

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CANCER DE CUELLO
UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL
VITARTE AÑO 2018.**

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach. CUEVA OLIVERA, GIAN OLIVER

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

ASESOR:

Mg. Sofía del Carpio Flórez.

Lima, Perú

2018

DEDICATORIA:

A Dios, por toda la compañía, fortaleza y confianza que siempre me brindó y continúa brindando en mi vida profesional y espiritual.

A mi padre Gregorio Cueva, a mi madre Ana Olivera, a mi hermano Omar Cueva y a mi tía Mary Olivera, por sus innumerables muestras de amor, alegría, comprensión, fortaleza y confianza en cada momento de mi vida. A ellos les debo infinitamente la persona que soy hoy en día.

A mis amigos Mg. Henry Paico, Dixon, Andrea, Ferry, Jose, Dalia, Dra. Angie y el Dr. William Luna Loli, por esa amistad tan hermosa y singular; y siempre estar pendiente en el proceso de la tesis.

AGRADECIMIENTOS:

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por darme la oportunidad de convertirme en un profesional con vocación de servicio al ser humano.

A mis docentes por todas las enseñanzas, conocimiento y confianza adquiridas durante este hermoso tiempo.

A mi asesora de tesis: Mg. Sofía Del Carpio Flórez, por brindarme su experiencia, confianza, y paciencia para hacer posible este sueño.

Al Dr. David Aguilar Cano, ginecólogo – oncólogo y Jefe del Programa de prevención del cáncer cervico-uterino del Hospital Nacional de Vitarte, por permitirme aplicar el instrumento para la recolección de datos de la presente investigación.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Definición del problema	13
1.2.1 Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos.....	13
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4 Finalidad e importancia.....	15
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.1 Bases Teóricas	16
2.1.1 Historia del cáncer	16
2.1.2 Definición del cáncer.....	16
2.1.3 Definición del cáncer de cuello uterino	17
2.1.4 Anatomía del útero	17
2.1.5 Fisiopatología del cáncer de cuello uterino.....	18
2.1.6 Epidemiología del cáncer de cuello uterino:	19
2.1.7 Etiología del cáncer de cuello uterino	21
2.1.8 Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino	21
2.1.8.1 Factor Estilos de vida:.....	22
2.1.8.2 Factor Patogénico.....	23
2.1.8.3 Factor Socioeconómico	23

2.1.9	Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino	24
2.1.9.1	Signos y Síntomas Clínicos.	24
2.1.10	Diagnóstico del cáncer de cuello uterino	25
2.1.10.1	Criterios diagnósticos:.....	25
2.1.10.2	Diagnóstico. Detección precoz.	26
2.1.10.3	Diagnóstico de carcinoma endometrial.....	27
2.1.11	Estadios del cáncer de cuello uterino	27
2.1.12	Tratamiento del cáncer de cuello uterino	29
2.1.13	Prevención del cáncer de cuello uterino	34
2.1.13.1	Prevención primaria: reducir riesgo de infección por VPH.....	35
2.1.13.2	Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas.	36
2.1.13.3	Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervico-uterino invasor.	36
2.1.14	Teorías de enfermería en cáncer de cuello uterino	37
2.2	Estudios Previos	39
2.2.1	A nivel Nacional.	39
2.2.2	A nivel Internacional.....	43
2.3	Marco conceptual o definicion de términos básicos.....	45
	CAPÍTULO III HIPOTESIS Y VARIABLES	49
3.1	Formulación de hipótesis:	49
3.1.1	Hipótesis general	49
3.1.2	Hipótesis Específicas.....	49
3.2	Identificación de Variables	50
3.2.1	Clasificación de las Variables	50
3.2.2	Definicion Constitutiva de las Variables.....	50
3.2.3	Definicion Operacional de las variables.....	51
	CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	52
4.1	Tipo y nivel de Investigación.....	52
4.1.2	Tipo y nivel de InvestigacionMétodo.....	52
4.1.2	Nivel de Investigación	52
4.2	Descripción del Método y Diseño	52
4.2.1	Método.....	52

4.2.2	Diseño.....	52
4.3	Población muestra y muestreo	53
4.3.1	Población	53
4.3.2	Muestra y muestreo	53
4.3.3	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	52
4.4	Consideraciones éticas.....	55
4.5	Técnicas de recolección de datos.....	56
4.6	Instrumentos de recolección de datos	56
4.7	Validez y confiabilidad	56
4.8	Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	56
4.8.1	Plan de recolección de datos.....	56
4.8.2	Procesamiento y análisis de datos	56
	CAPÍTULO V RESULTADOS.....	58
5.2	Análisis correlativo por hipótesis.....	68
	Hipótesis General	68
	Hipótesis Específica 1.....	70
	Hipótesis Específica 2.....	72
	Hipótesis Específica 3.....	74
	CAPÍTULO VI DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ...	77
6.1	Discusión del estudio.....	77
6.3	Recomendaciones	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
	ANEXOS.....	87
	Anexo 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	88
	Anexo 2: VALIDEZ: JUICIO DE EXPERTOS.....	102

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación que existe entre los Factores de riesgo y presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018”. El método utilizado fue descriptivo, con diseño no experimental, de tipo aplicada, transversal y nivel relacional. La población estuvo conformada por 200 mujeres de 15 a 45 años en edad fértil atendidas en el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. Por muestreo probabilístico aleatorio simple, la muestra quedó constituida por 132 mujeres. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario constituido por 20 preguntas validadas, con una confiabilidad de 0.941 hallada mediante el Alfa de Cronbach y juicio de experto. El resultado arrojó una correlación de 98.3%, concluyendo que existe una asociación estadística significativa entre factores de riesgo y presencia de cáncer de cuello uterino.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, Presencia de cáncer, Cuello uterino, Edad fértil.

ABSTRACT

The research had as purpose to "Identify the relationship that exists between risk factors and cervical cancer presence on fertile age women seen at National Hospital of Vitarte in 2018". The methodology used for this study was descriptive, non-experimental applied design, transversal and correlational. The population for this study was 200 women on fertile age, between 15 to 45 years old who were seen at the Preventive Program of Cervical Cancer of the National Hospital of Vitarte during the year of 2018. The sample was probabilistic aleatory simple, the sample size was 132 women. The technique used to recollect data was a survey and the instrument used for this study was a questionnaire of 20 validated questions, with an 0.941 of Alfa Cronbach confidentiality and expert judge. The result showed a 98.3% of correlation, concluding that there exists a stadistical significant association between Risk factors and Cervical Cancer presence in this study.

Key words: Risk factors, Cancer presence, Cervix and Fertile age.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres peruanas, se estima que cuando se aplican métodos de diagnóstico precoz se podrían prevenir al menos 40% de casos de cáncer de cuello uterino. Por esta razón, es imperioso encaminar esfuerzos hacia nuevas estrategias de intervención que permitan la identificación de casos en estadios tempranos de la enfermedad, como lesiones pre malignas (WHO 2017).

El despistaje del cáncer de cuello uterino en Perú, está basado en el tamizaje del Papanicolaou (PAP), sin embargo, tiene serias dificultades por la baja sensibilidad, baja cobertura, demora en la entrega de resultados y pobre seguimiento de los casos que requieren acciones posteriores, en el Perú está presente en el 6.6% de mujeres con citología normal, en el 27.3% de mujeres con lesiones cervicales de bajo grado, en el 53.1% de lesiones de alto grado y en el 65.9% de cáncer de cuello uterino (Ministerio de Salud – MINSA; 2017); por lo que su presencia en las mujeres de edad fértil que acuden a los centros de salud, se ha vuelto un tema de sumo interés para la sociedad, en tal sentido es que la presente investigación centrara su objetivo en determinar la relación que existe entre los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil enmarcará nuestra investigación, la cual a través de la metodología de investigación científica, la cual se contextualizara en las instalaciones del Hospital Nacional Vitarte, permitiéndonos desarrollar de manera esquemática nuestra investigación tal como la explicamos a continuación.

En primer lugar, el capítulo del planteamiento del problema, en el cual identificaremos la realidad problemática, desarrollaremos la definición del problema, definiremos los objetivos de la investigación culminando con la finalidad e importancia del estudio.

Para el segundo capítulo, nos centraremos en los fundamentos teóricos de la investigación, en donde como primer punto estableceremos las bases teóricas, integrada por factores relacionados con el cáncer de cuello uterino, abordando los estilos de vida, los aspectos patogénicos y socioeconómico, desarrollaremos los signos y síntomas clínicos, así como también los diagnósticos del cáncer de cuello uterino; complementando este capítulo con los antecedentes teóricos y el debido marco conceptual.

Para nuestro capítulo de hipótesis y variables, es aquí en donde desarrollaremos la formulación de hipótesis, así como la Identificación de variables, clasificándola, definiendo y operacionalizándola.

Seguidamente desarrollaremos el capítulo de resultados, en donde analizaremos de manera descriptiva las variables y cada de una de las dimensiones estudiadas, asimismo para la validación de nuestras hipótesis desarrollaremos de manera estadística correlativa el proceso de validez de nuestros supuestos, a la muestra indicada; finalizando con las discusiones, conclusiones y sugerencias o recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Para el año 2017, los cálculos de la Sociedad Americana contra el cáncer (ACS), muestran que en países como Estados Unidos alrededor de 12,820 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino serán diagnosticadas y alrededor de 4,210 mujeres morirán de cáncer de cuello uterino. (1)

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa de Salud del Adulto de Washington y el Instituto de Seguros Sociales de Bogotá-Colombia, el cáncer del cuello uterino es un problema de salud importante en América Latina y el Caribe. La Investigación Interamericana de Mortalidad estableció que, en las ciudades latinoamericanas, el 18% de muertes por cáncer en mujeres eran causadas por cáncer invasor de cuello uterino. Otros registros poblacionales han informado incidencias muy altas de este cáncer en Panamá, Lima (Perú), La Paz (Bolivia) y Fortaleza (Brasil). (2)

En el Perú, se presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer al año y más de 25,000 peruanas fallecen a causa de esta enfermedad y según la Liga contra el cáncer esto es debido a la falta de cultura preventiva. El 85% de los casos se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamientos y elevada mortalidad. (3)

En la realidad peruana, Dirección General de Epidemiología ha reportado que entre los años 2010 y 2011 la tasa de cáncer de cérvix uterino se ha encontrado en un rango que varía entre 5,6 y 7,7 defunciones por cada 100 000 mujeres”, lo cual evidencia el poco impacto

en la reducción del cáncer uterino a pesar de las constantes pruebas de tamizaje mediante el Papanicolaou que se han implementado en los servicios de salud de nuestro país. (4)

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSA) reporta que, en el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cérvico-uterino, siendo el cáncer más notificado en mujeres (24.1%) y es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Además, datos del 2012 mencionan que en Perú la incidencia estandarizada por edad fue 32.7, para Sudamérica 20.3 y para el mundo de 14.0. Finalmente, el riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo. (5)

La causa principal del cáncer de cuello uterino es el Virus Papiloma Humano (VPH), por ello la vacunación está incluida dentro del Plan de Salud Escolar como componente número uno dentro de la evaluación integral de salud. Desde el año 2011, en el Perú, se añadió la vacuna contra el VPH en el Esquema Nacional de Vacunación, aprobada mediante Resolución Ministerial N°510-2013/MINSA (6). La misma es recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los países considerar la vacunación contra el VPH cuando la incidencia de la enfermedad es alta y cuando la vacuna es rentable y su aplicación asequible y sostenible. (7)

En los países desarrollados se han implementado de forma eficiente técnicas de diagnóstico precoz y tratamiento efectivo de la enfermedad en toda la población, mostrando resultados en reducciones en la frecuencia del carcinoma del cuello uterino en un 70% en Estados Unidos, un 60 % en Canadá y un 60% en Islandia. El problema que se encuentran en los países subdesarrollados es que no se cuenta con los recursos necesarios para implementar política de salud y se recomienda buscar otras estrategias y para esto lo primero que se necesita es un conocimiento más amplio de la realidad del padecimiento en nuestro medio. (8).

