of women have the average level of knowledge, 36.7 % is low and 20% is high.

CONCLUSIONS: There is a relationship between socioeconomic factors and the level of knowledge of women hospitalized in the service of Obstetrics and Gynecology Hospital of Satipo 2015

Keywords: Cancer prevention, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Cada año, aproximadamente 9 millones de personas en el mundo padecen cáncer y 5 millones mueren por su causa. Se estima que, actualmente existen unos 14 millones de personas enfermas con cáncer y las consecuencias económicas del mismo lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año se diagnostican 466,000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, 231,000 mujeres mueren por la misma y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo. En países de América Latina y de la región del Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40%; y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa, las mayores incidencias se reportan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; Canadá y Puerto Rico reportan tasas inferiores.(1).

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2,004 murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo. (2)

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100,000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama. Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60%

aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos.(2).

Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

En el Perú, 19 mil personas murieron víctimas del cáncer en el 2013; es decir, cada día se presentaron 52 fallecimientos como consecuencia de esa terrible enfermedad.

Así lo advirtió la Liga Contra el Cáncer, que cita datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que alertó que el año 2013 hubo 43 mil nuevos casos.

En el 2011, las neoplasias constituyeron la primera causa de muerte en el país, con 18,195 decesos, según el Ministerio de Salud. Lamentablemente, la falta de cultura preventiva hace que el 85% de pacientes acuda a los centros de salud cuando la enfermedad se encuentra avanzada.

De acuerdo con la OMS, el cáncer más recurrente en Perú es el de estómago, seguido por el de cuello uterino (4 mil), de mama (4 mil), de próstata (4 mil) y de pulmón (1,500).

Actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la incidencia anual del cáncer en el Perú es aproximadamente 150.7 casos por cada 100,000 habitantes, con un promedio de 45,000 nuevos casos.

Además, el 75% de diagnósticos de cáncer son en estadios clínicos avanzados, esto repercute en menores probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamiento y una elevada mortalidad. La pobreza es un factor que se relaciona con esta detección tardía del cáncer, debido a las dificultades de acceso a los servicios de salud, una escasa cultura de prevención, la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, el bajo nivel de educación, entre otros. El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Lima después del cáncer de mama. Así; cada año 2,663 mujeres mueren por esta enfermedad en el Perú, especialmente en las zonas más alejadas y de menores recursos económicos. Los más de 5,400 nuevos casos que se presentan cada año en nuestro país, son producidos por el virus del Papiloma Humano (VPH) (Ministerio de Salud-MINSA, 2,009). Estudios epidemiológicos, consideran que la neoplasia cervicouterino se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer. En apoyo a esta hipótesis, se vincula una elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente de infecciones por oncovirus, en las que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) se considera como la génesis fundamental del cáncer cervicouterino.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú al año se presentan cerca de 4 mil nuevos casos de cáncer de mama y fallecen alrededor de 4 mujeres diariamente. Esta enfermedad aparece generalmente en mujeres entre los 40 y 50 años y no presenta síntoma en etapa inicial, por ello la importancia de realizarse exámenes preventivos anualmente para evitar la enfermedad, pues el 85% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados y sólo 15% en etapa inicial.

Sin embargo, el cáncer no es sinónimo de muerte. El 70% de cáncer se pueden prevenir si realizamos prácticas saludables en nuestra vida cotidiana, tenemos una buena alimentación, hacemos actividad física por lo menos 30 minutos al día y acudimos al médico para un chequeo de salud anual, lo que equivale decir conocer las medidas preventivas del cáncer para disminuir la morbimortalidad por esta causa.

Partiendo de esta problemática surge la necesidad de realizar la investigación para determinar la relación que existe entre los factores socio económico y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer. En ese sentido, el estudio se organizó en cinco capítulos.

En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, la justificación e importancia y la factibilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las definiciones conceptuales.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, y las técnicas de recolección y procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación.

Y, en el quinto capítulo se menciona la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
SUMMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Descripción del Problema	12
1.2. Formulación del Problema	14
Problema General	14
Problemas Específicos	14
1.3. Objetivos	15
1.4. Hipótesis y/o Sistema de Hipótesis	16
1.5. Variables	17
1.6. Justificación e Importancia	20
1.7. Viabilidad	21
1.8. Limitaciones	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	22
2.2. Bases Teóricas	33
2.3. Definiciones Conceptuales	56
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo de Estudio	58
3.2. Diseño y Esquema de la Investigación	59

3.3. Población y Muestra	60
3.4. Instrumentos de Recolección de Datos	61
3.5. Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos	62
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados	64
4.2. Análisis inferencial/Prueba de la Hipótesis	69
CAPÍTULO V. DISCUSION	
4.3. Discusión de los resultados	77
CONCLUSIONES	79
SUGERENCIAS	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	83

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Según la OMS, en el año 2012 el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial se le atribuyeron 8,2 millones de muertes de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer, lo que supera al total de muertes por SIDA, tuberculosis y malaria consideradas en conjunto. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global que afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

En América Central, del Sur y el Caribe ocurren aproximadamente 479,900 muertes por cáncer anualmente, de las cuales 245,000 ocurren entre los varones y 234,000 entre las mujeres.

El cáncer de pulmón ocasiona en la población más muertes que cualquier otro tipo de cáncer. Los hombres se enferman más de cáncer de pulmón, estómago, garganta y vejiga que las mujeres. El cáncer que es causado por agentes infecciosos, como el caso del hígado, estómago y cuello uterino tienen mayor prevalencia en los países en desarrollo, en tanto que en los países desarrollados los cánceres más frecuentes se sitúan en próstata, mama y colon.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2,012 a 22 en las próximas

décadas número que aumentaría de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24,6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya.

El cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo y la principal causa de muerte asociada a cáncer en los países en desarrollo.

Cada año, se diagnostican aproximadamente medio millón de nuevos casos de cáncer cervical invasor, casi la mitad de estos en mujeres que nunca se han sometido a pruebas de detección. A nivel mundial, más de 250 mil mujeres mueren cada año a causa de esta enfermedad. Las tasas más altas de incidencia y mortalidad se presentan en África subsahariana, América Latina y en el sur de Asia. En general, las tasas de mortalidad en los países en desarrollo son cerca de cuatro veces mayores que las de los países industrializados: entre el 80% y el 85% de las muertes producidas por cáncer cervical ocurren en países en desarrollo. Hay dos modos de prevenir el cáncer cervical: a través de la prevención oportuna de la infección o de la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas.

En la actualidad, el cáncer cervicouterino constituye la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres. La tasa estimada de incidencia del cáncer cervicouterino es de 48,2 por 100,000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100,000 (3). El cáncer cervicouterino constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje.

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la incidencia anual del cáncer en el Perú es aproximadamente 150,7 casos por cada 100,000 habitantes, con

un promedio de 45,000 nuevos casos. Además, el 75% de diagnósticos de cáncer son en estadios clínicos avanzados, esto repercute en menores probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamiento y una elevada mortalidad. La pobreza es un factor que se relaciona con esta detección tardía del cáncer, debido a las dificultades de acceso a los servicios de salud, una escasa cultura de prevención, la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, el bajo nivel de educación, entre otros.

Sin embargo, el cáncer no es sinónimo de muerte. El 70% de cáncer se pueden prevenir si realizamos prácticas saludables en nuestra vida cotidiana, tenemos una buena alimentación, hacemos actividad física por lo menos 30 minutos al día y acudimos al médico para un chequeo de salud anual

En el Perú hay pocos estudios que han estudiado el nivel de conocimiento sobre Prevención en Cáncer.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

Surgiendo de la realidad antes descrita, en la presente investigación, se ha planteado la siguiente pregunta:

¿Cómo se relacionan los factores socioeconómicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo durante el tercer trimestre de 2,015?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cómo se relaciona la edad con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco

Obstetricia del Hospital de Satipo servicio de hospitalización del Hospital de Satipo?

- ¿Cómo se relaciona el estado civil con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo?
- ¿Cómo incide el grado de instrucción en el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo?
- ¿Cómo incide la ocupación en el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación de los factores socioeconómicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo durante el tercer trimestre de 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la relación entre la edad y el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo.
- Determinar el estado civil que incide en el de conocimiento sobre prevención de cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo.

- Determinar el grado de instrucción en el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo.
- Determinar la ocupación en el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo.

1.4. HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Ha: Existe relación directa significativa entre los factores socioeconómicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo durante el tercer trimestre del 2015.

Ho: No existe relación directa significativa entre los factores socioeconómicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo durante el tercer trimestre del 2015.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

Ha₁: Existe relación directa significativa entre la edad con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ho₁: No existe relación directa significativa entre la edad con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ha₂: Existe relación directa significativa entre el estado civil con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ho₂: No existe relación directa significativa entre el estado civil con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ha₃: Existe relación directa significativa entre el grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ho₃: No existe relación directa significativa entre el grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ha₄: Existe relación directa significativa entre la ocupación con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

Ho₄: No existe relación directa significativa entre la ocupación con el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer en las pacientes del servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

1.5. VARIABLES

IDENTIFICACION DE VARIABLES

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Nivel de conocimiento sobre cáncer

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Factores socioeconómicos

• OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	ÍNDICE	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE: NIVEL DE CONOCIMIENTO	Conocimiento sobre cáncer	Conocimiento	Es el nivel de información específica que se tiene sobre el cáncer midiendo a través de encuestas a pacientes hospitalizadas en el servicio de hospitalización de gineco obstetricia del hospital de Satipo.	Cualitativa Dicotómica	Alto (7 y más preguntas) -Medio (4 a 6 preguntas) -Bajo (3 preguntas)	5 preguntas	Ordinal
	Conocimiento sobre prevención del cáncer	Conocimiento	Es el nivel de información específica que se tiene sobre prevención del cáncer midiendo a través de encuestas a pacientes hospitalizadas en el servicio de hospitalización de gineco obstetricia del hospital de Satipo.	Cualitativa Dicotómica	-Alto (7 y más preguntas) -Medio (4 a 6 preguntas) -Bajo (3 preguntas)	5 preguntas	Ordinal
VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	ÍNDICE	ESCALA
		Edad	Tiempo en años que ha vivido el sujeto de investigación al inicio del estudio	Cuantitativo Intervalo	- 15- 19 - 20 – 24 - 25 - 29 - 30 – 34 - 35 – 39 - 40 – 44 - 45 – 49	Años cumplidos hasta la fecha de evaluación que refiere la persona	Ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Social	Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familias provenientes de matrimonio	Cualitativo Politómica	-Soltera -Casada -Conviviente -Divorciada -Viuda	Estado de unión	Nominal
		Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado.	Cualitativo Politómica	-Primaria -Secundaria -Técnico -Universitario -Ninguno	Grados cursados al momento de la encuesta	Nominal
	Económica	Ocupación	Trabajo asalariado al servicio de un empleador, acción o función que desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos.	Cualitativo Politómica	-Estudiante -Ama de casa -Trabajador independiente -Trabajador dependiente -Desempleado	Actividad principal que realiza el paciente en el momento de la primera consulta.	Nominal

1.6. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El cáncer es un problema grave de salud pública a nivel mundial y nacional, por lo que es importante determinar los factores socioeconómicos y su relación con el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer, considerando que el cáncer entre los diferentes tipos que existe está en incremento sobre todo en la población femenina. El cáncer no presenta manifestación que causan alarma, razón por la cual en las pacientes las pasan desapercibidas, a eso se le suma el desconocimiento que tiene sobre el tema y las serias consecuencias que se presentan en la mujer y su entorno familiar.

El estudio tiene como finalidad determinar cuáles son los factores socioeconómicos y su relación con el nivel de conocimientos existentes sobre el cáncer en mujeres y las causas que provocan esta enfermedad, que permitan reducir los riesgos; lo que contribuirá al mejoramiento de la salud de las mujeres sobre todo en edad fértil.

Se ha observado que en el hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo en el Servicio de hospitalización de Gineco obstetricia, no hay un alto número de mujeres que se toman Papanicolaou, por desconocimiento; reportando un promedio de 30 tomas al mes. Siendo uno de los problemas preocupantes el nivel socio económico y ser una población dispersa. Este estudio se realizará con el propósito de determinar Los factores socioeconómicos y su relación con el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer en el servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia del "Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki" de Satipo.

De esta manera se hará un estudio a la población femenina para luego darles la información necesaria sobre el cáncer y la importancia de la prevención a

través de un examen a tiempo, así como llevar un buen estilo de vida, que incluye una alimentación sana y sin excesos, con ingesta diaria de verduras y frutas frescas, abstención o muy bajo consumo de alcohol y tabaco, ejercicio regular, evitando riesgos externos (desde excesiva exposición al sol hasta ciertos tipos de infección) entre otros dándoles una mejor enseñanza en estilos de vida saludables.

Además el instrumento (cuestionario) diseñado se validará por expertos en el tema que poseerá validez y confiabilidad para su posterior aplicación en el desarrollo de la investigación. Este instrumento una vez validado contribuirá a la realización de otros trabajos de investigación y resolver diferentes problemas en el ámbito de la prevención del cáncer sobre todo en mujeres.

1.7. VIABILIDAD

La ejecución del presente proyecto fue viable, por el fácil acceso en conseguir los datos para la ejecución de este estudio, así como el apoyo que se tuvo por parte de las pacientes que colaboraron por brindar información respecto al estudio, así como del personal que labora en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Satipo.

1.8. LIMITACIONES

Consistió básicamente en conseguir el consentimiento por parte de la Dirección del Hospital, y de algunas de las pacientes que participaron en esta investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A continuación se presenta los antecedentes encontrados que han tenido repercusión en relación al presente trabajo de investigación:

- **A NIVEL INTERNACIONAL**

López C y colaboradores (2,010); realizaron un estudio sobre variables relacionadas con el conocimiento, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, llegando a la conclusión que el carcinoma de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer que afecta con mayor frecuencia a la mujer, especialmente en los países con bajo desarrollo económico, no siendo ajeno a esto el barrio 10 en donde el año 2,002 se incrementaron los casos, y a nivel mundial se diagnosticaron aproximadamente 493,243 nuevos casos en países en desarrollo y causo al menos 273,606, correspondiendo a una tasa de mortalidad del 55%. Existen diferentes factores que conllevan a la aparición de esta enfermedad entre ellos la infección por el virus del papiloma humano, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, uso de anticonceptivos orales prolongados, infección por clamidia, inmunosupresión, antecedentes de familiares con cáncer de cuello uterino, fumar, y una baja condición económica; por lo cual es importante identificarlos oportunamente. (3)

María Teresa Urrutia realizó en el 2,010 en Chile su estudio Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Con el OBJETIVO de Describir las creencias que tienen un grupo de mujeres chilenas pertenecientes al sistema público de atención acerca del Papanicolaou y cáncer cervicouterino. MÉTODO: Estudio analítico de corte transversal realizado en 333 mujeres chilenas. Se estudiaron las creencias sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino con un instrumento desarrollado y validado en población chilena (CPC-28). RESULTADOS: El 96% de las mujeres refiere tener un Papanicolaou en los últimos 3 años. El antecedente familiar es reportado por el 49,8% como causa de cáncer cervicouterino. La barrera principal para adherir al Papanicolaou es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida. La principal señal de acción que impulsa a que la mujer adhiera al tamizaje es la indicación entregada por el doctor. El beneficio más importante es el cuidado de la salud. El 14,1% señala la presencia de relaciones sexuales como necesaria para adherir al tamizaje. El 17,4% de las mujeres se percibe fuera de riesgo de desarrollar un cáncer Cérvicouterino. Las 6 dimensiones estudiadas se correlacionan entre sí. La CONCLUSIÓN a la que arribo la autora fue: Las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población, empezando por valorarlas y comprenderlas para posteriormente poder modificarlas.

Santa Torriente y Col, realizaron un estudio en Cuba en el 2,012, Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. En el resumen se detalla: OBJETIVO: Caracterizar a la paciente biopsiada por electrocirugía en el Hospital Gineco obstétrico de Guanabacoa durante el periodo de enero

1,998 a diciembre 2,010. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo en 696 expedientes clínicos correspondientes a pacientes diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y cáncer invasor del cérvix uterino (CCU) atendidas en el hospital materno de Guanabacoa durante el periodo antes mencionado. El procesamiento de la información fue a partir de la recolección de datos de las historias clínicas y libro de control de biopsias, llevándolos a una base de datos en Microsoft Excel y el procesamiento estadístico utilizando fue el paquete SPSS versión 15 y EPIDAT. Resultados: Del total de casos el 36,2 % se diagnosticó y trató entre los 31 y 40 años, el 60 % inició precozmente sus relaciones sexuales, 2 fue el promedio de partos por pacientes, el 2 % de la muestra se encontraba embarazada en el momento de la toma de biopsia, el 80,1 % tenía el hábito de fumar y el 93,5 % presentó virus de papiloma humano (VPH) en el resultado histológico asociados la NIC. CONCLUSIÓN: La precocidad en el inicio de la primera relación sexual, la presencia de VPH y hábito de fumar fueron factores que estuvieron presentes en un elevado porcentaje de las pacientes tratadas; la multiparidad y la adolescencia no incidieron de forma significativa en la población estudiada.

López González y Col. Realizaron el estudio de Prevalencia de anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidos en el Centro de Atención Primaria (CAP) de la Esperanza, Cartagena – Colombia, de Enero – Diciembre de 2,010. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, con el OBJETIVO de conocer la prevalencia de anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidos en el Centro de atención primaria (CAP) de la Esperanza, Cartagena – Colombia, los cuales pertenecen al estrato socioeconómico 1, y son del régimen subsidiado. Hubo

un total de 1,131 pacientes, de los cuales se escogieron 863 según los criterios de inclusión y exclusión, con edades entre 25–65 años. La edad promedio fue de 39,2 años, el mayor grupo etario estuvo entre 25 – 44 años; se hicieron 863 citologías, de las cuales 36 (4,17%) tuvieron reporte patológico que mostraron anomalías citológicas, con 33,33% Lesión intraepitelial (LIE) de bajo grado; 19,44% LIE de alto grado y 47,22% Anomalías de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS). La prevalencia descrita fue de 4,17%, un poco baja con lo presentado en otros estudios debido a que mostraron una prevalencia de ASCUS más elevada.

Marisa Ponce, en el 2012 en Argentina realizó el estudio de Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. **OBJETIVOS:** Describir las opiniones de las mujeres adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) sobre el cáncer de cuello de útero y de mama, sus técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas. **MÉTODOS:** Se trabajó con datos primarios obtenidos en 2004 y 2005 a partir de entrevistas en profundidad. Se trató de una muestra intencional conformada por 30 mujeres de 50 a 64 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y medios que residían en CABA. **RESULTADOS:** El miedo al cáncer, la asociación entre el sentirse y el saberse enferma, el desconocimiento de las ventajas del Papanicolaou y la mamografía, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes, la persistencia de tabúes incorporados en la socialización y el papel desempeñado en los cuidados de familiares influyeron en la percepción de riesgo de contraer cáncer y en las prácticas

preventivas. **CONCLUSIONES:** Aunque en la adultez parece existir un mayor conocimiento sobre el cáncer, subsisten numerosas barreras socioculturales que impiden a las mujeres permanecer en los procesos de cuidados que ayudan a evitar la enfermedad

- **A NIVEL NACIONAL**

El cáncer en el Perú es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. (4)

Tanto la fecha de realización del último Papanicolaou como la frecuencia evidencian que una gran mayoría de la población mantiene conductas preventivas con respecto a su salud ginecológica, sólo una minoría se encuentra en una situación de mayor riesgo. El perfil de esas mujeres es debajo nivel educativo y sus edades son extremas. Las más jóvenes no concurren a la atención ginecológica después del inicio de las relaciones sexuales y las de mayor edad han discontinuado o bien nunca han iniciado la atención de sus salud ginecológica. (5)

Según manifestación del Dr. Carlos Vallejos Sologuren, expresa: "Si aplicáramos lo que sabemos en detectar y prevenir el cáncer, cada año se evitarían 100,000 casos de cáncer y alrededor de 60,000 muertes", además considera que el elemento indispensable de un Plan Nacional de Control del Cáncer es educar a la población. Coincidentemente con su opinión el Dr. Luis Pinillos Ashton considera que la solución frente a la problemática nacional en el combate del cáncer estriba en la normatividad y brindar mayores recursos; y en lo cultural, recomendó destacar la educación e

información en este aspecto. Otras recomendaciones fueron reforzar la educación en prevención. (6)

Mientras la mortalidad por todas las causas en el Perú viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud. Aceptando que existe sub registro, sobre un total de 14,844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por el Ministerio de Salud en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas en el MINSA durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres. (3)

Roque Agapito, Katherine ejecutó en el Perú en el 2,014 su estudio titulado Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando Julio-Agosto 2,014, con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre cáncer de cuello uterino con la toma de Papanicolaou en las usuarias que acuden al Centro de Salud San Fernando durante el periodo de Julio- Agosto del 2,014. METODOLOGÍA: estudio observacional, analítico-correlacional, prospectivo de corte transversal. Se entrevistó un total de 148 usuarias atendidas en el Centro de Salud San Fernando-Agustino, evaluando en ellas el nivel de conocimientos y actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y si esto influye en la toma de Papanicolaou durante el año 2014. Los datos obtenidos se registraron en el programa Statistics SPSSv.21. Para evaluar el grado de asociación, se utilizó la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, considerándose significativo un valor $p \leq 0.05$. RESULTADOS: de 148 usuarias con edades

comprendidas entre 20-59 años, el 62.8% se realizó examen de Papanicolaou en los tres últimos años, mientras que el 37.2% refiere que no se lo realizó en más de tres años o nunca lo hizo, siendo los motivos por falta de tiempo (41.9%) o por temor (25.8%). Respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la población total fue: el 58.8% alcanzó un nivel "Medio" y el 20.9% "Bajo" y frente a las actitudes el 83.8% tuvo un actitud "Negativa" y el 16.2% "Positiva". El nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fue "Medio" en un 50.5% y "Alto" en 25.8% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que obtuvieron un nivel "Medio" en un 72.7% y "Alto" en un 10.9%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.023$). Las actitudes frente al cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fueron "Negativas" en el 81.7% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que fueron "Negativas" en un 87.3%, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.376$). Las usuarias con una actitud "Positiva" frente al cáncer de cuello uterino, tuvieron un nivel de conocimientos "Medio" en el 70.8% y "Alto" en el 25% comparado con las usuarias con actitud "Negativa" que tuvieron un nivel "Medio" en el 56.5% y "Bajo" en el 19.4%, existiendo entre estos valores cierta significancia ($p=0.087$). CONCLUSIÓN: existe relación significativa entre los conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ($p=0.023$), sin embargo no se determinó relación entre las actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ($p=0.376$), observándose una actitud negativa tanto en el grupo de pacientes que se tomaron y no se tomaron el Papanicolaou.

Barrera Basilio, Milagritos en el 2013 realizó en el Perú su estudio Nivel de cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste a un centro de salud. En la actualidad, se encuentran nuevos casos de cáncer que están en aumento como por ejemplo cáncer a la piel, tiroides, endometrio, páncreas; es necesario y urgente que la población adquiera una cultura en prevención y diagnóstico precoz del cáncer. Este trabajo se titula “Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste al Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo”, teniendo como OBJETIVO determinar el nivel de cultura sobre prevención y detección precoz del cáncer. El presente trabajo es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. Respecto al muestreo es no probabilístico y por conveniencia; se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a 145 personas que son usuarios de los diferentes servicios que ofrece el Centro de Salud. Los RESULTADOS fueron que el Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer es Bajo con 35.7% (52); y respecto a cada dimensión se encontró que el Nivel de Cultura sobre prevención del cáncer es Bajo con 46.6% (68) y Nivel de Cultura sobre el Diagnóstico Precoz del cáncer es Bajo con 46.7% (68) sobre el total de la muestra.