Por ejemplo, muchas mujeres obvian los sangrados y dolores fuera de la fase menstrual, más aún si es profuso, el primero y crónica el segundo en edades de la segunda y tercera década de vida confunden con una repetición de esta fase normal, sin advertir que, por su proceso lento, podría estar incubándose el cáncer de cuello uterino; obviando el dolor en el coito, también los controles de diagnóstico que una mujer en edad fértil debe realizar por lo menos una vez al año. En el caso de las infecciones, al transcurrir sin síntomas y curarse sola también es obviada, desconociéndose que podría tratarse de un virus del papiloma humano. Las consecuencias de no saber cómo se presentan estos síntomas son catastróficos. Pueden terminar en una cirugía total, y es aquí donde el enfermero puede jugar un rol muy importante como complemento de prevención junto a otros profesionales de la salud.

1.2 Definición del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre los Factores de riesgo y presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018?

1.2.2 Problemas específicos

1.2.2.1 ¿Qué relación existe entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018?

1.2.2.2 ¿Qué relación existe entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018?

1.2.2.3 ¿Qué relación existe entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018?

1.2.2.4 ¿Cuál es la relación que existe entre los signos y síntomas y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los Factores de riesgo y presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar la relación que existe entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

1.3.2.2 Evaluar la relación que existe el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

1.3.2.3 Explicar la relación que existe entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

1.3.2.4 Identificar la relación que existe entre los signos y síntomas y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018

1.4 Finalidad e importancia

En la mayoría de las mujeres, el cáncer de cuello uterino no presenta síntomas al inicio del cáncer.

Como finalidad de nuestro estudio es contribuir a que las mujeres en edad fértil conozcan cuales son los factores de riesgo, los signos y síntomas tempranos de padecer cáncer de cuello uterino, pudiendo así prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida mediante la promoción y prevención de la enfermedad.

Esta investigación es de suma importancia; ya que nos permitirá crear nuevas pautas para la prevención, detección temprana y manejo adecuado, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer, en mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte,

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Bases Teóricas

2.1.1 Historia del cáncer

Estudios de la Universidad de Kansas, en una excavación en lo que ahora es Croacia, encontraron en la costilla de un hombre de Neanderthal, lo que podría ser un tumor óseo llamado displasia fibrosa, una radiografía de la misma reveló claramente el tumor infiltrando y destruyendo el hueso. Si bien es cierto que la displasia ósea es un tumor no canceroso, este hallazgo demuestra que los hombres prehistóricos también sufrían de tumores. Otro estudio de una momia egipcia albergada en el Museo de Ciencias Naturales de La Plata en Argentina reveló que un varón llamado Horwetjaw, podría haber muerto de un cáncer de los huesos llamado mieloma múltiple. Pero quizás la documentación más antigua que existe sobre el cáncer es el Papiro de Smith. En 1862, el egiptólogo norteamericano Edwin Smith compró un antiguo papiro en la ciudad de Luxor, lo interesante del Papiro de Smith es que, por primera vez, el médico Imhotep describe de una manera exacta y científica cuarenta y ocho tipos de enfermedades y diversos tipos de lesiones, la mayor parte de ellas fracturas y heridas de diversas partes del cuerpo. Al revisar la historia del cáncer, hemos visto que esta enfermedad ha existido siempre y que hay documentación escrita, restos óseos y momias que lo demuestran (9)

2.1.2 Definición del cáncer

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, puede aparecer prácticamente en cualquier

lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. La palabra cáncer se utiliza para denominar un grupo de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado. La célula cancerosa “olvida” la capacidad para morir y se divide casi sin límite, estas células llegan a formar unas masas, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales, dando lugar a tumores sólidos o enfermedades hematológicas y/o linfáticas en función de los tejidos afectados. No todos los tumores son malignos (cancerosos). Hay tumores que crecen a ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran los tejidos vecinos y se les denomina “benignos”. (10) (11)

2.1.3 Definición del cáncer de cuello uterino

El carcinoma del cérvix o del cuello cervicouterino es un crecimiento incontrolado y anárquico de las células del cuello uterino e incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. (12)

2.1.4 Anatomía del útero

El útero es un órgano muscular de paredes gruesas y en forma de pera que se encuentra situado entre la base de la vejiga y el recto. Cubierto a cada lado por las dos capas del ligamento ancho, se comunica arriba por las trompas uterinas o de Falopio y abajo con la vagina. Se divide en dos porciones principales, la mayor porción o el cuerpo por arriba y la porción menor o cuello uterino por debajo, concentradas por una constricción transversal, el istmo. El cuerpo se encuentra aplanado de modo que su dimensión de lado a lado es mayor que la dimensión antero posterior y es más grande en

mujeres que han estado embarazadas. El cuello uterino, también llamado cuello del útero o de la matriz tiene una forma cilíndrica de 2 a 4 cm. de longitud y su porción inferior se une a la vagina en un ángulo que varía entre 45° a 90°, se proyecta al interior de la vagina y está dividido en una porción supravaginal y otra vaginal por la línea de unión. (13). El útero o matriz es un órgano hueco de paredes musculares gruesas, encargado de recibir el óvulo fecundado, a la vez que asegura su desarrollo durante el embarazo y ulterior expulsión una vez sobrepasado el período de madurez. Las condiciones de su morfofisiología condicionan patologías que por regla general alteran el normal proceso de fecundación y posterior desarrollo del huevo provocando su expulsión prematura e incluso modificando su normal mecanismo de evacuación. El útero tiene forma de cono aplanado de adelante hacia atrás, su base mira hacia arriba, mientras que su vértice fuertemente truncado, se introduce en orificio superior de la vagina. El cuello presenta forma de cilindro discretamente irregular al presentar un mayor volumen de su parte media. La vagina se inserta en su porción distal en una superficie de (6 a 8 milímetros) en dependencia. (14)

2.1.5 Fisiopatología del cáncer de cuello uterino

El primer paso para el desarrollo del Cáncer del Cuello Uterino es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncogénico. La mayoría de infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo, algunas pocas persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal. Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más riesgo de persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%. Las infecciones cervicales con Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e

incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones de VPH progresan a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis. Éstos son algunos de los cofactores que se han postulado en el desarrollo de displasias de alto grado: El tipo de VPH de alto riesgo y la infección viral persistente predicen un mayor riesgo de progresión; Susceptibilidad genética: La susceptibilidad a cáncer cervical causado por la infección a VPH ha sido identificada mediante estudios en gemelos y en familiares en primer grado, así como también estudios de asociación genómica. Mujeres que tengan un familiar en primer grado afectado tienen el doble de riesgo de desarrollar un tumor cervical comparado con mujeres que no tienen ningún familiar en primer grado con alguna tumoración cervical. La susceptibilidad genética sin embargo aporta menos del 1% de los cánceres cervicales; condiciones del huésped que comprometan la inmunidad (por ejemplo, mal estado nutricional, y la infección por VIH que se asocia con un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer de cuello uterino); Factores ambientales (por ejemplo, exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas; Otros factores aumentan significativamente el riesgo de infección con el VPH. Éstos incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. (15)

2.1.6 Epidemiología del cáncer de cuello uterino:

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos. Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015,

ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. (16)

La epidemiología es el estudio de la distribución y los factores determinantes de estados o eventos relacionados con la salud (incluidas enfermedades) e incluye la aplicación de ese estudio al control de enfermedades. El cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer en 55 países, entre ellos muchos países del África subsahariana, muchos de Asia (incluida la India) y algunos países centroamericanos y sudamericanos. Estos datos no muestran las amplias disparidades existentes en cuanto a incidencia y mortalidad entre diversas zonas dentro de países específicos, disparidades que se relacionan con variaciones socioeconómicas y geográficas, prejuicios por razón de género y factores culturalmente determinados que pueden restringir gravemente el acceso de algunos grupos de mujeres a los servicios de prevención. Además, los siguientes datos ilustran claramente las grandes diferencias encontradas entre las mujeres que viven en países de ingresos altos y las que viven en países de ingresos bajos y medianos: En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528,000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, un 85% de ellos en regiones menos desarrolladas. En el mismo año, en el mundo, 266,000 mujeres murieron de cáncer cervicouterino; casi 9 de cada 10 de ellas, o sea un total de 231,000 mujeres, vivían y murieron en países de ingresos bajos o medianos. En cambio, una de cada 10,000 o 35,000 mujeres, vivían y murieron en países de ingresos altos. La razón principal de estas disparidades es la falta relativa de prevención eficaz y de programas de detección precoz y tratamiento, así como la falta de acceso igualitario a dichos programas. Sin esas intervenciones, el cáncer cervicouterino generalmente se detecta solo cuando ya está en una etapa

avanzada y es demasiado tarde para un tratamiento eficaz, por lo que la mortalidad es alta. (17)

El Ministerio de Salud del Perú, estimó en el mismo periodo (2012) la presencia de 4,636 casos y 1,715 muertes por cáncer de cuello uterino. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas presentó en los 2012 casos nuevos de cáncer registrados, esta ascendió a 1,637, representando la más alta en comparación a los presentados entre el 2006 y 2015.

2.1.7 Etiología del cáncer de cuello uterino

Con raras excepciones, el cáncer de cuello uterino es el resultado de una infección genital con el VPH, que es un carcinógeno humano conocido. Aunque las infecciones por VPH pueden transmitirse a través de rutas no sexuales, la mayoría es resultado del contacto sexual. En consecuencia, los principales factores de riesgo identificados en los estudios epidemiológicos son sexo a una edad temprana, múltiples parejas sexuales, parejas masculinas promiscuas, historia de las enfermedades de transmisión sexual.

La infección por VIH (veremos más abajo con detalle) está asociado con un incremento de 5 veces en el riesgo de CA cervical, probablemente debido a una respuesta inmune alterada a la infección por VPH.

La exposición al dietilestilbestrol in útero se ha asociado con un mayor riesgo de Neoplasia cervical intraepitelial grado 2 o superior. (18)

2.1.8 Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino

Entre los factores de riesgo asociados, podemos destacarlos en las siguientes dimensiones:

2.1.8.1 Factor Estilos de vida:

Comportamiento de riesgo:

- a. Inicio de relaciones sexuales a temprana edad :Se muestra una alta incidencia en personas que iniciaron su vida sexual a temprana edad.
- b. Múltiples compañeros sexuales: Se muestra una alta incidencia en personas con una alta actividad sexual.
- c. Tabaquismo: Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (19)
- d. Múltiparas: Madres con tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de sufrir cáncer cervico-uterino, aunque se desconoce la causa . Una teoría explica la probabilidad de que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin métodos de barrera y así quedar embarazadas, estando más expuestas al VPH. Además, otros estudios indican que los cambios hormonales durante el embarazo podrían aumentar la susceptibilidad a la infección por VPH o crecimiento tumoral. Por otro lado, se cree que mujeres embarazadas podrían tener

sistemas inmunológicos debilitados, permitiendo así la infección por VPH y crecimiento tumoral. (19)

2.1.8.2 Factor Patogénico.

Dentro del factor Patogénico predominan:

- a. El virus del papiloma humano (VPH): Es la causa más importante en el desarrollo de un cáncer de cérvix. Existen algunos tipos de papiloma denominados de alto riesgo que infectan los genitales tanto masculinos como femeninos como el VPH 6,11 (virus de bajo grado), 16, 18, 31, 33, 35 y 39 infectan el cérvix uterino y el 16, 18, 45, y 56 (virus de alto riesgo) pueden causar cáncer en el cuello uterino. Estos virus se transmiten de persona a persona durante las relaciones sexuales, que incluye el sexo oral y el anal, además del contacto piel con piel de una zona infectada, es decir, no tiene por qué producirse el coito. (20)
- b. El virus del herpes genital: puede incrementar el riesgo de cáncer de cérvix, por lo que sería conveniente inspeccionar el glande de la pareja buscando lesiones condilomatosas y aconsejar el uso de preservativo, incluso en mujeres menopáusicas o con ligadura tubárica para su prevención. (20)
- c. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Se ha mostrado que las mujeres infectadas por este virus son más propensas a desarrollar un cáncer de cérvix puesto que al tener su sistema inmune dañado no son capaces de destruir el virus del papiloma humano. (20)