Sonia Cabrera Arenas, realiza su estudio en el Perú en el 2011: Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Estudios de prevalencia de la OMS sugieren que cada año hay 1,4 millones casos de cáncer de cuello uterino clínicamente reconocidos y que unas 3 a 7 millones de mujeres en el mundo tienen lesiones precursoras de alto riesgo. De acuerdo a los informes

de la IARC en el 2,008 el cáncer de cuello uterino fue el segundo cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial. En el Perú, el Registro de Cáncer en Lima y en la ciudad de Trujillo han coincidido en que el cáncer de cuello uterino tiene una de las incidencias más altas del mundo. Los principales factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer cervical han sido estudiados a lo largo de las décadas del siglo anterior, siendo los factores reproductivos, un nivel socioeconómico bajo y la infección por el virus del papiloma humano (VPH), los más importantes. Además está demostrado que un mayor nivel de conocimientos está relacionado con una mayor probabilidad de uso del Papanicolaou y con ello a un diagnóstico precoz. Todo lo anteriormente expuesto hace posible comprender la importancia de dicho estudio en cuanto a la distribución de los factores de riesgo implicados en esta patología. Es por ello que se hace un estudio Descriptivo-Observacional – Retrospectivo el cual contó con 104 pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, y en el cual se analizaron los siguientes factores de riesgo: edad, antecedente de infección con VPH, menarquía, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, paridad, hábito de fumar y consumo de alcohol recabando la información mediante una ficha de datos llegando a los siguientes RESULTADOS Y CONCLUSIONES: los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron exposición a VPH (64.8%) y multiparidad (68.5%); la mayoría tuvo menarquía de inicio medio (63%); el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%); pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida es lo mayormente hallado en el presente estudio (94.4%), cuando lo más

relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino es mayor cantidad de parejas; sin embargo no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto exponen estos a sus parejas; se encontró un bajo porcentaje tanto del alcohol como del tabaco con un hallazgo de casi el 70% de mujeres con antecedente de haber cocinado o cocinar con leña, dato esperado en una sociedad como la nuestra; y, finalmente, pero no menos importante, al hallarse que un poco más del 20% de las mujeres del estudio no contaban con estudios de tamizaje primario, por lo que no se sabía si contaban con el antecedente de infección previa por el VPH, se puede concluir que los programas de tamizaje primario no son muy difundidos en la comunidad que abarca el HNSEB, a pesar de su facilidad de uso. A la luz esto se propone mejores medidas educacionales y sobre todo preventivas con el uso sistemático del tamizaje primario con técnicas tan simples como la IVAA e IVL, pero que arrojan rápidamente resultados confiables que pueden orientar un diagnóstico precoz y, así, evitar las funestas consecuencias de este extendido mal. -- PALABRAS CLAVES: cáncer de cérvix, factores de riesgo, prevención.

Acevedo Piedra, Sandra ejecutó en el 2,009 su estudio titulado Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM. En la actualidad el cáncer es una enfermedad que está afectando al mundo entero. En el Perú según la oficina de Epidemiología del INEN 2,007 las neoplasias malignas más frecuentes en mujeres son las de Cuello uterino y de Mama, presentando altas tasas de incidencia; ante esta situación es importante que el alumno como futuro profesional de enfermería, esté preparado para el desarrollo de actividades preventivo promocionales que

contribuyan con la disminución del cáncer en las mujeres. Es por ello que el presente trabajo tiene como OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de Cérvix y de mama en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM en el año 2,009. El propósito está orientado hacia la creación de estrategias de aprendizaje que enfatizan el conocimiento de los alumnos sobre estos temas a fin de afianzar el rol preventivo promocional sobre el cáncer. El presente trabajo es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. Se utilizó como técnica, la entrevista y como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 182 estudiantes de enfermería, CONCLUYENDO que el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería de la UNMSM sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de Cérvix y de mama en su mayoría es Medio.

Huamaní Charles y Col., en el año 2,007, en Perú – Lima realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2,007”, cuyos resultados fueron: Se incluyó a 502 mujeres, con una edad promedio de 27 años. El 15% inicio sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9%, el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuada. La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7%, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, historia inadecuada de PAP y haber tenido más de dos parejas sexuales.

2.2 BASES TEORICAS

CANCER

Es una enfermedad que resulta del crecimiento sin control de células anormales que produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), que se originan en alguna parte del cuerpo y suelen vivir más tiempo que las células normales, con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). Pueden formar tumores, destruir las partes vecinas y diseminarse por el cuerpo. La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis.

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la incidencia anual del cáncer en el Perú es aproximadamente 150,7 casos por cada 100,000 habitantes, con un promedio de 45,000 nuevos casos.

Además, el 75% de diagnósticos de cáncer son en estadios clínicos avanzados, esto repercute en menores probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamiento y una elevada mortalidad. La pobreza es un factor que se relaciona con esta detección tardía del cáncer, debido a las dificultades de acceso a los servicios de salud, una escasa cultura de prevención, la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, el bajo nivel de educación, entre otros.

Sin embargo, el cáncer no es sinónimo de muerte. El 70% de cáncer se pueden prevenir si realizamos prácticas saludables en nuestra vida cotidiana, tenemos una buena alimentación, hacemos actividad física por lo menos 30 minutos al día y acudimos al médico para un chequeo de salud anual.

El cáncer en sus primeras etapas, no presenta síntomas, no causa dolor ni molestias. Los síntomas de alarma en toda persona, sea cual fuere su edad o sexo, pueden ser: sangrado inusual, secreción anormal por pezones o genitales; molestias generales o digestivas; tumores o protuberancias en cualquier parte del cuerpo, lunares sospechosos, cambios o manchas en la piel, cambios en la voz, tos crónica y/o heridas que no cicatrizan, entre otros.

TIPOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTES EN NUESTRO PAÍS

En las mujeres: el cáncer de mama y de cuello uterino; mientras que en los varones, los más comunes son el cáncer de estómago, de pulmón y de próstata.

El cáncer de pulmón y de estómago afecta a varones y mujeres.

- **CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

Primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia nacional es de 34,5 por 100,000 mujeres (4,446 casos nuevos) y la tasa de mortalidad es de 16,3 por 100 mil. (2,098 mujeres)

- **CÁNCER DE ESTÓMAGO**

Es la causa más frecuente de cáncer, tanto en hombres como en mujeres. Se estima una tasa de incidencia de 22,6 por 100 mil hombres y 20,0 en mujeres. La tasa de mortalidad es alta en ambos sexos, lo que indica que la mayoría de casos son diagnosticados en estadios avanzados.

- **CÁNCER DE PRÓSTATA**

Es el más frecuente en varones. La tasa de incidencia estimada es de 37,1 por 100 mil hombres y la mortalidad asciende a 14,0 por 100 mil.

- **CÁNCER DE MAMA**

Representa el cáncer más frecuente en Lima y Arequipa. En los últimos 30 años ha incrementado su incidencia a 34,0 por 100 mil mujeres y su tasa de mortalidad es de 10,8 por 100 mil.

- **CÁNCER DE PULMÓN**

A nivel nacional esta neoplasia maligna afecta a más hombres que a mujeres, con tasas de 7,8 y 5,3 por 100 mil habitantes. En relación a la mortalidad las tasas son 7,7 y 5,1 por 100 mil, respectivamente.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Al menos un tercio de todos los casos de cáncer pueden prevenirse. La prevención constituye la estrategia a largo plazo más costo eficaz para el control del cáncer.

- **TABACO**

El tabaquismo es el factor de riesgo evitable que por sí solo provoca más muertes por cáncer en todo el mundo, ya que provoca aproximadamente el 22% de las muertes anuales por esta causa. En 2,004 se atribuyeron al tabaquismo 1,6 millones de los 7,4 millones de muertes por cáncer.

El humo de tabaco provoca muchos tipos de cáncer distintos, como los de pulmón, esófago, laringe (cuerdas vocales), boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero. Alrededor del 70% de la carga de cáncer de pulmón puede achacarse al tabaquismo como única causa. Se ha demostrado que el humo ajeno, también llamado «humo ambiental», causa cáncer de pulmón en adultos no fumadores. El tabaco sin humo (en forma de productos de tabaco orales, tabaco de mascar o en polvo) provoca cáncer de boca, esófago y páncreas.

- **FALTA DE ACTIVIDAD FÍSICA, FACTORES ALIMENTARIOS, OBESIDAD Y SOBREPESO**

Otro modo importante de afrontar la lucha contra el cáncer consiste en modificar la alimentación. Existe un nexo entre el sobrepeso y la obesidad, por un lado, y muchos tipos de cáncer, como el de esófago, colon y recto, mama, endometrio y riñón, por el otro. Las dietas ricas en frutas y hortalizas pueden tener un efecto de protección contra muchos tipos de cáncer.

Por el contrario, el consumo excesivo de carnes rojas y en conserva puede estar asociado a un mayor riesgo de contraer cáncer colorrectal. Además, unos hábitos alimentarios saludables que previenen el desarrollo de tipos de cáncer asociados al régimen alimentario contribuyen también a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Una actividad física regular y el mantenimiento de un peso corporal saludable, junto a una dieta sana, reducirán considerablemente el riesgo de contraer cáncer. Deberían ponerse en práctica, políticas y programas nacionales para promover una mayor conciencia y reducir la exposición a los factores de riesgo, y para asegurarse de que las personas reciban la información y el apoyo que necesitan para adoptar estilos de vida saludables.

- **CONSUMO DE ALCOHOL**

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, como los de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto, y mama. El riesgo de cáncer aumenta con la cantidad de alcohol consumida. El riesgo que supone beber en exceso para varios tipos de cáncer (como los de la cavidad bucal, faringe, laringe y esófago) aumenta notablemente si el bebedor también es un fumador empedernido.

La fracción atribuible al alcohol en el caso de determinados tipos de cáncer relacionados con su consumo varía según se trate de hombres o mujeres, sobre todo por las diferencias en el nivel medio de consumo. Por ejemplo, el 22% de los casos de cáncer de boca y orofaringe en los hombres son atribuibles al alcohol, mientras que en las mujeres la carga de morbilidad atribuible a esa causa se reduce al 9%. En el cáncer de esófago e hígado se registra una diferencia parecida basada en el sexo).

- **INFECCIONES**

Los agentes infecciosos son la causa de casi el 22% de las muertes por cáncer en los países en desarrollo y el 6% en los países industrializados. Las hepatitis virales B y C provocan cáncer de hígado y la infección por el virus del papiloma humano cáncer del cuello del útero; la bacteria *Helicobacter pylori* aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

En algunos países, la esquistosomiasis parasitaria aumenta el riesgo de contraer cáncer de vejiga; en otros, el trematodo del hígado aumenta el riesgo de colangiocarcinoma de las vías biliares. Entre las medidas preventivas destacan la vacunación y la prevención de infecciones e infestaciones.

- **CONTAMINACIÓN AMBIENTAL**

La contaminación ambiental del aire, el agua y el suelo por productos químicos carcinógenos causa entre el 1% y el 4% de todos los casos de cáncer (CIIC/OMS, 2003). La exposición a productos químicos carcinógenos presentes en el ambiente puede producirse a través del consumo de agua o de la contaminación ambiental y en espacios cerrados. En Bangladesh, entre el 5% y el 10% de las muertes por cáncer en una región contaminada por arsénico fueron atribuibles a la exposición a esa sustancia.