2.1.8.3 Factor Socioeconómico

- a. La Raza: Existe una mayor incidencia en mujeres latinoamericanas y africanas. (21)

- b. La pobreza: Es también un factor de riesgo para el cáncer de cérvix ya que las mujeres sin recursos o de bajos ingresos no acuden de manera continua a los Servicios de Salud ni se realizan continuamente las pruebas de detección precoz para poder realizar una prevención satisfactoria. (22)

2.1.9 Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino

Entre los signos y síntomas asociados, podemos destacarlo en una sola dimensión:

2.1.9.1 Signos y Síntomas Clínicos.

El cáncer y la displasia de cérvix suelen aparecer sin ningún síntoma. Es muy importante recomendar a la mujer con riesgo de cáncer cervical que se sometan a estudios citológicos periódicos. La mayoría de las mujeres con lesiones precancerosas de cérvix son identificadas gracias a la tinción de Papanicolaou, en una fase en donde la lesión resulte fácil de erradicar. En pacientes que han evitado el examen de detección, la sintomatología del cáncer cervical de ordinario se manifiesta por uno o más de los hallazgos siguientes:

- a) Sangrado Vaginal Anormal: se presenta con Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables, también cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo durante el coito o el uso de diafragma; y menorragia o menstruación excesivamente abundante o duradera. (23)
- b) Dispareunia (coitalgia): es una disfunción sexual caracterizada por la presencia de molestias durante el coito. Estas molestias pueden ser leves (irritación vaginal) o muy dolorosas, llegando a impedir una relación sexual satisfactoria. Las causas pueden ser orgánicas o psicológicas, entre las primeras tenemos infecciones

del tracto urinario, irritación local por agentes externos (preservativos), etc. (24)

- c) Leucorrea: es un flujo no sangrante que procede del aparato genital femenino. Puede deberse a una secreción cervical abundante y/o a una excesiva descamación de la vagina, provocada por lo general por una infección baja del aparato genital. (25)
- d) Otros indicadores: Sensación de plenitud vaginal, disuria, melena, pérdida de peso, anemia, al examen físico: el cuello es generalmente duro, fijo y expandido. Es necesario el tacto rectal con palpación del cuello cervical para evaluar su tamaño. (26) Esta información se complementa con lo referido por Martínez Rogelio, en el cual la mujer que presenta hemorragia transvaginal anormal o sangrado postcoital, leucorrea persistente debe investigarse carcinoma cervicouterino. (27)

2.1.10 Diagnóstico del cáncer de cuello uterino

2.1.10.1 Criterios diagnósticos:

Muchos de los pacientes con carcinoma de cérvix están asintomáticas y provienen de los programas de prevención en los que se realiza periódicamente una citología vaginal con tinción de Papanicolau. Cuando la citología detecta o sugiere la presencia de células neoplásicas deben hacerse biopsias en todas las zonas macroscópicamente anómalas. En caso de que la biopsia muestre un carcinoma microinvasor o si el legrado endocervical muestra displasia severa o se sospeche en un adenocarcinoma in situ puede ser necesaria la práctica de una conización diagnóstica. En caso haya una citología positiva pero no se aprecie a simple vista ninguna lesión está indicada una colposcopia con biopsia de las áreas anómalas, que detecta hasta el 90% de las lesiones displásicas. El

legrado endocervical se reserva para los pacientes que no presentan lesiones en la colposcopia o en aquellas en las que la unión del epitelio del epitelio escamoso y cilíndrico. Una vez confirmado el diagnóstico en la biopsia, si se trata de un carcinoma in situ. En caso que se detecte un cáncer invasor el estudio de extensión se realiza a través del examen pélvico y rectal. La urografía intravenosa, el TAC abdominal y pélvico, la radiografía de tórax ayudan a determinar la existencia de compresión uretral o metástasis abdominales o pulmonares. (28)

2.1.10.2 Diagnóstico. Detección precoz.

El objetivo de la detección selectiva es reconocer las lesiones precursoras del cáncer de cérvix y posibilitar al gestor sanitario que impida la progresión hacia un cáncer invasor. La eficacia de los programas de detección selectiva del cáncer de cérvix aumenta cuando se aplica periódicamente la tinción de Papanicolaou. Las lesiones agresivas “displásicas” escapan con más dificultad a la detección cuando el intervalo entre tinción y tinción es reducido. Las recomendaciones más recientes que se han establecido para la detección selectiva mediante la tinción de Papanicolaou, se basan en algunos principios, como el de realizarla a una edad temprana, en donde la mujer comience su vida sexual. En principio, la prueba de Papanicolaou se debe aplicar con intervalos de 1 a 3 años de acuerdo con la prescripción del facultativo, y basada en la presencia de los factores de riesgo. Es importante para el diagnóstico hacer una buena tinción del cérvix; para ello es fundamental la visualización directa del mismo. Sin embargo, el cáncer de cérvix y las lesiones precursoras generalmente no se detectan por la inspección directa. En casos avanzados puede haber ascitis o infiltrados nodulares en la superficie peritoneal o hepática. Las metástasis regionales pueden presentarse como masa vesical o rectal. (29)

2.1.10.3 Diagnóstico de carcinoma endometrial

En el carcinoma endometrial, la afectación ganglionar, la profundidad de la invasión miometrial, el grado histológico, el tipo celular y los receptores hormonales son factores pronósticos adicionales. La técnica de elección y prueba esencial en la consulta es la biopsia de endometrio (B.E.M.). Esta proporciona una muestra adecuada para el diagnóstico en el 90–95% de los casos. Los métodos más modernos se asocian a muestras equivalentes con muy poco dolor. La dilatación y legrado permite un muestreo más extenso. La sensibilidad es mayor que en la biopsia endometrial (sobre todo en las lesiones in situ más pequeñas, generalmente se aplica cuando la BEM resulta inadecuada o fracasa el tratamiento del sangrado uterino disfuncional. Si se combina con la biopsia de endometrio la tasa de detección se aproxima al 100%. La ecografía transvaginal del útero es una técnica nueva prometedora sobre todo en las enfermedades de alto riesgo. La Histeroscopia con biopsia dirigida puede necesitarse para estatificar el cáncer oculto, Se puede aplicar en la consulta. (29)

2.1.11 Estadios del cáncer de cuello uterino

Tabla 1:

Sistema de estadificación: cáncer cérvico uterino (FIGO, 2008) (30)

Estadio I	El carcinoma estrictamente limitado al cuello uterino.
I A	El carcinoma invasor reconocido solamente a través del microscopio. Todas las lesiones visibles, aún con invasión superficial son lesiones IB. La invasión está limitada a una invasión estromal con un máximo de 5mm de profundidad, medida desde la base del epitelio y menor a 7mm en amplitud. La invasión del espacio vascular, venosa o linfática no afecta la estadificación.

I A1	La invasión calculada es menor a 3mm de profundidad y no mayor a 7mm en extensión superficial.
I A2	La extensión medida de la invasión estromal está entre 3mm a 5mm de profundidad y la extensión horizontal es menor a 7mm; los daños mayores deben considerarse estadio IB.
I B	Daño clínicamente visible limitado al cuello uterino o daños preclínicos superior que el estadio IA2.
I B1	Lesiones clínicas menores a 4cm en su máxima dimensión.
I B2	Lesiones clínicas mayores de 4cm en su máxima dimensión.
Estadio II	Carcinoma se expande más allá del cérvix, pero no a la pared pélvica. Éste afecta la vagina, pero no hasta el tercio inferior.
II A1	Lesión superficial de 4cm o menos en su mayor extensión.
II A2	Lesión superficial mayor a 4cm en su mayor extensión.
II B	Tumor con afección parametrial.
Estadio III	El carcinoma se dispersa hacia la pared pélvica. En la exploración rectal no existe espacio libre entre la pared pélvica y el tumor, y el tumor daña el tercio inferior de la vagina y causa daño renal.
III A	El carcinoma involucra el tercio inferior de la vagina y no se extiende a la pared pélvica.

III B	Carcinoma se extiende hacia la pared pélvica y ocasiona hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
Estadio IV	El carcinoma se dispersa al exterior de la pelvis o presente involucro comprobado por biopsia de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no se estima enfermedad metastásica.
IV A	Carcinoma ocupa a la mucosa de la vejiga o recto y se extiende más allá de la pelvis verdadera.
IV B	Matástasis a distancia.

2.1.12 Tratamiento del cáncer de cuello uterino

La elección del tratamiento guarda relación con dos causas principales: el estadio clínico y situaciones propias de la paciente. En caso de etapas tempranas (in situ y microinvasivas: IA1), la terapéutica puede ser conservador por medio de un cono terapéutico, o histerectomía total abdominal tipo Piver 1, sin disección ganglionar, y menos de 3% presentará afección ganglionar. Durante lesiones tempranas invasivas (algunos IA2, todos los IB1 y los IIA tempranos), la histerectomía radical tipo Piver 3 con linfadenectomía pélvica es el tratamiento estándar, sin embargo podrían tratarse por medio de radioterapia. En comparación, las pacientes en estadios más avanzados, no aptos de cirugía con intento curativo, la quimioterapia y radioterapia simultánea son la terapia de elección. (30)

Etapas clínicas del estadio I A1 y estadio IA2

El carcinoma microinvasor es una entidad asociada a un riesgo mínimo de diseminación ganglionar, por lo tanto puede alternar con modalidades conservadoras. En 1974, la Sociedad de Ginecólogos Oncólogos describió un carcinoma cervical en 3mm o menos y no invadía los espacios vasculares ni linfáticos. Hoy día, este criterio retribuye a la definición de la etapa IA1 de la FIGO (2000) aunque la definición de 2008, adoptada por la AJCC/UICC como T1A1, agrega que no debe existir invasión en sentido horizontal superior a 7mm. La etapa I se divide en IA1 y IA2, y esto se fundamenta en las siguientes observaciones: en 464 enfermas y 10 series recolectadas, la invasión del estroma fue de 3mm o menos y solamente en una paciente (0.21%) se encontró metástasis ganglionares. En contraste, en 132 mujeres, la profundidad de invasión tumoral fue de 3.1 a 5.0mm; de ellas, nueve pacientes (6.8%) tenían metástasis en ganglios linfáticos pélvicos y la diferencia fue de modo significativo a partir del punto de vista estadístico. Estudios subsecuentes han descrito metástasis a ganglios linfáticos pélvicos en 5 a 7% de las mujeres con 3 a 5mm de profundidad de invasión, pero solamente en 0.5% entre aquellas con menos de 3mm de invasión. Los datos precedentes indican un riesgo significativo de enfermedad ganglionar en las enfermas con más de 3mm de invasión estromática; por ello, tales pacientes deben considerarse para tratamiento radical. De acuerdo a estos conceptos, las pacientes en estadio IA1, sin irrupción vascular ni linfática, pueden tratarse con cono terapéutico y vigilancia estrecha (cuando se anhela mantener la fertilidad) o mediante una histerectomía total abdominal extrafascial (Piver I). Mujeres en la etapa IA2 tienen que someterse a histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral, los pacientes que no pueden ser operados por contraindicación médica tienen la opción de ser atendidos por medio de la radioterapia. (30)