La exposición a agentes carcinógenos también puede producirse a través de alimentos contaminados por sustancias químicas, como las aflatoxinas o las dioxinas. La contaminación del aire de interiores causada por fuegos de carbón duplica el riesgo de cáncer de pulmón, especialmente entre las mujeres no fumadoras. En todo el mundo, la contaminación del aire de interiores por fuegos de carbón domésticos causa aproximadamente el 1,5% de todas las muertes por cáncer. El uso del carbón en los hogares está especialmente extendido en Asia.

- **CARCINÓGENOS OCUPACIONALES**

Más de 40 agentes, mezclas y circunstancias de exposición en el ambiente laboral son cancerígenos para el hombre y están clasificados como carcinógenos ocupacionales. La relación causal entre los carcinógenos ocupacionales y el cáncer de pulmón, vejiga, laringe y piel, la leucemia y el cáncer nasofaríngeo está bien documentada. El mesotelioma (cáncer del revestimiento exterior del pulmón o de la cavidad torácica) está determinado en gran medida por la exposición al amianto por razones laborales.

Los cánceres de origen laboral se concentran en determinados grupos de la población activa, para los que el riesgo de desarrollar una forma particular de cáncer puede ser mucho mayor que para el resto de la población. Aproximadamente entre el 20% y el 30% de los hombres y entre el 5% y el 20% de las mujeres en edad de trabajar (es decir, de 15 a 64 años) pueden haber estado expuestos a carcinógenos pulmonares durante su vida laboral, lo que representa alrededor del 10% de los casos de cáncer de pulmón en todo el mundo. En torno al 2% de los casos de leucemia en todo el mundo pueden atribuirse a la exposición en el lugar de trabajo.

- **RADIACIONES**

Las radiaciones ionizantes son carcinogénicas para el hombre. Los conocimientos disponibles sobre los riesgos que comportan las radiaciones proceden principalmente de estudios epidemiológicos sobre los sobrevivientes japoneses a la bomba atómica, así como de estudios de cohortes expuestas a radiaciones médicas y en el ambiente de trabajo. Las radiaciones ionizantes pueden provocar leucemia y varios tumores sólidos, y los riesgos son mayor cuanto más joven es la persona expuesta.

Se calcula que la exposición residencial al gas radón que emana del suelo y de los materiales de construcción causa entre el 3% y el 14% de todos los casos de cáncer de pulmón, lo que la convierte en la segunda causa más importante de ese tipo de cáncer después del humo del tabaco. Los niveles de radón en el hogar pueden reducirse mejorando la ventilación y sellando los pisos y paredes. Las radiaciones ionizantes son un instrumento indispensable de diagnóstico y terapia. Para garantizar que los efectos benéficos de las radiaciones superen los posibles riesgos, los procedimientos radiológicos médicos deben prescribirse en los casos oportunos y realizarse correctamente, para reducir dosis de radiación innecesarias, especialmente en los niños.

Las radiaciones ultravioleta, y en particular las solares, son carcinógenas para el ser humano y provocan todos los principales tipos de cáncer de piel, como el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular y el melanoma. En 2,000 se diagnosticaron en el mundo más de 200,000 casos de melanoma y se produjeron 65,000 muertes asociadas a este tipo de cáncer. Evitar la exposición excesiva y utilizar filtro solar y ropa de protección son medidas preventivas eficaces. Actualmente los aparatos de bronceado que

emiten rayos ultravioleta están clasificados como carcinógenos para el ser humano por su asociación con los cánceres oculares y de piel melanocíticos.

CRIBADO Y DETECCION PRECOZ DEL CANCER

- **DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER**

La detección precoz del cáncer aumenta enormemente las posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz. Los componentes principales de la detección precoz del cáncer son dos: la educación para promover un diagnóstico precoz y el cribado.

Si se reconocen las posibles señales de alerta del cáncer y se toman medidas con rapidez puede llegarse a un diagnóstico precoz. Un mayor conocimiento de las posibles señales de alerta del cáncer entre los médicos, el personal de enfermería y otros prestadores de atención de salud, así como entre el público en general, puede tener un gran impacto en la enfermedad. Algunas de las señales iniciales del cáncer son la aparición de bultos, llagas que no cicatrizan, sangrado anormal, indigestión persistente y ronquera crónica. El diagnóstico precoz es especialmente importante en el cáncer de mama, cuello uterino, boca, laringe, colon y recto, y piel.

- **CRIBADO**

Por «cribado» se entiende la utilización de pruebas sencillas en una población sana con el fin de detectar sistemáticamente a las personas que aún no presentan ningún síntoma pese a sufrir una determinada enfermedad. Pueden citarse como ejemplos el cribado del cáncer de mama mediante mamografía y el del cáncer del cuello del útero con métodos de detección citológica, en particular la prueba de Papanicolaou. Los programas de cribado deben realizarse sólo cuando su eficacia se ha demostrado y cuando se dispone de recursos (personal, equipo, etc.)

suficientes para abarcar el grupo destinatario casi por completo y de instalaciones para confirmar el diagnóstico y proceder con el tratamiento y el seguimiento de las personas que han dado resultados anormales, y cuando la prevalencia de la enfermedad es lo suficientemente elevada como para justificar el esfuerzo que supone el programa de cribado y sus costos.

Tomando como base las pruebas científicas disponibles, el cribado poblacional masivo está justificado solo para el cáncer de mama y del cuello del útero, utilizando la mamografía y la detección citológica, en los países donde se dispone de recursos para obtener una amplia cobertura de la población. Hay varios estudios en curso destinados a evaluar métodos de cribado de bajo costo que puedan aplicarse y mantenerse en situaciones de escasez de recursos. La inspección visual con ácido acético, por ejemplo, puede convertirse en un futuro próximo en un método eficaz para la detección sistemática del cáncer del cuello del útero. Hacen falta más estudios para evaluar métodos mamográficos alternativos de bajo costo, como el examen clínico de mama.

CÁNCER CERVICOUTERINO Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

El cáncer Cérvico uterino es una tumoración maligna que se presenta en el cuello del útero. Este tipo de cáncer es totalmente prevenible, ya que se conoce el agente causal y se dispone de los procedimientos para detectarlo y acceder prácticamente a la curación. (7) Entre los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de esta tumoración maligna se encuentran el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, tener algún parto antes de los 18 años, tener múltiples parejas sexuales o que la pareja sexual tenga relaciones sexuales con otras mujeres; asimismo

la multiparidad, el tabaquismo, la inmunodepresión y la deficiencia vitamínica (7).

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales (7) Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto. Cuando el tumor se ha extendido a sitios lejanos como el hígado, el cerebro o los pulmones, que son sitios frecuentes de diseminación del tumor a través de la sangre, puede provocar síntomas, dependiendo del lugar afectado. El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH por sus siglas) adquirido desde muy temprana edad. La Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH), las lesiones premalignas y el propio cáncer Cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como el Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente (7)

Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de comezón, manchas

anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento; o fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico.

- **COMPONENTES DEL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO**

Según la publicación ocasional: Control Integral del Cáncer Cervicouterino: Guía de prácticas esenciales de la OMS, existen cuatro elementos básicos para luchar contra el cáncer cervicouterino:

1. Prevención primaria;
2. Detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado sistemático;
3. Diagnóstico y tratamiento;
4. Cuidados paliativos en la enfermedad avanzada.

Por prevención primaria se entiende la prevención de la infección por el VPH y de los cofactores que incrementan el riesgo de cáncer cervicouterino; incluye: la educación y el aumento de sensibilidad a efectos de reducir las conductas sexuales arriesgadas; la puesta en práctica de estrategias localmente adecuadas para modificar las conductas; el desarrollo y la puesta en circulación de una vacuna eficaz y asequible contra el VPH; esfuerzos para desalentar el uso del tabaco, incluido el tabaquismo (que es un conocido factor de riesgo de cáncer cervicouterino y de otros tipos de cáncer).

La detección precoz incluye programas de cribado sistemático orientados hacia los grupos adecuados de edad, con vínculos eficaces entre todos los niveles de atención; la educación de los dispensadores de atención sanitaria y de las mujeres del grupo indicado, haciendo hincapié en los beneficios del

cribado, en la edad a la que normalmente se manifiesta el cáncer cervicouterino y en sus signos y síntomas.

El diagnóstico y tratamiento incluye el seguimiento de las pacientes con resultados positivos en el cribado, para garantizar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de la enfermedad; el tratamiento del pre cáncer con métodos relativamente sencillos para prevenir el desarrollo de cáncer; el tratamiento del cáncer invasor (comprende la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia).

Los cuidados paliativos incluyen el alivio sintomático de la hemorragia, el dolor y otros síntomas de cáncer avanzado, así como de los efectos secundarios que causan algunos tratamientos; cuidado compasivo general de las mujeres que padecen de cáncer incurable; participación de la familia y de la comunidad en el cuidado de las pacientes cancerosas. El control del cáncer cervicouterino puede lograrse si existe una política nacional de lucha contra la misma, basada en la evolución natural de la enfermedad y en su prevalencia e incidencia locales en grupos diversos de edades; se asignan recursos económicos y técnicos para respaldar la política; se ponen en marcha programas de educación pública y de sensibilización a efectos preventivos para respaldar la política nacional; el cribado es sistemático, y no circunstancial, y se asegura el seguimiento y el control de la calidad. Se somete al cribado el mayor número posible de mujeres del grupo indicado; los servicios de detección se vinculan con el tratamiento del pre cáncer y el cáncer invasor; se pone en funcionamiento un sistema de información sanitaria para registrar los logros e identificar las faltas. (8)

- **ALCANCE DEL PROBLEMA:**

A nivel mundial, el CCU es el cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2,012 hubo 530,000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270,000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo.

En los países desarrollados, se han puesto en marcha programas que permiten que las mujeres se sometan a pruebas de detección de la mayor parte de las lesiones precancerosas en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente. En esos países el tratamiento precoz previene hasta el 80% de los casos de CCU.

En los países en desarrollo, el escaso acceso a pruebas de detección eficaces significa que, con frecuencia, la enfermedad no se detecta hasta las fases más avanzadas, cuando aparecen los síntomas. Además, las perspectivas de tratamiento de la enfermedad en una fase tan avanzada no siempre son buenas, por lo que en estos países la tasa de mortalidad por CCU es más alta.

La elevada tasa de mortalidad mundial por CCU (52%) podría reducirse con programas de detección y tratamiento eficaces.

CANCER DE MAMA

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los racimos de lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria. Como en otros tumores malignos, estas células se caracterizan por presentar particularidades propias de las células embrionarias: son células diferenciadas que han aumentado enormemente sus capacidades reproductivas y que se han vuelto inmortales, es decir, no pueden envejecer. El

diagnóstico del cáncer de mama requiere el examen microscópico de una biopsia del tejido mamario sospechoso. La exploración física, la mamografía y otros exámenes de rutina son eficaces en el diagnóstico temprano de la enfermedad.

Los tipos de cáncer que se desarrollan con más frecuencia son el cáncer ductal, si ocurre en los conductos, y el carcinoma lobular, si ocurre en los lóbulos. El cáncer de mama es raro en los varones. Más del 99 % de los casos ocurre en mujeres.

Varios estudios han demostrado que las mujeres de raza negra, en los Estados Unidos, tienen una mayor mortalidad por cáncer de mama, aunque las mujeres de raza blanca tienen una mayor incidencia. Después de ser diagnosticadas, las mujeres de raza negra tienen menos probabilidad de recibir tratamiento en comparación con mujeres de raza blanca. Otros estudios se han enfocado en estas disparidades, y las teorías giran en torno a una menor accesibilidad a los chequeos precoces, de técnicas de diagnóstico y de tratamiento médico y quirúrgico y hasta algunas características biológicas en la población negra estadounidense.