Etapa clínica del estadio I B1

La etapa I también contempla un apartado para las lesiones obvias, desde el enfoque clínico: IB que se subdivide por IB1 para las menores de 4cm o menos en su mayor dimensión, y IB2 para las mayores de esta dimensión. Para la IB1, la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral (Piver 3) y la radioterapia pélvica radical abastece resultados oncológicos comparables, con tasas de curación que oscilan entre 85 y 95%. El Instituto Nacional de Cancerología (INCan), por medio de 130 pacientes, de ellas 42 (32.5%) en etapa IA2 y 88 (67.5%) en estadio IB, tratadas a través de histerectomía radical tipo 3, únicamente se reconoció 11 pacientes con ganglios positivos (8.5%), y la supervivencia global a cinco años fue 87%. La política del INCan es realizar la histerectomía radical tipo Piver 3 cuando no existe contraindicación quirúrgica, ya que han disminuido de manera importante las complicaciones quirúrgicas, y con ello se evitan complicaciones de la radioterapia, que en ocasiones son graves. Además, en pacientes premenopáusicas es posible evitar la radiación de las gónadas al fijar los anexos en las correderas parietocólicas, y evitar las secuelas en la vagina, que con frecuencia alteran la actividad sexual. Tradicionalmente, la elección entre cirugía radical o radioterapia se había centrado en la edad de la paciente y la necesidad de preservar la función ovárica cuando estaba presente. Por otro lado, se consideraba el riesgo de afección ovárica; se sabe que tal riesgo de metástasis ovárica es inferior a 1% por mujeres con carcinoma escamoso y de 1.7% en pacientes con adenocarcinoma. Hoy gracias a los mejores cuidados perioperatorios, ni la edad ni la obesidad contraindican la cirugía como terapéutica en la etapa I. Pero, las mujeres con enfermedad anxial significativa, enfermedad inflamatoria intestinal o radioterapia previa no son candidatas a recibir radiación curativa, debido a una mayor morbilidad. (30)

Etapas clínicas del estadio IB2

En este estadio, La terapéutica primaria suele ser quimiorradioterapia, ya que se ha descrito la histerectomía radical Piver 3 como alterativa terapéutica, pero en los estudios sobre los autores de este capítulo, como de otros, se ha evidenciado que la penetración al estroma cervical es superior del 50% en 65% o más de los casos y un 35% afecto la parte ganglionar; Es decir, las causas hacen necesaria la quimiorradioterapia adyuvante. Además, se probó que la utilización de quimiorradioterapia como único tratamiento produce resultados parecidos, sin complicaciones inherentes a un doble control local radical. (30)

Etapa clínica del estadio IIA

Las pacientes en su mayoría reciben quimiorradioterapia como único tratamiento; no obstante en ocasiones muy selectos, IIA por extensión muy delimitado a los fondos de saco vaginales, las pacientes son posibles tributarias a una histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral como terapia definitiva. En términos generales, en el tratamiento del carcinoma cervicouterino IB al IVA, la quimiorradioterapia concomitante es el estándar, aunque la terapéutica con radioterapia exclusiva puede ser indicada en etapas tempranas como IA1 a IB1 en caso de que existan contraindicaciones quirúrgicas, sumándose a tasas similares de curación a las observadas con cirugía radical. En aspecto análoga, la radioterapia puede mantener la enfermedad paraaórtica y supraclavicular. La primordial modalidad son radioterapia externa o teleterapia, usadas para tratar la totalidad de la pelvis, ganglios linfáticos y los tejidos parametriales, incluyendo los ganglios de la cadena ilíaca primitiva y paraaórticos. Por otro lado, la braquiterapia o terapia intracavitaria está enfocada en tratar el cuello uterino, la vagina y las porciones internas de los tejidos parametriales. La terapéutica se hace en combinación de teleterapia, aplicando supervoltaje o megavoltaje, lo cual da 5040 cGy en 28 fracciones en un campo pélvico estándar con una cantidad de 180 a 200 cGy por

sesión, de lunes a viernes. Esto se integra con una o dos aplicaciones de braquiterapia que aporta 7000 Cg y adicionales al tejido parametrial, con una cantidad tumoral que resulta de 10000 a 12000 cGy. Importante es que en el tratamiento de los tumores IA1, debido al bajo riesgo de ganglios pélvicos, sólo se requiere braquiterapia para alcanzar el control local. (30)

Etapas clínicas del estadio IIB, III y IVA

El tratamiento con quimioterapia basada en cisplatino, en cantidades de 40 mg/m² a la semana más radioterapia ha logrado abatir en 12% la probabilidad de muerte, sin embargo, la diferencia es más grande en tumores menos voluminosos y avanzados. Aunque, algunas pacientes muy selectas en etapas IVA, con extensión al tabique rectovaginal o vesicovaginal, sin afección parametrial, son adecuados de tratamiento quirúrgico, consistente en exenteración pélvica. Anteriormente, la supervivencia a cinco años en estadios clínicos IIB, III y IVA era de 65, 40 a 15%, correspondientemente, pero, recientemente, la combinación de radioterapia y quimioterapia asocian una mejora sustancial; fundamenta en la sinergia entre quimioterapia y radioterapia. También, si la quimioterapia se administra a cantidades superiores que las adecuadas para la radiosensibilización, efectúa frente a las metástasis subclínicas. Hace poco, se realizaron estudios aleatorizados con dicha modalidad en comparación con radioterapia única; en el cual uniformemente demostraron el predominio del tratamiento conjunto en términos de prioridad del tratamiento conjunto en términos de periodo libre de enfermedad y supervivencia. Asimismo, es considerable la reducción, no sólo de las recaídas pélvicas, sino también en las sistémicas. Recientemente, un estudio fase III documentó un aumento en la supervivencia libre de progresión a tres años con quimiorradioterapia con gemcitabina más cisplatino, seguida de braquiterapia y

quimioterapia adyuvante con gemcitabina y cisplatino. Aunque hubo un aumento en la toxicidad, ésta se pudo controlar. (30)

Etapa clínica del estadio IVB

El impacto de la quimioterapia en etapa IVB es muy limitado, ya que inferior al 20% de pacientes sobrevive dos años. El cisplatino es el agente más activo y produce respuesta en 30% de los casos. La tasa de respuesta aumenta con la terapia en conjunto, pero no mejora la supervivencia. Es importante mencionar que los estudios de quimioterapia paliativa son complejos de explicar por la heterogeneidad de criterios de selección. Particularmente, el conjunto de cisplatino y gemcitabina es favorable, con contestación de 44% y disminución de toxicidad. No se ha contrastado en estudios aleatorizados la potencial mejora de la quimioterapia y el adecuado cuidado paliativo, a fin de valorar el efecto de la quimioterapia sobre la supervivencia y calidad de vida. La mayoría de pacientes se maneja únicamente con quimioterapia paliativa; sin embargo, se puede brindar quimiorradioterapia para optimizar el control del tumor primario. (30)

2.1.13 Prevención del cáncer de cuello uterino

Se debe alentar a los planificadores de programas a que apliquen el marco de la OMS como base para establecer un proyecto nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino. Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino comprende un conjunto organizado de actividades encaminadas a prevenir y disminuir la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Forma parte de acciones prioritarias indicadas en el Plan de Acción Mundial para prevenir y controlar las Enfermedades no transmisibles 2013-2020. El programa prevé un plan de acción con detalles sobre lo que se hará, quién lo hará y cuándo, así como información sobre los medios o recursos que se utilizarán para aplicarlo. Su

desempeño se evalúa periódicamente utilizando un conjunto de indicadores cuantificables. Un programa integral abarca las principales intervenciones basadas en datos científicos necesarias para reducir la carga elevada y desigual impuesta por el cáncer cervicouterino sobre las mujeres y los sistemas de salud en países menos desarrollados. Su objetivo de todo programa integral preventivo y de control de cáncer cervicouterino es reducir la tasa de esta enfermedad mediante lo siguiente: (i) reducción de contagios por virus del papiloma humano (VPH), (ii) tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino, y (iii) tratamiento oportuno del cáncer invasor y cuidados paliativos. Un programa integral abarca tres componentes interdependientes que son la prevención primaria, secundaria y terciaria. Durante la sección se describen las intervenciones previstas en cada componente. (31)

2.1.13.1 Prevención primaria: reducir riesgo de infección por VPH.

El objetivo sobre salud pública es reducir las infecciones por VPH porque, si estas son persistentes, pueden causar cáncer cervicouterino. Las intervenciones incluyen las siguientes: Vacunación a las niñas de 9 a 13 años de edad (o de las edades previstas en las directrices nacionales), antes de que inicien su actividad sexual; educación de niños varones y niñas sobre sexualidad saludable, adaptada según corresponda a la edad y la cultura, con la intención de reducir el riesgo de transmisión de VPH (junto con otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH); los mensajes esenciales deben incluir el retraso de la iniciación sexual y disminución de los comportamientos sexuales de alto peligro; promoción o suministro de condones a los que sean sexualmente activos; circuncisión masculina donde sea pertinente y apropiado y para mayores detalles sobre la vacunación contra el VPH. (31)

2.1.13.2 Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas.

El objetivo de salud pública es reducir la incidencia y la prevalencia de cáncer cervico-uterino y la mortalidad asociada, interceptando el avance de las lesiones precancerosas hacia un cáncer invasor. Las intervenciones incluyen las siguientes: Orientación e intercambio de información; tamizaje de mujeres en su totalidad entre 30 a 49 años de edad para identificar las lesiones precancerosas, generalmente asintomáticas; tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas antes de que progresen hacia un cáncer invasor. Incluso entre las mujeres vacunadas contra el VPH es importante seguir el tamizaje y tratamiento cuando lleguen a la edad prevista. (31)

2.1.13.3 Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervico-uterino invasor.

El objetivo acerca de, salud pública es reducir números de defunciones debidas al cáncer cervicouterino. Las intervenciones incluyen las siguientes: Un mecanismo de derivación de casos por los dispensadores de atención primaria a los establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento del cáncer; un diagnóstico del cáncer exacto y oportuno, previo estudio del grado de invasión un tratamiento apropiado para cada fase, basado en el diagnóstico: en casos de Cáncer en estadios iniciales y avanzados puede lograr la curación; se debe dispensar el tratamiento más apropiado disponible y ofrecer asistencia para los síntomas asociados con el cáncer o su tratamiento. Los tres componentes de prevención arriba enumerados se planifican y ejecutan conjuntamente con lo siguiente: Un método nacional estructurado de educación de la comunidad y estrategias de movilización y un sistema nacional de seguimiento y evaluación. (31)

2.1.14 Teorías de enfermería en cáncer de cuello uterino

TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

En esta teoría de enfermería, Henderson prioriza principios fisiológicos y psicopatológicos en cuanto a salud en enfermería; y lo precisa según " La única función de una enfermera es asistir a la persona saludable y enferma, en la ejecución de aquellas actividades que colaboren a su salud, recuperación o muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser autónomo lo antes posible".

Henderson identifica 14 necesidades humanas; siendo de mayor importancia para la realización de los cuidados de enfermería para cada necesidad. Estas son:

1. Respirar con tranquilidad.
2. Alimentarse y beber correctamente.
3. Excluir los desechos del organismo.
4. Actividad y sostenimiento de una postura apropiada.
5. Reposar y dormir.
6. Elegir vestimenta apropiada.
7. Mantener la temperatura estable.
8. Conservar una adecuada higiene.
9. Prevenir peligros del entorno.
10. Relacionarse con otros, manifestar emociones, necesidades, miedos e ideas.
11. Practicar el culto divino, según cada religión.

12. Laborar de forma que permita encontrarse realizado.
13. Contribuir en todas las formas de recreación y distracción
14. Aprender la curiosidad que conduce un desarrollo natural de la salud.

Esta teoría relaciono justamente con mi presente estudio, el cual es 100% holístico y a mi parecer es el modelo más completo que se puede aplicar hacia el cuidado humanizado de la persona, englobando todas las necesidades del individuo, cualquiera que sea su patología. Y en caso de las personas diagnosticadas con Cáncer, esta teoría es fundamental ya que el trabajo de la enfermera consiste en asistir pacientes durante sus diferentes actividades esenciales para preservar su salud, restablecerse de la patología, o conseguir la muerte en paz; todo esto con la finalidad de crear una sola perspectiva de independencia del paciente en la valoración de su enfermedad. (32)

TEORIA DE NOLA PENDER

En esta teoría se identifican factores cognitivos – perceptuales sobre el individuo, modificables por las diferentes situaciones, personales e interpersonales, dándonos así como resultado la participación en conductas que favorecen la salud. El modelo de promoción de la salud identifica conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud e integra los hallazgos de investigación, facilitando la generación de hipótesis comparables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. En forma clara Pender nos dice: **“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se**

gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. Este modelo describe los roles importantes de las enfermeras en ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades mediante el cuidado propio y las decisiones inteligentes. Desde sus inicios Nola Pender apoyó y sigue apoyando hasta la actualidad a las distintas organizaciones relacionadas a la enfermería, contribuyendo con su conocimiento y tiempo de servicio. El modelo de Pender se centra en tres áreas:

1. Características y experiencias individuales.
2. Cogniciones y afectos específicos del comportamiento.
3. Resultados conductuales.

Esta teoría la relaciono justamente con mi estudio, ya que el personal de salud puede influir en los métodos de enfermería para las conductas de salud de las personas; siendo de guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales de todo individuo, promoviendo mejorar la calidad de vida a nivel salud. Por lo tanto, las actividades de promoción de salud motivan a las personas a actuar de manera positiva con la finalidad de alcanzar estados de salud más estables; y es de suma responsabilidad de nosotros como profesionales de salud ejercer de manera eficaz la labor de enfermería con las personas brindando un mejor cuidado de manera a través de la promoción de la salud. (64)

2.2 Estudios Previos

2.2.1 A nivel Nacional.

Conde Félix, Alicia Mercedes (2014) en Perú, en la tesis “Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora Julio- Agosto, 2013”; siendo un estudio de casos y controles, retrospectivo, conformada por 118

mujeres en edad fértil, con y sin lesiones cervicales, cuyo instrumento fue en base al formato de uso y validado por la institución de estudio, las pruebas estadísticas utilizadas fueron el χ^2 y el OR, como resultados tuvieron Como factor asociados significativamente al riesgo: antecedente familiar , consumo de tabaco, intervalo entre las tomas de PAP, mayor de dos años; motivo de estudio por control médico; edad de primera relación sexual, entre 14 a 16 años, infecciones de transmisión sexual, la presentaron en los últimos cinco años; presencia del Papiloma Virus Humano, de dos a cinco partos, edad del primer embarazo entre los 14 y 24 años; usuarias anticonceptivo hormonales de tipo oral y con tiempo de uso mayor de cinco años; y como conclusiones se aceptó la hipótesis de trabajo en que existen algunos factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil. (33)

Salazar Rodríguez Susan (2016) en Perú, en la tesis “Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016”; El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional y transversal, que obtuvo como muestra a 361 usuarias atendidas en el consultorio externo. En el análisis descriptivo, para los valores cuantitativos se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión; para los valores cualitativos se estimaron frecuencias; como resultados el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical de las usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal fue de Medio (49%) a Alto (34%). Las usuarias presentaron mayor exposición a los factores de riesgo como presentar síntomas y signos de infección vaginal (64.5%), tener de dos a más parejas sexuales (58.7%), tener de dos a más hijos (44.3%), tener una nutrición insuficiente de vegetales diarios (38.8%), inicio de

relaciones sexuales menor o igual a 17 años (36.6%) y haber tenido de dos a más partos (29.9%); aquel estudio tuvo una relación significativa entre el número de parejas sexuales y el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino ($p=0.013$); también hubo una relación significativa entre el nivel de conocimiento bajo sobre cáncer cervical y la nutrición deficiente de vegetales ($p=0.006$); Obtuvieron que el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical se relaciona de manera significativa con la exposición a dos o más parejas sexuales y a la alimentación deficiente de alimentos vegetales en usuarias atendidas. (34)

López S. Janeiro C. y Rodríguez (2015) en Perú, el estudio “factores de riesgo y cáncer cervico-uterino en pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de cáncer ginecológico el Hospital Apoyo Iquitos, 2015”; emplearon el método cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo; cuya población fue de 70 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de cáncer cervico-uterino y la muestra fue el 100% de la población; aplicaron la Ficha de registro de factores de riesgo y cáncer cervico-uterino, que no fue validado porque registraba datos existentes de un documento formal; los datos procesados fueron mediante el paquete estadístico SPSS versión 22; y concluyeron que el nivel de confianza fue 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p<0,05$) y entre número de hijos y cáncer cervico-uterino ($p=0,140$; $p>0,05$). (35)

Bonilla T.K y Montalvo Y. (2015) en Perú, en la tesis “factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2008 – 2012”; Aquel estudio fue de tipo retrospectivo de casos y controles, lo cual se emplearon dos grupos de individuos, uno en el que se relacionaron en función de las lesiones premalignas de Cáncer de Cuello Uterino ($n_1= 96$), siendo comparado con otro grupo sin enfermedad o

consecuencia (m=192); los resultados mostraron que el 88.5% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 a 25 años, el 66.7% procedieron de la zona rural, el 61.5% tuvieron más de 4 parejas sexuales, el 59.4% fueron mujeres que fluctúan las edades de 30 a 49 años de edad y con el mismo porcentaje según estado civil fue de conviviente (59,4%), el 53.1% fueron analfabetas, el 50% fueron multíparas, el 49% tuvieron antecedentes de cáncer de cuello uterino por parte materna, el uso de métodos AOC no es factor de riesgo; también se encontró según el grado de lesiones que el 41.7% revelo LEI BG + PVH; y se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo y lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino. (36)

Isla Carla y Solar María (2015) en Perú, en la tesis “Efecto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las adolescentes para la prevención de cáncer de cuello uterino, en una institución educativa de Villa El Salvador, 2014”; el tipo de estudio fue de tipo cuantitativo, diseño pre-experimental con pre y pos test, se ejecutó en una Institución Educativa Estatal, cuya población conformo adolescentes mujeres de 10 a 15 años de edad (N=100), mediante muestreo no probabilístico. El instrumento aplicado fue el cuestionario sobre el conocimiento y actitud para la prevención del CCU. La participación incluyó 5 sesiones educativas, desarrollándose en el horario de tutoría; concluyeron que las escolares antes de la realización del programa educativo consiguieron un nivel de conocimiento medio sobre la prevención de cáncer de cuello uterino con un 79% y después de la intervención el 96% alcanzó un nivel alto; del mismo modo el 67% evidenció una actitud de indiferencia y luego de la intervención se concluyó que el 100% de la población evidenció una actitud de aceptación hacia la prevención del cáncer de cuello uterino. (37)

2.2.2A nivel Internacional.

Hernández Z. y Cols (2016) en Cuba, en la tesis “Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua; realizaron un estudio de tipo descriptivo, corte transversal, en el Policlínico de Cumanayagua durante el año 2013; estuvieron constituidos por 51 mujeres entre 25 y 59 años de edad, con cáncer cérvico-uterino; revisaron las historias clínicas, tarjetas de citodiagnóstico y aplicaron mediante encuesta para recolectar información; y para el análisis de los resultados se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes); la cual concluyeron como resultados que el 80,39 % tenía algún hábito tóxico, predominó el consumo de cigarrillos con el 41,17 %, el 33,33 % presentó infección por virus papiloma humano, el 23,53 % se practicó abortos, el 17,64 % fueron instrumentados, el síntoma predominante fue dispareunia en 47,05 %, el 88,24 % de las mujeres fueron diagnosticadas en la etapa adulta, el 92,15 % posee desconocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino, de ellas el 58,82 % con conocimientos regulares y el 33,33 % malos; y concluyeron que predominaron los factores de riesgo, hábitos tóxicos como tabaquismo; infecciones vaginales, práctica de abortos y dispareunia, el diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre la misma. (38)

Bou Y y cols. (2015) en Cuba, en la investigación “Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Capacitación en adolescentes de un Policlínico Universitario”; se realizó un estudio de intervención capacitante para elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico-uterino (CCU) en adolescentes del Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno" en

el período enero - diciembre de 2014; el universo de estudio estuvo constituido por 77 adolescentes, las cuales a su vez constituyeron la muestra; se consideró los criterios de inclusión y exclusión; además el consentimiento informado de las mismas antes de iniciada la investigación; también se estudiaron variables como: edad de su primera relación sexual, relaciones sexuales protegidas, conocimiento que las relaciones protegidas evitan el cáncer de cérvix, conocimiento sobre cáncer cérvico-uterino y percepción de los factores de riesgo; el procesamiento de información se aplicó a través del cuestionario, revisión bibliográfica y documental; en donde se logró modificar el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre el tema, con una gran aceptación, obteniéndose un cambio satisfactorio en el modo de pensar y actuar de las adolescentes con respecto a esta malignopatía. (39)

Parada A., Eduvigis B. (2014) en República de El Salvador, en la investigación “Factores sociales y culturales que influyen en la asistencia al proceso de atención en mujeres que consultan por lesiones cervico - uterinas entre las edades de 20 a 45 años en el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, Octubre 2013 a Abril 2014”; realizaron una investigación de tipo descriptivo, con enfoque cualicuantitativo, porque en él se indagó sobre la cotidianidad del que hacer, todo lo que siente, piensa y cómo enfrenta su realidad la mujer en su ámbito social, cultural y económico; se obtuvo como resultados que de 40 mujeres entrevistadas, 29 son del área rural y 11 del área urbana, mayormente son de bajos recursos económicos.; siendo la mayoría de hogares respaldados económicamente por el esposo. El 87.5% de la población encuestada conocen sobre los riesgos del cáncer cervico uterino, y un 12.5% no; y se concluyó que si existe conocimiento sobre riesgos de cáncer de cuello uterino por parte de

las usuarias, también conocen los beneficios que ofrece la institución y la Educación a la mujer sobre la toma de Papanicolaou, para detección precoz de lesiones cervico uterinas; en otras palabras el comportamiento que la mujer tiene hacia la salud está influenciada por los patrones sociales y culturales. (40)

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Biopsia. La biopsia es la extirpación de un tejido u órgano a un ser vivo, con el propósito de estudiar la naturaleza de la lesión mediante el examen microscópico; en un sentido más amplio, constituye un auxiliar en el diagnóstico. (41)

2.3.2 Cáncer. Se denomina cáncer al comportamiento anormal de las células del cuerpo, más exactamente a la proliferación reproducción anormal e incontrolada de las células que componen cualquier órgano o tejido del cuerpo. (42)

2.3.3 Carcinoma. Neoplasia epitelial maligna que tiende a ocupar los tejidos circundantes y metastizar a distancia. El tumor se califica por ser firme, irregular y nodular, con bordes bien limitados en algunas zonas. (43)

2.3.4 Colposcopia. La colposcopia involucra el exámen de cuello uterino con un microscopio binocular con bajos niveles de ampliación (10 a 40 veces); ayudando a la identificación de posibles anomalías epiteliales, sugiriendo áreas para biopsia. (44)

2.3.5 Conización diagnóstica. La conización diagnostica consiste en la escisión de una amplia zona del cuello uterino con forma de cono, que incluye el orificio exocervical y proporciones variables del conducto endocervical. (45)

- 2.3.6 Conocimiento. Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la observación en el sentido más amplio del término, se ajusta a la posesión de múltiples datos interrelacionados. (46)
- 2.3.7 Cuello uterino. También llamado cérvix; es la parte inferior estrecha del útero, la cual se proyecta dentro de la vagina. (47)
- 2.3.8 Genómica. Es el estudio del genoma completo de los individuos; puede parecer que la genómica tan sólo supone un salto cuantitativo de la genética; sin embargo, en realidad, la genómica supone una revolución cualitativa tanto en el enfoque de las preguntas como en el modo de responderlas. (48)
- 2.3.9 Leucorrea. Secreción no sangrante que se origina del aparato genital femenino. Puede comprometer una secreción cervical abundante y/o a una abundante descamación de la vagina, ocasionada por una infección baja del aparato genital. (49)
- 2.3.10 Morbilidad. La morbilidad se define como el nivel de enfermedad de una población específica medida en términos de incidencia y prevalencia. (50)
- 2.3.11 Mortalidad. Es la desaparición de las funciones vitales de manera permanente en un momento posterior al nacimiento vivo. (51)
- 2.3.12 Papanicolau. La citología de Papanicolau es un método utilizado en el contexto de prevención secundaria para la detección precoz de lesiones precancerosas o cancerosas en el cérvix que consiste en la toma de tres muestras: fondo de saco vaginal, exocérvix y endocérvix. (52)
- 2.3.13 Prevención. Se define como la preparación que se lleva a cabo para evitar un riesgo; este término también se emplea para definir

las actividades que tienen como objetivo evitar las enfermedades, por contraposición al término curación o tratamiento. (53)

2.3.14 Salud Pública. Conjunto de intervenciones organizadas por la población para prevenir las enfermedades, la discapacidad y la muerte prematura, así como para promover y restaurar la salud. (54)

2.3.15 Susceptibilidad genética. Es una prueba que mide la susceptibilidad que tiene un individuo de heredar un factor genético que lo predispone a padecer una enfermedad. (55)

2.3.16 Tamizaje. Es la identificación y/o detección de casos potenciales que requieran una evaluación. Los instrumentos con este fin generalmente se diseñan para proporcionar respuestas bipolares (sí o no) y de esa forma indicar la existencia de un problema particular. (56)

2.3.17 Útero. También llamado matriz; es el órgano del aparato reproductor femenino que sirve para albergar al huevo humano fecundado, el que progresivamente se convierte en embrión y feto y que al cabo de nueve meses de gestación permite la salida del recién nacido. (57)

2.3.18 Virus del papiloma humano. Virus que infecta a los seres humanos con mayor frecuencia; es altamente infeccioso, ya que la tasa de infección supera varios miles de veces a la de otros organismos de contagio por vía sexual como el VIH. Se considera una cualidad fundamental, aunque no suficiente, para la formación del cáncer de cérvix. (58)

2.3.19 Linfadenectomía. Método quirúrgico en el cual se extirpan los ganglios linfáticos y se examina una muestra del tejido mediante microscopio para definir si existen signos de cáncer. (59)

2.3.20 Histerectomía radical. Extirpación quirúrgica del útero, del cervix y los tejidos colindantes (parametrios), introducidos 2cm de la parte superior de la vagina. (60)

2.3.21 Histeroscopia. Técnica ginecológica únicamente utilizada para alcanzar una percepción directa del interior de la cavidad uterina; y se emplea de manera secundaria para mejorar y definir las lesiones sospechosas en estudios de imagen. (61).