Cerca los 50 % de las mujeres con cáncer ginecológico y de seno, tratadas o no, padecen de disfunción sexual a largo plazo. A menudo, las pacientes tratadas por cáncer sienten que la enfermedad fue producto de su actividad sexual y que nuevas relaciones sexuales podrían contribuir a su reaparición. Aunque son creencias erróneas, son preocupaciones y sentimientos reales que deberían ser compartidos con el profesional de salud. La disminución de la libido y otros problemas sexuales en pacientes con cáncer de mama, son síntomas comunes de depresión y, por lo general, al tratar la depresión, mejora la función sexual de la paciente.

En el Perú al año se presentan cerca de 4 mil nuevos casos de cáncer de mama y fallecen alrededor de 4 mujeres diariamente. Esta enfermedad aparece generalmente en mujeres entre los 40 y 50 años y no presenta síntoma en etapa inicial, por ello la importancia de realizarse exámenes preventivos anualmente para evitar la enfermedad, pues el 85% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados y sólo 15% en etapa inicial (8).

- **PREVENCION Y CONTROL**

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

Aunque reducen en cierta medida el riesgo, las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.

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.

Muchos países de ingresos bajos y medios que afrontan la doble carga de cáncer cervicouterino y cáncer de mama deben emprender intervenciones

costoeficaces y asequibles para hacer frente a esas enfermedades altamente prevenibles.

La OMS promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La Organización, con el apoyo de la Fundación Komen, está llevando a cabo un estudio de 5 años sobre el costoeficacia del control del cáncer de mama en diez países de ingresos bajos y medios.

El proyecto incluye un instrumento de estimación de costos de los programas para evaluar las posibilidades de financiarlos. Se espera que los resultados de este proyecto aporten datos que permitan formular políticas apropiadas contra el cáncer de mama en los países poco desarrollados.

- **FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE MAMA**

Se conocen bien varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos.

Los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres. Algunas mutaciones, sobre todo en los genes BRCA1, BRCA2 y p53, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario.

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquía precoz, una menopausia tardía y una edad madura cuando el primer parto figura entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las

usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos. La lactancia materna tiene un efecto protector.

Danaei y colaboradores (Danaei et al., 2005) han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física.

Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%).

La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia. La creciente adopción de modos de vida occidental en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países.

- **CONTROL DEL CANCER DE MAMA**

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El

control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años. Es precisa la implementación de estrategias combinadas que aborden estos dos problemas de salud pública de manera eficaz y eficiente.

- **PREVENCIÓN**

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo.

- **DETECCIÓN PRECOZ**

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. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer. Un programa de cribado es una empresa mucho más compleja que un programa de diagnóstico precoz. (OMS, 2007). Independientemente del método de detección precoz utilizado, dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el continuum asistencial. La selección como objetivo de grupos de edad inadecuados, por ejemplo mujeres jóvenes con bajo riesgo de cáncer de mama, puede traducirse en una disminución del número de cánceres detectados por mujer sometida a cribado, y reducir así el costo eficacia de la medida. Además, esa focalización en las mujeres más jóvenes obligaría a analizar más tumores benignos y provocaría una sobrecarga innecesaria de los servicios de salud, por los recursos diagnósticos adicionales que entrañaría.

- **DIAGNÓSTICO PRECOZ**

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Algunos datos sugieren que esta estrategia puede dar lugar a un "descenso del estadio TNM" (aumento de la

proporción de cánceres de mama detectados en una fase temprana) de la enfermedad, que la haría más vulnerable al tratamiento curativo.

- **MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO**

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008). El tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos.

- **AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA**

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

- **CARGA DE CANCER DE MAMA**

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100,000 en América del Norte. Europa oriental,

América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos. Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas.

CONOCIMIENTO

Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (9).

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente a una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así

como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento Noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural. (10)

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (*episteme*). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

- **NIVEL DE CONOCIMIENTO**

- **CONOCIMIENTO ALTO**

Denominado bueno, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia (9).

- **CONOCIMIENTO MEDIO**

Llamado también regular logrado, hay una integración parcial de ideas manifestadas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas de un tema material.

- **CONOCIMIENTO BAJO**

Considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, cerca del fundamento lógico

PREVENCIÓN

La prevención de la enfermedad al igual que la promoción de la salud son estrategias de Atención Primaria. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. Acción ejecutada principalmente por los servicios de salud y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificados y asociados a diferentes conductas de los individuos.

La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad. (10)

Según la ONU la prevención es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

La prevención es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir la incidencia y/o mortalidad por cáncer. (11)

- **LA PREVENCIÓN PRIMARIA**

Es el conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados. Con esto se consigue evitar que los factores de riesgo actúen sobre un órgano concreto y causen en él alteraciones que puedan generar un cáncer.

- **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad.

- **PREVENCIÓN TERCIARIA**

Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. (Bleger, 1994).

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

CANCER

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis (12).

CONOCIMIENTO

Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (13).

FACTOR DE RIESGO

Es cualquier cosa que aumenta las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad.

PREVENCIÓN

Según la ONU es «la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas». (11).

FACTORES SOCIO ECONOMICOS

Elementos que condicionan las características sociales y económicas de un grupo de personas y el entorno donde tiene su asiento.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación fue No Experimental, indican que el investigador se esfuerza por conocer y entender mejor algún asunto o problema, sin preocuparse por la aplicación práctica de nuevos conocimientos adquiridos. La investigación científica busca el progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos, la generalización de sus resultados con la perspectiva de desarrollar una teoría o modelo teórico científico basado en principios y leyes. (14)

El nivel de investigación fue correlacional; este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables. Miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. Saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva, significa que sujetos con altos valores de variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Si no hay correlación indica que las variables varían sin seguir un patrón sistemático entre sí. (15)

- **SEGÚN EL ALCANCE DE LOS RESULTADOS**

Según el análisis y el alcance de los resultados el presente trabajo de investigación fue descriptivo – analítico por que se describió y analizó los

factores socioeconómicos determinantes en el nivel de conocimiento de prevención del cáncer, tratando de identificar relaciones entre ellas.

- **SEGÚN LA POSIBILIDAD DE MANIPULACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO:**

Corresponde a una Investigación observacional, ya que se evaluaron las características del tema de estudio mediante la observación de las variable sin recurrir a la experimentación.

- **SEGÚN EL PERIODO DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS EVALUADOS**

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos, fue de tipo prospectivo porque los datos se recolectaron, conforme ocurrieron los hechos.

- **SEGÚN EL NIVEL DE MEDICIÓN DE LA VARIABLES**

Corresponde a una Investigación cuantitativa: debido a que se representaron los resultados mediante tablas, gráficos y otros análisis estadísticos.

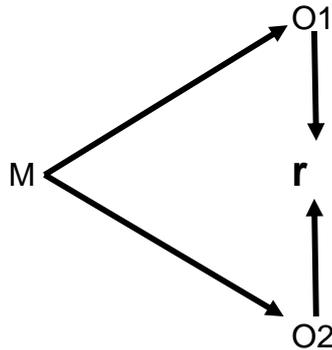
- **SEGÚN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Es una Investigación transversal, ya que se aplicaron los instrumentos en una sola oportunidad, haciendo un corte en el tiempo.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

Para nuestro trabajo de investigación se ha utilizado el diseño correlacional. Son aquellos en los que el investigador permanece a la expectativa, ya sea de los efectos de la exposición, en los sujetos de estudio o de la asociación entre los factores de riesgo y el evento final. De manera general se dividen en dos grupos: Descriptivos y Analíticos; los primeros se limitan a describir los sucesos bajo estudio (reporte de caso, series de casos y estudios transversales), mientras que los segundos tienen por objetivo explorar

causalidad entre la exposición y la enfermedad (estudio de casos y controles y de cohorte) (14). Se adopta un diseño de correlaciones, su esquema es el siguiente:



Donde:

- M Es la muestra de pacientes hospitalizados en el servicio gineco obstetricia
- O1 Observación de la variable factores socioeconómicos
- O2 Observación de la variable nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer
- R Es la correlación de dichas variables

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1 POBLACIÓN.

La población estuvo constituida por pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo durante el tercer trimestre de 2015.

3.3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Fueron incluidas las pacientes en edad fértil hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo.

Mujeres que tuvieron relaciones sexuales

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que no aceptaron a ser incluidas en el presente trabajo de investigación.

Las que no estuvieron dentro de la población en edad fértil

Pacientes que no tuvieron relaciones sexuales

Pacientes con alteraciones mentales

Pacientes inconscientes

3.3.3 UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO

- **UBICACIÓN EN EL ESPACIO**

El estudio se realizó en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Nivel II - 1 ubicada el Jr. Daniel Alcides Carrión S/N en el Departamento de Junín, provincia de Satipo, distrito Satipo, en el Servicio de Gineco Obstetricia el cual cuenta con 6 ambientes cada uno de 3 camas.

3.3.4 UBICACIÓN EN EL TIEMPO

De acuerdo al tiempo de duración de la investigación, se realizó en el tercer trimestre del año 2015, los días de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 11:00 a.m. aproximadamente 10 minutos cada encuesta.

3.3.5 MUESTRA

Intencional no probabilística se encuestaron a todas las usuarias y en promedio es de 10 usuarias por día, al mes por 20 días de atención y un aproximado de 200 al mes.

3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se usó en el presente estudio, fue la encuesta. La encuesta fue construida y estructurada, aportada por la autora. La

encuesta estuvo basado en preguntas ABIERTAS Y CERRADAS teniendo en cuenta las variables. La encuesta incluyó datos de filiación; edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación sobre conocimientos acerca del cáncer; sobre las características de los factores de riesgo prevención del cáncer. El mismo que fue sometido a prueba de validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos.

3.5 RECOLECCION DE DATOS

3.5.1 RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se inició con la coordinación con el Director del Hospital “Manuel Ángel Higa Arakaki” de Satipo, así como con la Obstetra Jefa del Servicio de Hospitalización de Gineco Obstetricia, para el desarrollo del estudio destinado a establecer la relación que existe entre los factores socioeconómicos y el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer en las pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia así mismo para la aplicación del instrumento, con quienes nos contactamos en los horarios establecidos y solicitamos su colaboración voluntaria para el desarrollo del cuestionario encuesta. Los instrumentos fueron respondidos de manera voluntaria, anónima y clara después de una breve explicación de la importancia del estudio para buscar mejoras, posteriormente se procedió a aplicar el instrumento, el cual fue contestado con cierto escepticismo.

3.5.2 PRESENTACIÓN DE DATOS

Se consideraron las siguientes fases:

- **REVISIÓN DE LOS DATOS**

Donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.

- **CODIFICACIÓN DE LOS DATOS**

Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.

- **CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS**

Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.

- **PRESENTACIÓN DE DATOS**

Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

3.5.3 ANÁLISIS DE DATOS

- **ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

En cuanto al análisis descriptivo de cada una de las variables se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y de porcentaje para las variables categóricas.

- **ANÁLISIS INFERENCIAL**

En el análisis inferencial de los datos se utilizó la Prueba Chi cuadrada con el fin de medir la relación cualitativa entre las variables en estudio.

Se tuvo en cuenta una significación de 0,05.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 221 IBM.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de investigación, primero se construyó la base de datos en el programa estadístico SPSS V-22 IBM, luego se elaboró las tablas de frecuencia y tablas de contingencias, para luego probar la hipótesis.

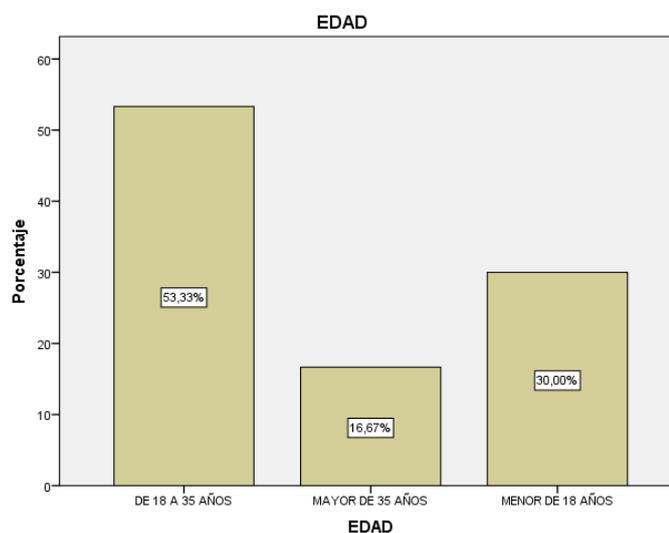
TABLA N° 1.- Edad de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido DE 18 A 35 AÑOS	32	53,3	53,3	53,3
MAYOR DE 35 AÑOS	10	16,7	16,7	70,0
MENOR DE 18 AÑOS	18	30,0	30,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación.- El 53,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene entre 18 y 35 años, seguido de las menores de 18 años con un 30%, otro menor porcentaje de 16,7% tiene más de 35 años.