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis:

3.1.1 Hipótesis general

H^a: Existe una relación significativa entre los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H⁰: No existe una relación significativa entre Los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

3.1.2 Hipótesis Específicas

H¹: Existe una relación significativa entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018

H⁰: No existe una relación significativa entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018spital Nacional Vitarte, 2018.

H²: Existe una relación significativa entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H⁰: No existe una relación significativa entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H³: Existe una relación significativa entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018

H⁰: No existe una relación significativa entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H⁴: Existe una relación significativa entre los signos y síntomas y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H⁰: No existe una relación significativa entre los signos y síntomas y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

3.2 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

3.2.1 CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

V1: Factores de riesgo

V2: Presencia de Cáncer de Cuello Uterino

3.2.2 DEFINICION CONSTITUTIVA DE LAS VARIABLES

V₁: Factor de Riesgo. - Es un aspecto del comportamiento personal o tipo de vida, una exposición ambiental que se basa en evidencias epidemiológicas; y está relacionada con una o varias patologías cuya prevención se estima de gran importancia. (62)

V₂: Cáncer de Cuello Uterino. - Se forma en los tejidos del cuello uterino. Es un cáncer que se expande progresivamente, puede ser asintomático, no obstante puede ser encontrado con un frotis de

Papanicolaou. El cáncer de cuello uterino es en su mayoría causada por infección del virus del papiloma humano (VPH). (63)

3.2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgo	Estilos de vida	Inicio de relaciones sexuales a temprana edad
		Número de compañeros sexuales
		Número de consumos de tabaco/día
		Múltiparas
	Patogénico	Presencia Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)
		Presencia Infección por Virus del Herpes Genital (VHG)
		Presencia Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
	Socio económico	Raza
		Ingreso familiar
		Número de parejas sexuales
		Tiempo de uso de anticonceptivos orales
		Edad
	Presencia de cáncer de cuello uterino	Signos
Leucorrea		
Anemia		
Pérdida de peso		
Síntomas		Dispareunia (coitalgia)
		Sensación de irritación vaginal postcoital
		Sensación de plenitud vaginal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo y nivel de investigación

4.1.1 Tipo de investigación:

- Por su finalidad: Aplicada
- Por la prolongación en el tiempo: Corte Transversal
- Según su profundidad: Descriptiva
- Por el énfasis en la naturaleza de los datos: Cuantitativa.
- Según el marco en que tiene lugar: De campo

4.1.2 Nivel de investigación:

Relacional

4.2 Descripción del método y diseño

4.2.1 Método

La presente investigación a realizar es de método descriptivo.

4.2.2 Diseño

No experimental u observacional

M₁_r_O₁

En donde:

M₁: Muestra en estudio (M₁= mujeres de edad fértil (15-45 años) que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

r: Relación

O₁: Observación de variables de interés.

4.3 Población muestra y muestreo

4.3.1 Población

La población está conformada por las mujeres de 15 a 45 años en edad fértil que acuden al Programa de Prevención del cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Vitarte, en el último mes anterior al mes de recolección de datos: Agosto, 2018

N: 200

4.3.2 Muestra y muestreo:

El muestreo será probabilístico aleatorio simple

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

Donde:

N = Población

n = muestra

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar: 0.5.

q = Proporción de personas sin el fenómeno a estudiar: 0.5

Z_α = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado
=1.96

d = precisión de la muestra o margen de error: 0.05

Reemplazando: Si población es N= número de pacientes atendidos
Agosto, 2018: 200

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 200 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot 199 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{192.08}{1.4579}$$

n: 132

4.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mujeres que se atienden por el servicio de prevención de Cáncer de Cuello Uterino del Hospital Nacional Vitarte.
- Mujeres en edad fértil.
- Mujeres con Dx. Positivo VPH.
- Mujeres con lesiones cervico uterinas.
- Mujeres con conducta sexual activa.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no son del sexo femenino.
- Mujeres que aún no inician la edad fértil o que ya pasaron la edad fértil.
- Mujeres que nunca tuvieron relaciones sexuales en su vida.
- Mujeres que tuvieron relaciones sexuales con protección (preservativo).
- Mujeres con conocimiento de que las relaciones con protección evitan un posible cáncer de cuello uterino.

- Mujeres con conocimiento sobre los factores de riesgo del cancer de cuello uterino.
- Mujeres con menstruación.
- Mujeres embarazadas.
- Niñas y adolescentes que fueron vacunadas contra el VPH.

4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Respetando el principio de la bioética

Autonomía. La aplicación del instrumento fue con el consentimiento informado, teniendo como prioridad los valores y preferencias de las encuestadas en pro de su salud.

Beneficencia: La recolección de datos se realizó tomando en cuenta la opinión del paciente, siendo el principal implicado en la situación y utilizando nuestra formación y conocimientos en beneficio del paciente.

No maleficencia: El estudio evita el perjuicio de nuestros encuestados y/o pacientes. Asimismo, creamos nuevas guías para la prevención, detección temprana y manejo apropiado de la enfermedad.

Confidencialidad: Se mantuvo el anonimato de las personas encuestadas, es decir sin develar información personal como datos personales (a través de una numeración) o condición de salud, solo el investigador tiene acceso a la información.

Justicia: como objetivo que nuestro estudio es importante para todo tipo de persona, sin distinción ni discriminación de raza, estatus socioeconómico, creencias, etc; con el fin de disminuir las situaciones de desigualdad, así como también ser de herramienta útil para una futura política de asistencia sanitaria a nivel nacional. (65)

4.5 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la encuesta.

4.6 Instrumentos de recolección de datos

Como instrumento se utilizó el cuestionario que consta de 20 preguntas.

4.7 Validez y confiabilidad

Para establecer la validez del instrumento se sometió a un juicio de expertos.

Para establecer la confiabilidad se efectuó una prueba piloto en 15 mujeres en edad fértil que asisten al Servicio de Ginecología y Prevención del cáncer de cuello uterino, las mismas que no estarán incluidas en la muestra. Luego se halló el coeficiente de Cronbach.

4.8 PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

4.8.1 Plan de recolección de datos

- Se solicitó permiso al Director del Hospital Vitarte por medio de una solicitud por mesa de partes.
- Se aplicó la encuesta previo consentimiento informado.
- La encuesta tuvo una duración aproximadamente 10 minutos
- Se agradeció la participación y garantizará el anonimato.

4.8.2 Procesamiento y análisis de datos

Para organizar, representar, analizar e interpretar datos se utilizó programas informáticos como Excel y el Programa Estadístico SPSS versión 25.

En el caso de la identificación de los resultados descriptivos, desarrollaremos el cálculo a través del estudio de frecuencias y la identificación de las medidas de tendencia central para cada dimensión de nuestra variable y dimensiones.

Asimismo, para el análisis de las hipótesis se establecieron los cálculos a través del análisis de correlación de Chi-cuadrado con el modelo de Pearson para cada hipótesis supuesta.

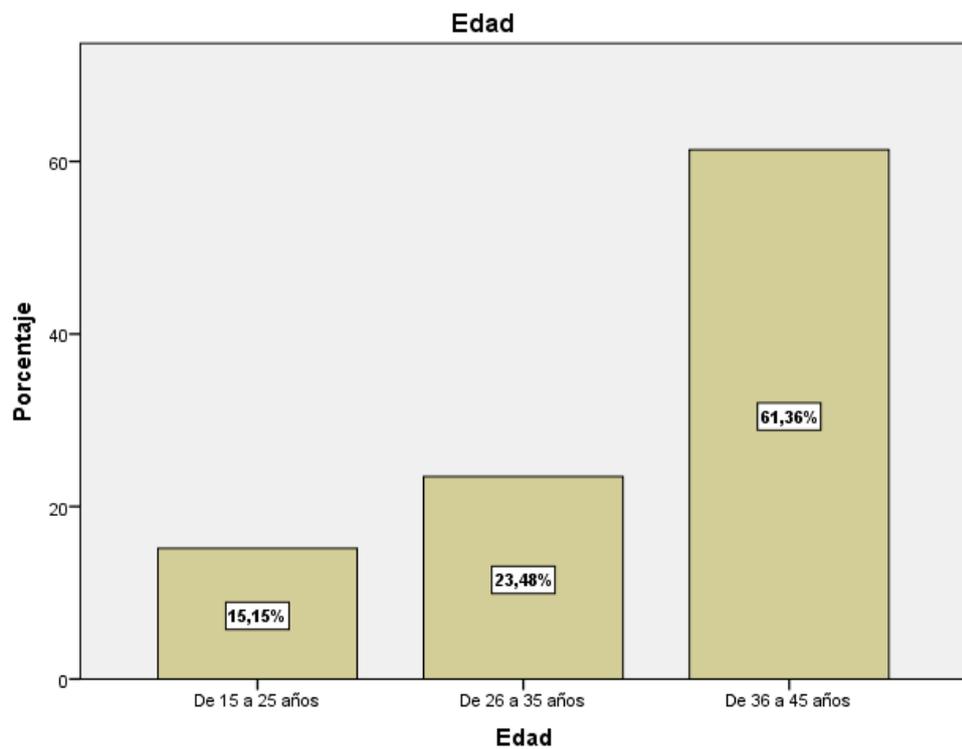
CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos del estudio

Tabla 2:
Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 15 a 25 años	20	15,2	15,2	15,2
	De 26 a 35 años	31	23,5	23,5	38,6
	De 36 a 45 años	81	61,4	61,4	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

Figura 1:
Edad



Fuente propia del investigador

Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que el 61.4% de la muestra representa una edad de 36 a 45 años, en tanto que el 23.5% representan un rango de edad que fluctúa entre los 26 y 35 años, en tanto que solo el 15.2% restante representan edades entre los 15 y 25 años respectivamente.

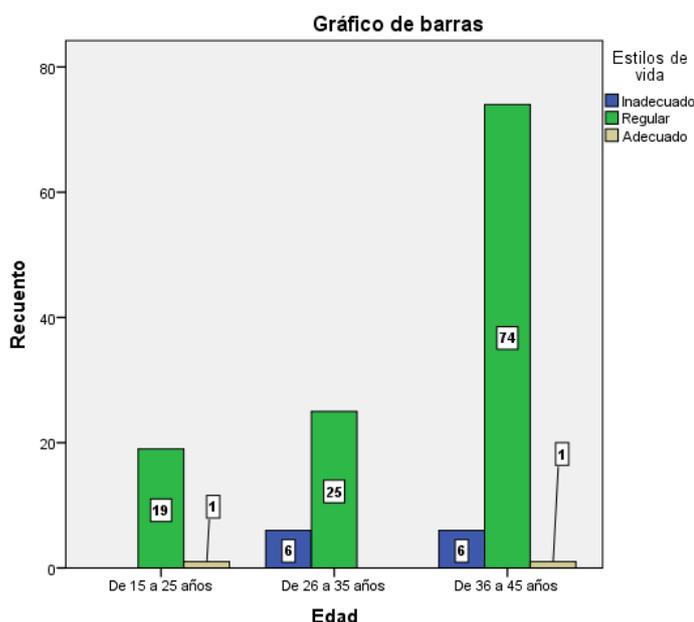
Tabla3:

Edad*Estilos de vida tabulación cruzada

Edad			Estilos de vida			Total
			Inadecuado	Regular	Adecuado	
De 15 a 25 años	Recuento		0	19	1	20
	% del total		0,0%	14,4%	0,8%	15,2%
De 26 a 35 años	Recuento		6	25	0	31
	% del total		4,5%	18,9%	0,0%	23,5%
De 36 a 45 años	Recuento		6	74	1	81
	% del total		4,5%	56,1%	0,8%	61,4%
Total	Recuento		12	118	2	132
	% del total		9,1%	89,4%	1,5%	100,0%

Figura 2:

Edad*Estilos de vida tabulación cruzada



Fuente propia del investigador

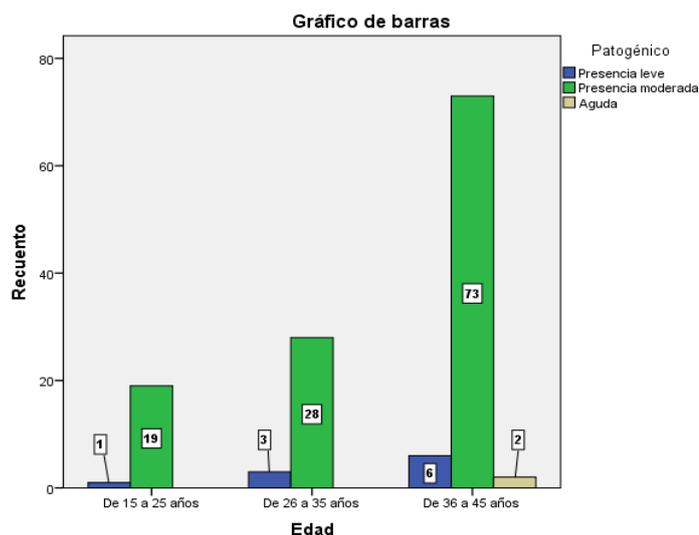
Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que en primer lugar sobre aquellas mujeres que representan el 61.4% que tienen entre 36 a 45 años, en tanto que el 56.1% mantienen un estilo de vida regular, seguida de un 4.5% de estas mujeres tienen un estilo de vida de inadecuado, en tanto que solo el 0.8% restante tiene un estilo de vida adecuado, asimismo, el 23.5% de los que tienen entre 26 a 35 años, mantienen un estilo de vida regular en un 18.9% y un 4.5% tienen un estilo de vida inadecuado; por último de los 15.2% que representan las mujeres que tienen entre 15 y 25 años, mantienen un estilo de vida regular en un 14.4%, con una tendencia de 0.8% a ser un estilo adecuado.

Tabla 4:
Edad*Patogénico tabulación cruzada

			Patogénico			Total
			Presencia leve	Presencia moderada	Aguda	
Edad	De 15 a 25 años	Recuento	1	19	0	20
		% del total	0,8%	14,4%	0,0%	15,2%
	De 26 a 35 años	Recuento	3	28	0	31
		% del total	2,3%	21,2%	0,0%	23,5%
	De 36 a 45 años	Recuento	6	73	2	81
		% del total	4,5%	55,3%	1,5%	61,4%
Total		Recuento	10	120	2	132
		% del total	7,6%	90,9%	1,5%	100,0%

Figura 3:
Edad*Patogénico tabulación cruzada



Fuente propia del investigador

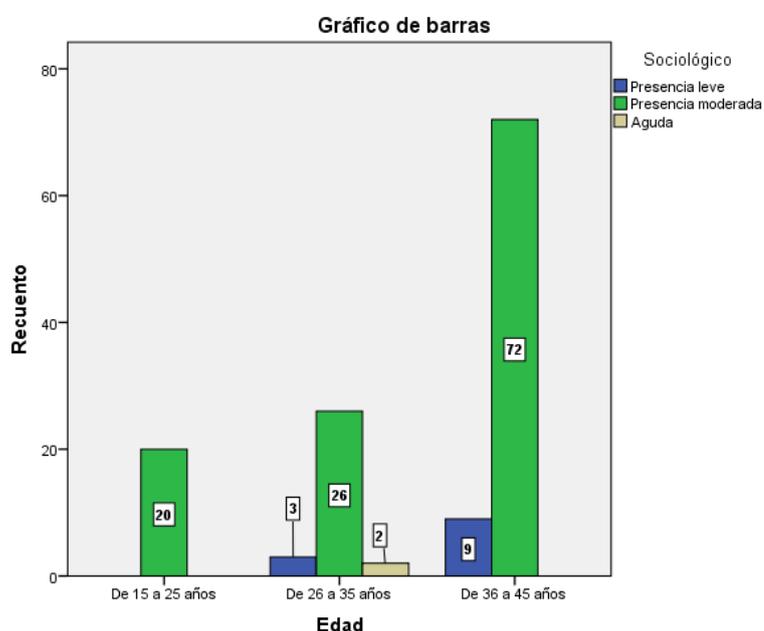
Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que dentro del 61.4% de las mujeres que tienen entre 36 a 45 años, el 55.3% presentan un índice moderado del patógeno, con una tendencia de 4.5% a ser leve dicha presencia, en tanto que del 23.5% de quienes tienen entre 26 y 35 años, el 21.2% presentan de manera moderada el patógeno analizado, asimismo del 15.2% de quienes tienen entre 15 y 25 años, en un 14.4% presentan de manera leve dicho patógeno, seguida de un 0.8% de quienes presentan dicho patógeno de manera leve.

Tabla 5:
Edad*Socioeconómico tabulación cruzada

		Socioeconómico			Total	
		Presencia leve	Presencia moderada	Aguda		
Edad	De 15 a 25 años	Recuento	0	20	0	20
		% del total	0,0%	15,2%	0,0%	15,2%
	De 26 a 35 años	Recuento	3	26	2	31
		% del total	2,3%	19,7%	1,5%	23,5%
	De 36 a 45 años	Recuento	9	72	0	81
		% del total	6,8%	54,5%	0,0%	61,4%
Total		Recuento	12	118	2	132
		% del total	9,1%	89,4%	1,5%	100,0%

Figura 4:
Edad*Socioeconómico tabulación cruzada



Fuente propia del investigador

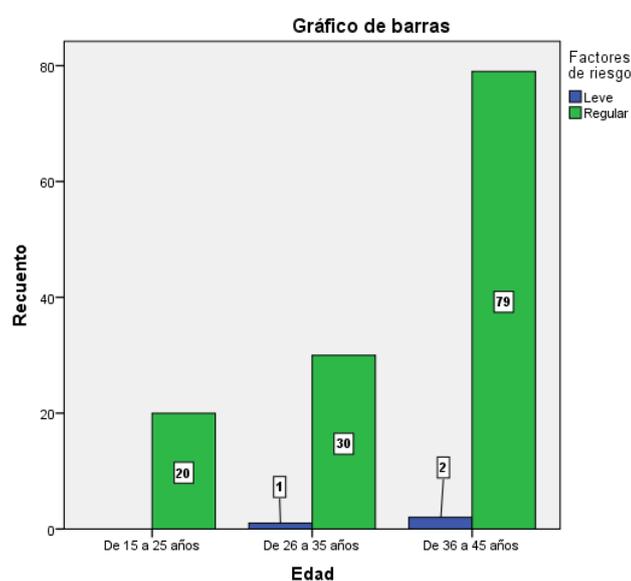
Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que dentro del 61.4% de mujeres entre 36 a 45 años, el 54.5% tienen una presencia moderada de los factores socioeconómicos, seguida de un 6.8% que presentan dicho factor de manera leve; asimismo de los 23.5% de quienes tienen entre 26 a 35 años, existe un 19.7% de quienes tienen una presencia leve del factor socioeconómico, por último de los 15.2% de mujeres que tienen entre 15 a 25 años, existe un 15.2% que presentan dicho factor de manera moderada.

Tabla 6:
Edad*Factores de riesgo tabulación cruzada

	Edad		Factores de riesgo		Total
			Leve	Regular	
Edad	De 15 a 25 años	Recuento	0	20	20
		% del total	0,0%	15,2%	15,2%
	De 26 a 35 años	Recuento	1	30	31
		% del total	0,8%	22,7%	23,5%
	De 36 a 45 años	Recuento	2	79	81
		% del total	1,5%	59,8%	61,4%
Total		Recuento	3	129	132
		% del total	2,3%	97,7%	100,0%

Figura 5:
Edad*Factores de riesgo tabulación cruzada



Fuente propia del investigador

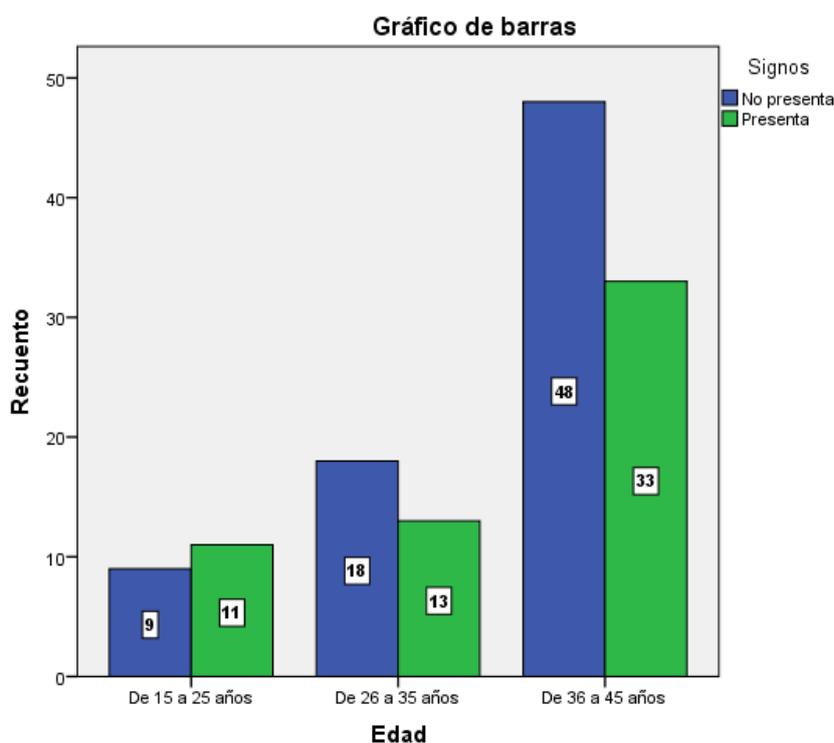
Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que dentro del 61.4 de mujeres que tienen entre 36 a 45 años, el 59.8% presentan de manera regular los factores de riesgo analizados, en tanto que de los 23.5% de quienes tienen entre 26 a 35 años, podemos observar que el 22.7% presentan de manera regular dichos factores de riesgo, por último de los 15.2% de los que tienen entre 15 a 25 años, el integro de ellas presentan de manera regular dichos factores de riesgo.