GRÁFICO N° 1.- Edad de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

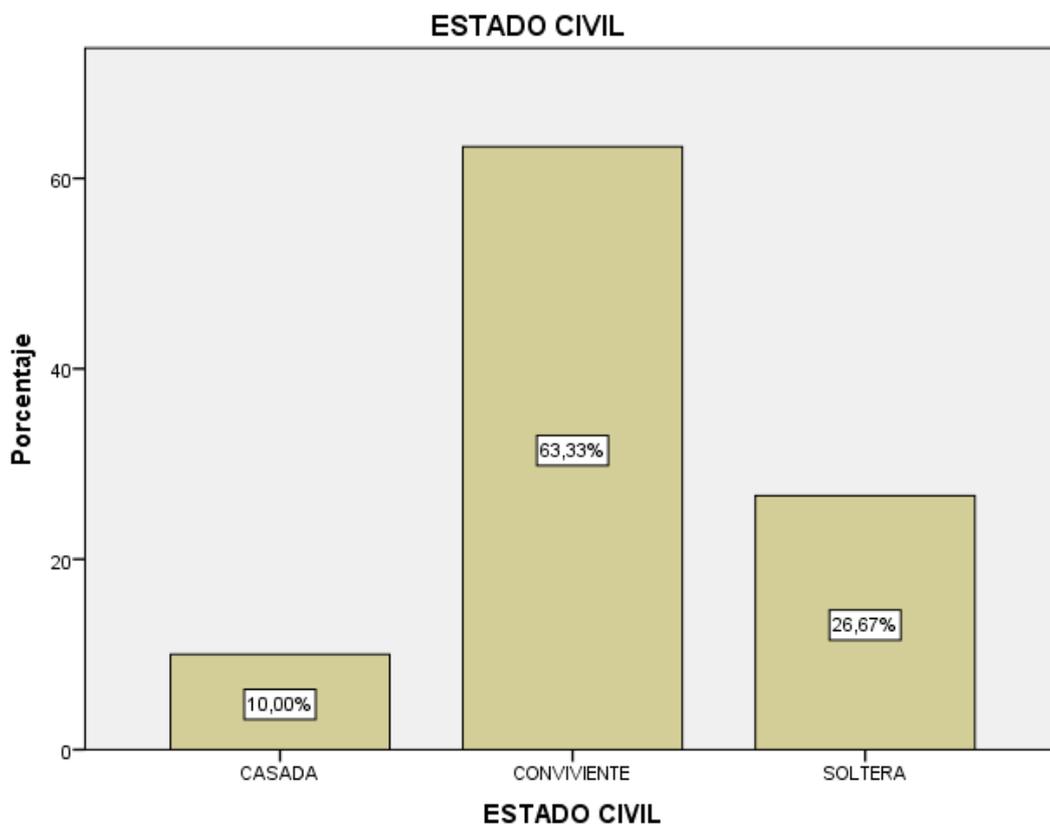
TABLA N° 2.- Estado civil de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADA	6	10,0	10,0	10,0
	CONVIVIENTE	38	63,3	63,3	73,3
	SOLTERA	16	26,7	26,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación.- El 63,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo es conviviente, el 26,7% es soltera y el 10% de mujeres son casadas.

GRÁFICO N° 2.- Estado civil de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

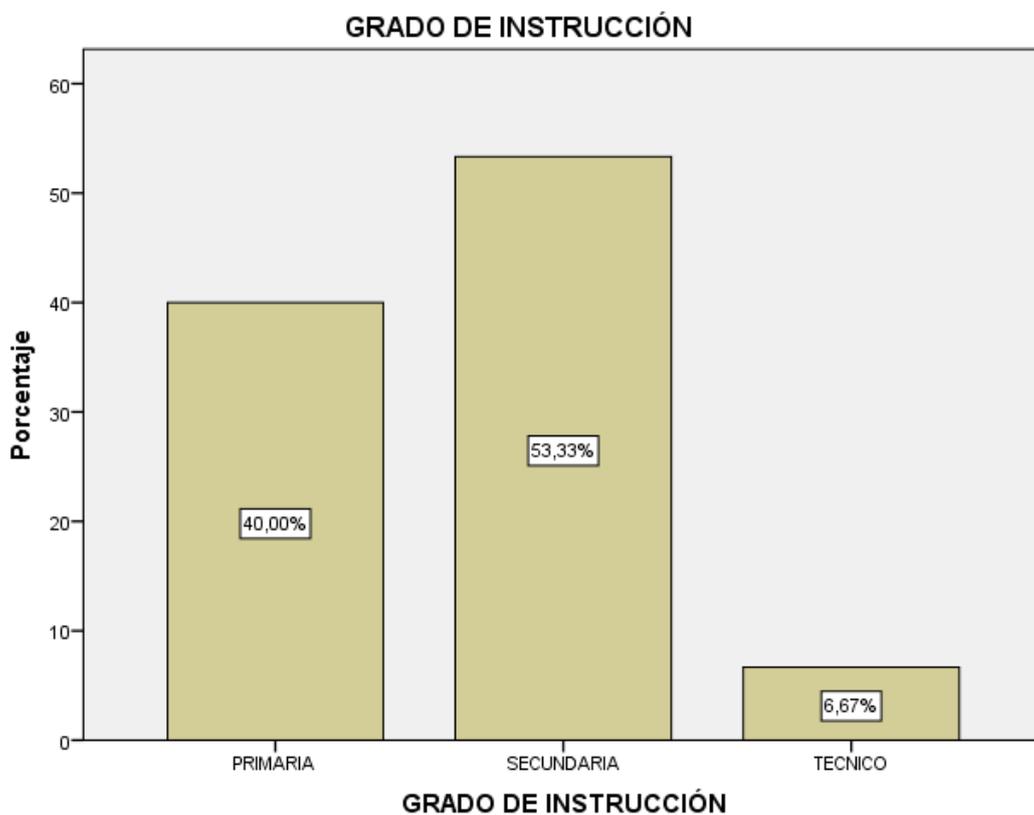
TABLA N° 3.- Grado de instrucción de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido PRIMARIA	24	40,0	40,0	40,0
SECUNDARIA	32	53,3	53,3	93,3
TÉCNICO	4	6,7	6,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación.- El 53,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene estudios de secundaria, el 40% de primaria y el 6,7% superior técnico.

GRÁFICO N° 3.- Grado de instrucción de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

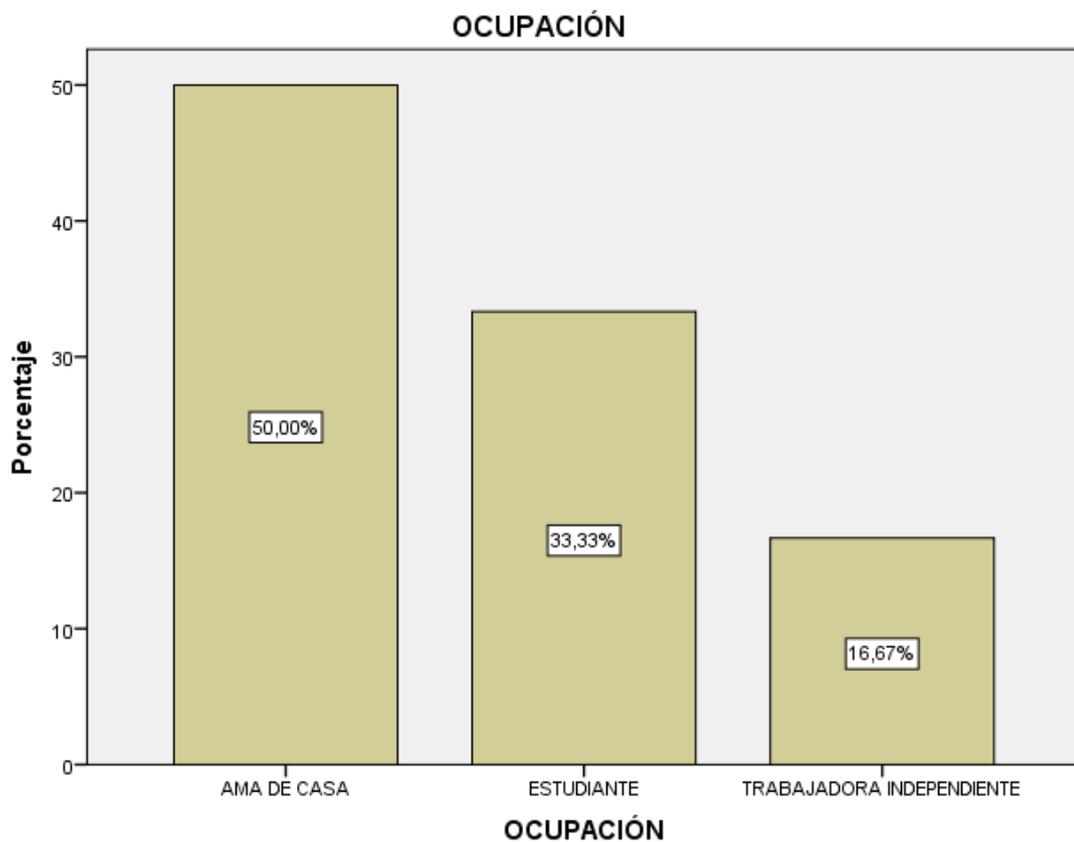
TABLA N° 4.- Ocupación de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AMA DE CASA	30	50,0	50,0	50,0
	ESTUDIANTE	20	33,3	33,3	83,3
	TRABAJADORA INDEPENDIENTE	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación.- El 50% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene como ocupación ama de casa, el 33,3% es estudiante y el 16,7% es trabajadora independiente.

GRÁFICO N° 4.- Ocupación de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

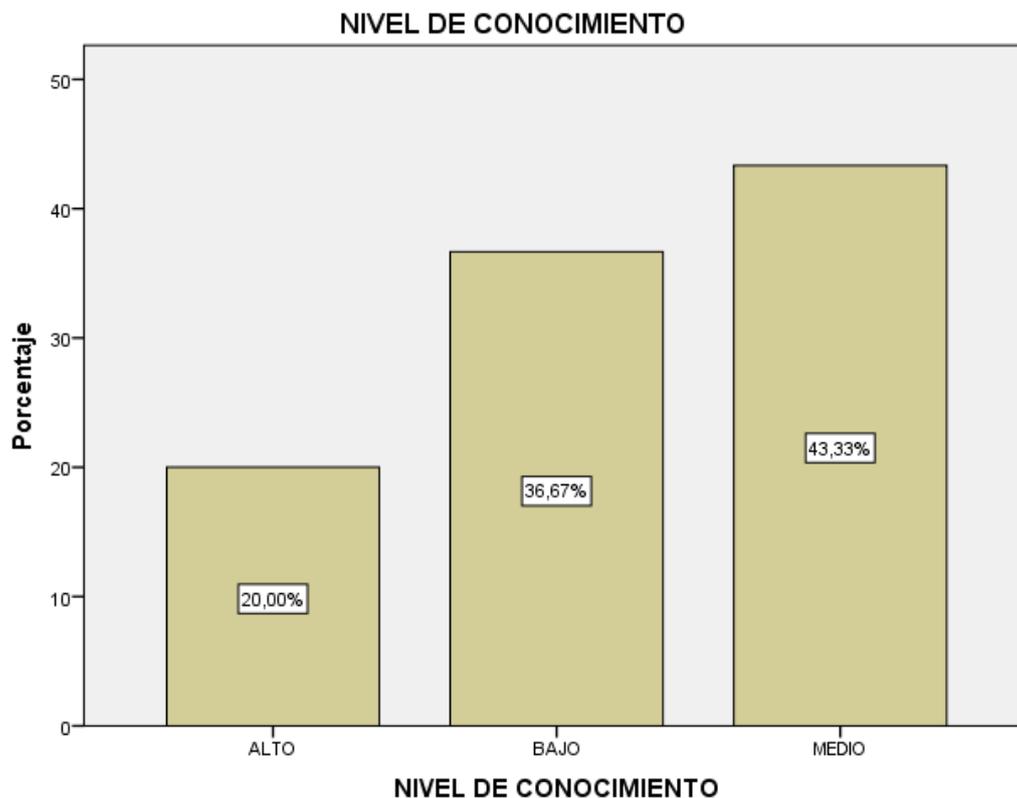
TABLA N° 5.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer en mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	12	20,0	20,0	20,0
	BAJO	22	36,7	36,7	56,7
	MEDIO	26	43,3	43,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación.- El 33,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene como nivel medio de conocimientos sobre prevención de cáncer, el 36,7% tiene nivel bajo y el 20% tiene nivel alto.

GRÁFICO N° 5.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer en mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

PRUEBAS DE HIPÓTESIS:

TABLA N° 6.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según edad de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
EDAD DE 18 A 35 AÑOS	12	6	14	32
MAYOR DE 35 AÑOS	0	4	6	10
MENOR DE 18 AÑOS	0	12	6	18
Total	12	22	26	60

Fuente: Elaboración propia.

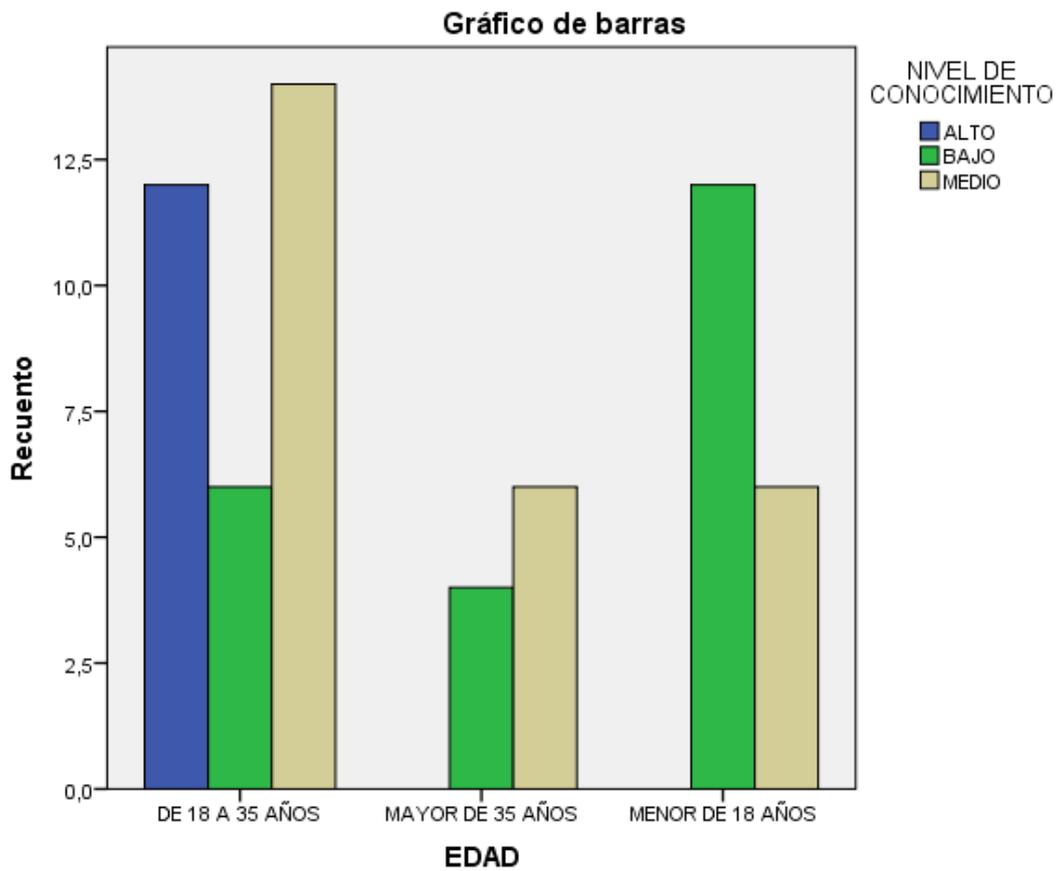
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,808 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	23,107	4	,000
N de casos válidos	60		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

Siendo la chi cuadrada calculada es mayor que la chi cuadrada de tabla, se acepta que existe asociación entre la edad y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 (p=0,001).

GRÁFICO N° 6.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según edad de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 7.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según estado civil de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
		ALTO	BAJO	MEDIO	
ESTADO CIVIL	CASADA	4	2	0	6
	CONVIVIENTE	4	16	18	38
	SOLTERA	4	4	8	16
Total		12	22	26	60

Fuente: Elaboración propia.

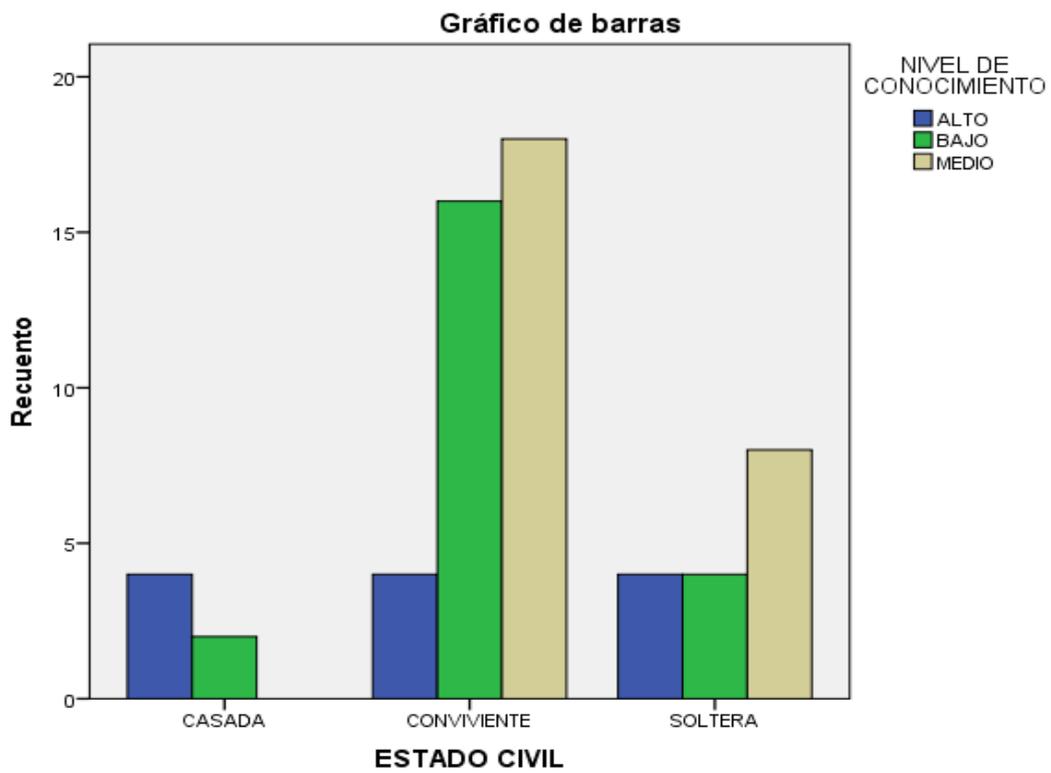
Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,264 ^a	4	,015
Razón de verosimilitud	12,757	4	,013
N de casos válidos	60		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,20.

Siendo la Chi cuadrada calculada es mayor que la Chi cuadrada de tabla, se acepta que existe asociación entre el estado civil y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,015$).

GRÁFICO N° 7.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según estado civil de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 8.-Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según grado de instrucción de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA	4	14	6	24
SECUNDARIA	6	8	18	32
TÉCNICO	2	0	2	4
Total	12	22	26	60

Fuente: Elaboración propia.

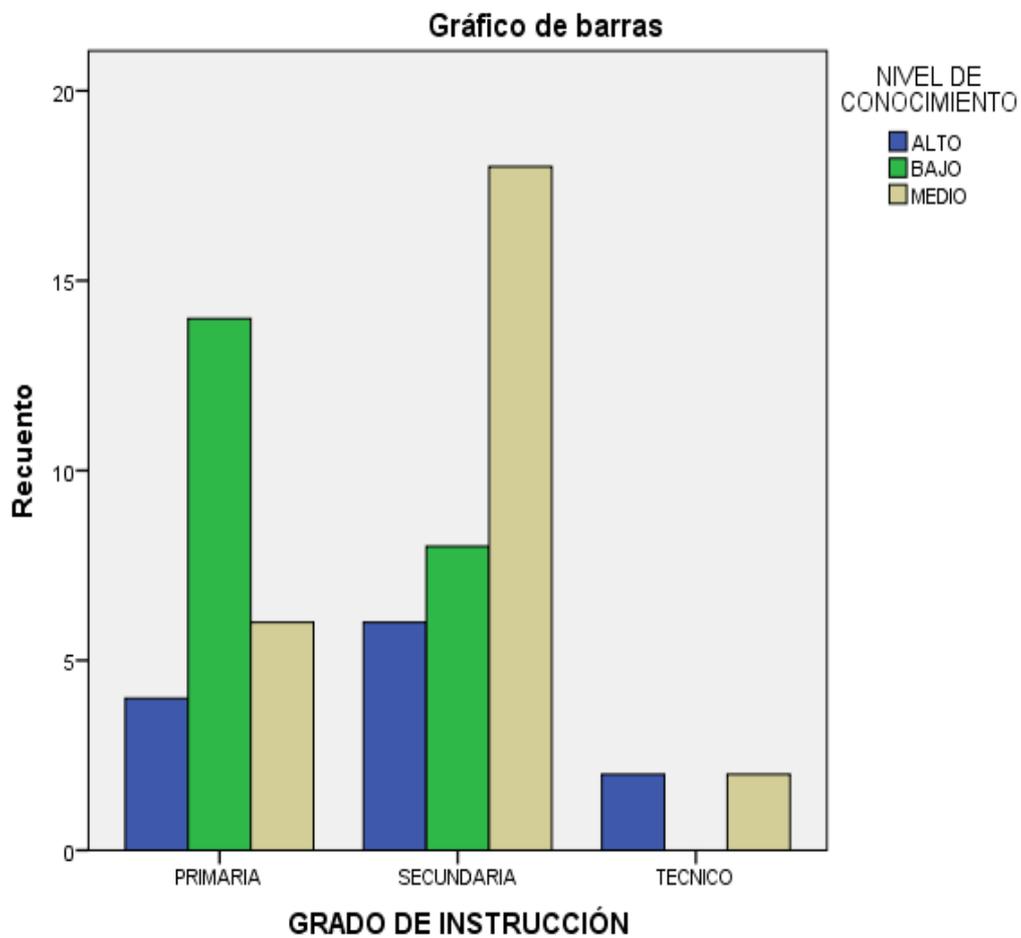
Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,820 ^a	4	,029
Razón de verosimilitud	11,668	4	,020
N de casos válidos	60		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,80.

Siendo la Chi cuadrada calculada es mayor que la Chi cuadrada de tabla, se acepta que existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,029$).

GRÁFICO N° 8.- Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según grado de instrucción de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 9.-Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según ocupación de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
OCUPACIÓN AMA DE CASA	2	12	16	30
ESTUDIANTE	6	6	8	20
TRABAJADORA	4	4	2	10
INDEPENDIENTE				
Total	12	22	26	60

Fuente: Elaboración propia.

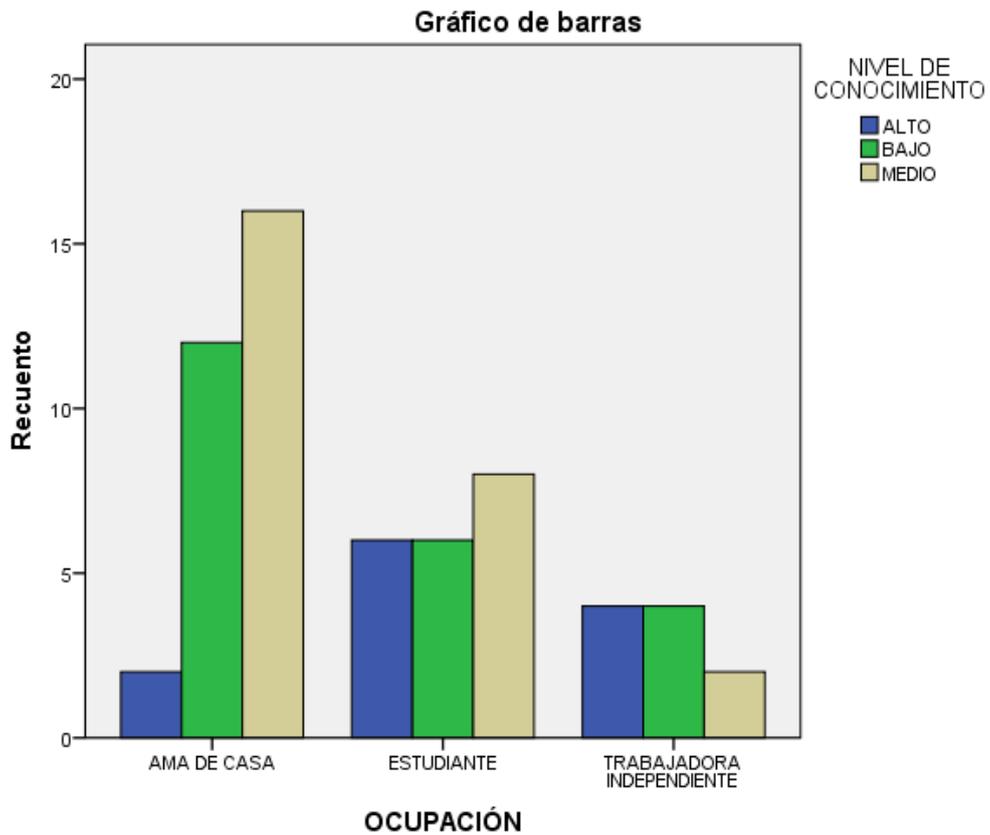
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,030 ^a	4	,090
Razón de verosimilitud	8,664	4	,070
N de casos válidos	60		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

Siendo la Chi cuadrada calculada es menor que la Chi cuadrada de tabla, se acepta que no existe asociación entre la ocupación y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

GRÁFICO N° 9.-Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer según ocupación de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.



Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO V

DISCUSION

En relación a la edad, el 53,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene entre 18 y 35 años, seguido de las menores de 18 años con un 30%, otro menor porcentaje de 16,7% tiene más de 35 años.

En cuanto al estado civil, el 63,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo es conviviente, el 26,7% es soltera y el 10% de mujeres son casadas.

Referente al grado de instrucción, el 53,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene estudios de secundaria, el 40% de primaria y el 6,7% superior técnico.

En relación a la ocupación, el 50% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene como ocupación ama de casa, el 33,3% es estudiante y el 16,7% es trabajadora independiente.

Referente al nivel de conocimientos, el 33,3% de mujeres hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia de Hospital de Satipo tiene como nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer, nivel medio; el 36,7% tiene nivel bajo y el 20% tiene nivel alto.

En cuanto a la relación entre la edad y el nivel de conocimientos, siendo la Chi cuadrada calculada es mayor que la Chi cuadrada de tabla, se acepta que existe asociación entre la edad y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,001$).

En cuanto a la relación entre el estado civil y el nivel de conocimientos, Siendo la Chi cuadrada calculada es mayor que la Chi cuadrada de tabla, se acepta que existe asociación entre el estado civil y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,015$).

En cuanto a la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos, siendo la Chi cuadrada calculada es mayor que la chi cuadrada de tabla, se acepta que existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,029$).

En cuanto a la relación entre la ocupación y el nivel de conocimientos, siendo la Chi cuadrada calculada es menor que la Chi cuadrada de tabla, se acepta que no existe asociación entre la ocupación y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015

CONCLUSIONES

- Existe asociación entre la edad y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,001$).
- Existe asociación entre el estado civil y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,015$).
- Existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015 ($p=0,029$).
- No existe asociación entre la ocupación y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.
- Existe relación entre los factores socioeconómicos y el nivel de conocimiento de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Satipo 2015.

SUGERENCIAS

- Se debe desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre prevención del Cáncer Cervicouterino y de Mama, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del Hospital de Satipo.
- Continuar con las políticas de educación a las mujeres, que asisten a los diferentes servicios del Hospital de Satipo para mantener el mayor porcentaje de población con conocimientos altos sobre cáncer y su prevención e incluso incrementar el alcance de esta para llegar a más mujeres, y de esta forma todas mejoren su nivel de conocimientos.
- Concientizar y estimular a todo el personal de salud, de la importancia que tiene el incrementar el interés de las usuarias que acuden al Hospital sobre el conocimiento y prevención del cáncer a través de la educación que estos impartan.
- Realizar estudios de mayor alcance que consideren la importancia de incrementar conocimientos del cáncer y establecer prácticas de prevención, para observar la realidad nacional, y eventualmente en un futuro, proponer programas de intervención que tiendan a implementar practicas saludables para prevenir el cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chávez, M. I., & Casave, C. R. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas en Planificación Familiar y Sexualidad en escolares de Tercero, Cuarto y Quinto de Secundaria en Colegios de Tintaya Marquiri y Campamento. (F. d. Cusco, Ed.)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Carga Mundial de Morbilidad, Nota de Prensa febrero del 2009.
3. López C. (2010) Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia.
4. COALICIÓN MULTISECTORIAL “PERÚ CONTRA EN CÁNCER”. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del Cáncer en el Perú. Diciembre 2006.
5. CEDES: Área de salud, economía y sociedad. Cáncer cervical: percepción social, prevención y conocimientos. Argentina. Año 2004. Págs. 3-5.
6. GESTIÓN MÉDICA. Enfrentarán preocupante avance del cáncer con Plan Nacional de Control. En Gestión Médica, periódico para los Profesionales de la Salud. 4ta Edición. Semana del 5 al 11 de Setiembre. Perú. 2005. Págs. 2-5.
7. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Gary Cunningham F. Williams Ginecología. 1° ed. México, D.F. McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V. 2009.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS) Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: 2007.
9. TREJO MARTÍNEZ F. Aplicación del Modelo de Nola Pender a un Adolescente con Sedentarismo. 2010. [fecha de acceso 25 de setiembre]; 9(1). URL disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>
10. CENDEISSS .Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. La prevención de la enfermedad. [fecha de acceso 29 de setiembre de 2012]: URL disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>.

11. Ministerio de protección social .instituto nacional de cancerología E.S.E.2004. El cáncer. Aspectos básicos sobre biología, clínica, prevención, diagnóstico, tratamiento [Fecha de acceso 28 de setiembre 2012]. URL disponible en:
<http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>
12. American Cancer Society. Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011. [fecha de acceso 20 de setiembre de 2012]: URL disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027826.pdf>
13. TREJO MARTÍNEZ F. Aplicación del Modelo de Nola Pender a un Adolescente con Sedentarismo.2010.[fecha de acceso 25 de setiembre];9(1). URL disponible en
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>
14. Sánchez H.y Reyes C. (2006). *Metodología y diseño en la investigación científica*. Lima Perú: Editorial Visión Universitaria.
15. Hernández R. y Fernández, C, (2007) *Fundamentos de Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill.

ANEXOS

ANEXO N°1N° encuesta:

Fecha://

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**ENCUESTA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CANCER****I. DATOS DE AFILIACION:**

EDAD _____

ESTADO CIVIL

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico

OCUPACION

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Trabajadora Independiente
y/o Dependiente

ANEXO N° 2**CUESTIONARIO:****1. ¿Sabe que es el cáncer?**

- a) El cáncer es por un crecimiento anormal de las células que se puede desarrollar en cualquier lugar del cuerpo. Y que origina un tumor maligno.
- b) El cáncer es un tipo de infección.
- c) El cáncer es una enfermedad que se contagia por relaciones sexuales
- d) El cáncer es una enfermedad que sólo sufren las personas mayores
- e) El cáncer es una enfermedad sin importancia como un resfrió

2. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de cuello de útero?

- a) Hemorragia anormal
- b) Aumento de flujo vaginal
- c) Dolor en el pubis
- d) Dolor durante el coito
- e) Todas las anteriores

3. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de mama?

- a) Tumoración dura en la mama o en la axila
- b) Enrojecimiento de las mamas
- c) Líquido que sale por el pezón que puede ser sangre o amarillento
- d) Invaginación del pezón
- e) Todas las anteriores

4. De acuerdo a su criterio, usted considera que las mujeres con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que:

- a) Tienen infección por PVH
- b) Iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad
- c) Tiene varias parejas sexuales
- d) Tiene infecciones genitales frecuentes
- e) Todas las anteriores

5. ¿Qué exámenes conoce para la detección del cáncer de mama?

- a) La Biopsia
- b) La mamografía
- c) La mamografía y el examen clínico o autoexamen de mama
- d) La ecografía
- e) Todas las anteriores

6. ¿Qué exámenes conoces para detectar el cáncer de cuello uterino?

- a) El Papanicolaou
- b) La ecografía
- c) El examen médico
- d) la prueba de ADN viral del virus del Papiloma Humano (PVH)
- e) El Papanicolaou y la prueba del PVH

7. ¿Para qué es la prueba del Papanicolaou?

- a) La Prueba de Papanicolaou es una prueba de la vagina.
- b) Es para observar si hay algún cambio en las células del cuello uterino: Se examina una muestra de células del cuello uterino para determinar la presencia de células anormales.
- c) Es una prueba que se hacen las mujeres cuando sospechan que están embarazadas.
- d) Es una prueba que se realizan las mujeres cuando tienen infecciones vaginales
- e) Todas las anteriores

8. ¿En qué consiste el autoexamen de mamas?

- a) Es un examen que se realiza a través de una radiografía
- b) Es un examen que se realiza con exámenes de laboratorio
- c) Es cuando una misma se palapa las mamas y axila para detectar posibles bultos, cambios en la forma o tamaño o cualquier otra alteración.
- d) Es un examen para obtener una biopsia
- e) Ninguna de las Anteriores

9. ¿Cada cuánto tiempo se debe de realizar los exámenes para la detección del cáncer?

- a) Cada 4 años
- b) Cada 5 años
- c) Sólo cuando se presentan molestias
- d) Cada 10 años
- e) Por lo menos 1 vez al año

10. ¿Cómo se previene el Cáncer?

- a) Se previene con la vacuna
- b) Se previene tomando vitaminas y complementos
- c) Se previene realizando ejercicios físicos

- d) Se previene evitando el alcohol y fumar, evitando la obesidad realizando actividad física regular y consumiendo frutas y verduras, y evitando la exponiéndose a la radiación ultravioleta proveniente del sol.
- e) Todas las anteriores.