Tabla 7:
Edad*Signos tabulación cruzada

Edad		Signos		Total
		No presenta	Presenta	
De 15 a 25 años	Recuento	9	11	20
	% del total	6,8%	8,3%	15,2%
De 26 a 35 años	Recuento	18	13	31
	% del total	13,6%	9,8%	23,5%
De 36 a 45 años	Recuento	48	33	81
	% del total	36,4%	25,0%	61,4%
Total	Recuento	75	57	132
	% del total	56,8%	43,2%	100,0%

Figura 6:
Edad*Signos tabulación cruzada



Fuente propia del investigador

Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que dentro del 61.4% de mujeres que tienen entre 36 a 45 años, de los cuales el 36.4% no presentan signos de cáncer de cuello uterino, en tanto que solo el 25.0% si presentan dichos signos, en relación al 23.5% de quienes tienen entre 26 a 35 años, el 9.8% de ellas muestra o presenta signos de cáncer de cuello uterino, en tanto que de los 15.2% de quienes tienen entre 15 a 25 años el 8.3% presentan dichos signos.

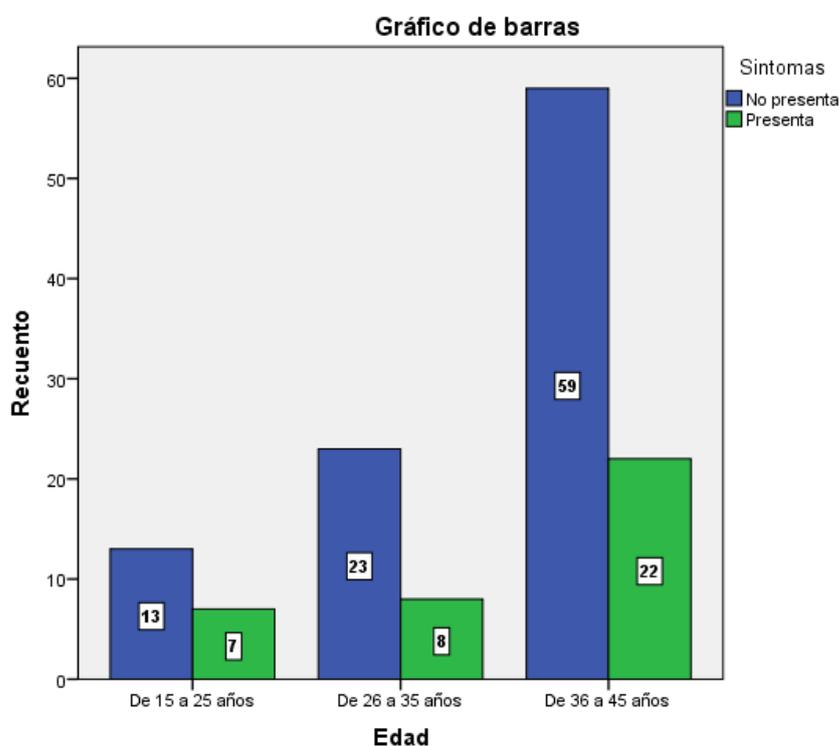
Tabla 8:

Edad*Síntomas tabulación cruzada

	Edad		Síntomas		Total
			No presenta	Presenta	
Edad	De 15 a 25 años	Recuento	13	7	20
		% del total	9,8%	5,3%	15,2%
	De 26 a 35 años	Recuento	23	8	31
		% del total	17,4%	6,1%	23,5%
	De 36 a 45 años	Recuento	59	22	81
		% del total	44,7%	16,7%	61,4%
Total		Recuento	95	37	132
		% del total	72,0%	28,0%	100,0%

Figura 7:

Edad*Síntomas tabulación cruzada



Fuente propia del investigador

Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que dentro del 61.4% de mujeres que tiene entre 36 a 45 años, el 44.7% no presenta dichos síntomas, sin embargo el 16.7% si presenta, en tanto que de los 23.5% de quienes tienen entre 26 a 35 años, el 6.1% presentan dichos síntomas y de los 15.2% de mujeres que tienen entre 15 y 25 años, el 5.3% si presenta dichos síntomas, haciendo un total de 28.0% de la muestra que presentan dichos síntomas.

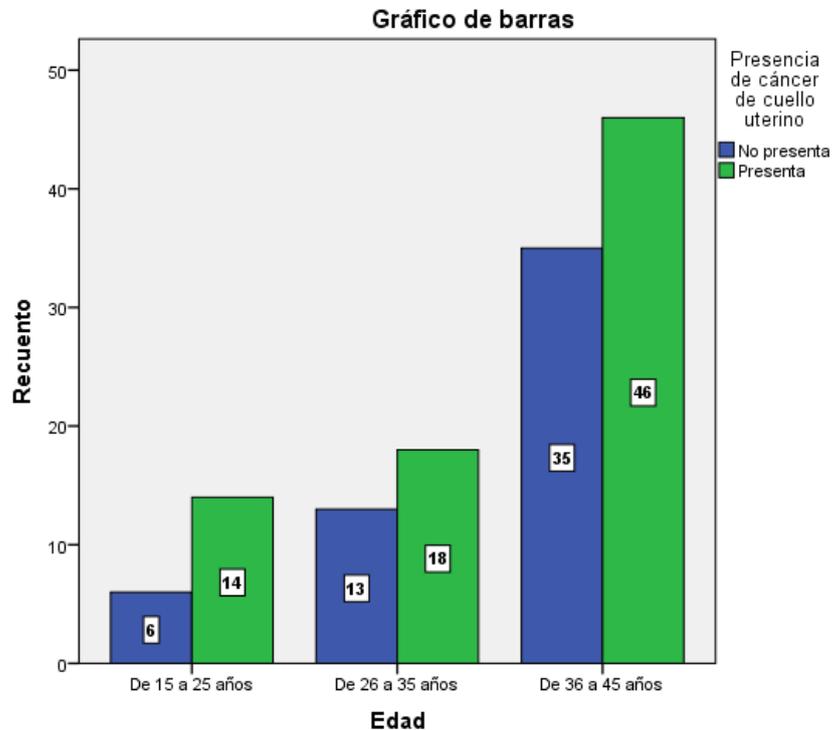
Tabla 9:

*Edad*Presencia de cáncer de cuello uterino tabulación cruzada*

		Presencia de cáncer de cuello uterino		Total	
		No presenta	Presenta		
Edad	De 15 a 25 años	Recuento	6	14	20
		% del total	4,5%	10,6%	15,2%
	De 26 a 35 años	Recuento	13	18	31
		% del total	9,8%	13,6%	23,5%
	De 36 a 45 años	Recuento	35	46	81
		% del total	26,5%	34,8%	61,4%
Total		Recuento	54	78	132
		% del total	40,9%	59,1%	100,0%

Figura 8:

*Edad*Presencia de cáncer de cuello uterino tabulación cruzada*



Fuente propia del investigador

Análisis e interpretación de datos

En el gráfico se observa que dentro del 61.4% de mujeres que tienen edades entre 36 a 45 años, el 34.8% de ellos presenta cáncer de cuello, asimismo de los 23.5% de mujeres que tienen entre 26 y 35 años, el 13.6% presenta cáncer, y por último de los 15.2% de la muestra que tienen edades entre 15 a 25 años, el 10.6% de ellos tienen o presentan cáncer de cuello uterino.

5.2 Análisis correlativo por hipótesis

Hipótesis General

1º Planteamiento de hipótesis:

H⁰: No existe una relación significativa entre Los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H^a: Existe una relación significativa entre los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

R de R - Pearson

Dónde:

En términos generales diremos que:

Dónde:

n: Indicador descriptivo del R de Pearson primer indicador

m: Indicador descriptivo del R de Pearson segundo indicador

S1 = Varianza-Variable 1

S2 = Varianza- Variable 2

X = Media-Var. 1

Y = Media- Var. 2

Región de Rechazo

La Región de Rechazo es $T = t_x$

Donde tx es tal que:

$$P[T > T_x] = 0.05$$

Donde tx= Valor Tabular

Luego RR: $t > t_x$

4° Comparar

Para n-1 grados de libertad

Desv. Tip. H^0

Desv. Tip. H^a

5. Resultados:

Tabla 10 -

Análisis de Correlación R de Pearson (Factores de riesgo & Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

	Factores de riesgo	Presencia de Cáncer de Cuello Uterino
Comparación de R - Pearson	1	,983
Sig. (bilateral)		,017
Suma de cuadrados y productos cruzados	2,000	-1,000
Covarianza	,034	,026
N	132	132

* *La Comparaciones significativa al nivel 0,05 (unilateral).*

Tabla 11 -

Perfil de análisis de medidas de tendencia central (Factores de riesgo & Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

Estadísticos para una muestra - Calidad lectora oral y Atención segundo				
	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
Factores de riesgo	132	43,1052	,21459	,03393
Presencia de Cáncer de Cuello Uterino	132	63,2988	,47607	,04365

Fuente: datax.sav

6. Conclusión:

De la aplicación del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,983 ptos., es decir 98.3%, con un índice de libertad de ,017 o 1,7%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que “Existe una relación significativa entre los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018”, validándola.

Hipótesis Específica 1

1º Planteamiento de hipótesis:

H^{e01}: No existe una relación significativa entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H^{ea1}: Existe una relación significativa entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

R de Pearson

En términos generales diremos que:

Dónde:

n: Indicador descriptivo del R de Pearson primer indicador

m: Indicador descriptivo del R de Pearson segundo indicador

S1 = Varianza-Variable 1

S2 = Varianza- Variable 2

X = Media-Var. 1

Y = Media- Var. 2

Región de Rechazo

La Región de Rechazo es $T = t_x$

Donde t_x es tal que:

$$P[T > T_x] = 0.05$$

Donde $t_x =$ Valor Tabular

Luego RR: $t > t_x$

4° Comparar

Para $n-1$ grados de libertad

Desv. Tip. H^0

Desv. Tip. H^a

5. Resultados:

Tabla 12 -

Perfil correlativo de R de Pearson; (Estilos de Vida & Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

	Estilos de Vida	Presencia de Cáncer de Cuello Uterino
Comparación de R - Pearson	1	,967*
Sig. (bilateral)		,033
Suma de cuadrados y productos cruzados	,975	,025
Covarianza	,025	,026
N	132	132

* *La Comparaciones significativas al nivel 0,05 (unilateral).*

Tabla 13 -

Perfil de análisis de medidas de tendencia central (Estilos de Vida & Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Estilos de Vida	132	43,0212	,23234	,03675
Presencia de Cáncer de Cuello Uterino	132	64,2988	,27607	,04365

Fuente: *datax.sav*

6. Conclusión:

De la aplicación del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,967, es decir 96.7%, con un índice de libertad de ,033 o 3,3%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que “Existe una relación significativa entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018”, validándola.

Hipótesis Específica 2

1º PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

H^{e02}: No existe una relación significativa entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H^{e2}: Existe una relación significativa entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

R de R - Pearson

En términos generales diremos que:

Dónde:

n: Indicador descriptivo del R de Pearson primer indicador

m: Indicador descriptivo del R de Pearson segundo indicador

S1 = Varianza-Variable 1

S2 = Varianza- Variable 2

X = Media-Var. 1

Y = Media- Var. 2

Región de Rechazo

La Región de Rechazo es $T = t_x$

Donde t_x es tal que:

$$P[T > T_x] = 0.05$$

Donde t_x = Valor Tabular

Luego RR: $t > t_x$

4° Comparar

Para n-1 grados de libertad

Desv. Tip. H^0

Desv. Tip. H^a

5. Resultados:

Tabla 14 -
Perfil correlativo de R de Pearson; (Factor Patogénico & Presencia de
Cáncer de Cuello Uterino)

	Factor Patogénico	Presencia de Cáncer de Cuello Uterino
Comparación de R - Pearson	1	,977
Sig. (bilateral)		,023
Suma de cuadrados y productos cruzados	,775	,034
Covarianza	,045	,026
N	132	132

* Las comparaciones significativas al nivel 0,01 (unilateral).

Tabla 15 -
Perfil de análisis de medidas de tendencia central (Factor Patogénico &
Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor Patogénico	132	43,0212	,23234	,03675

Presencia de Cáncer de Cuello Uterino	132	65,2988	,27607	,04365
---------------------------------------	-----	---------	--------	--------

Fuente: datax.sav

6. Conclusión:

De la aplicación del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,977, es decir 97.7%, con un índice de libertad de ,023 o 2,3%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que la aplicación del programa “Existe una relación significativa entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018”, validándola.

Hipótesis Específica 3

1º Planteamiento de hipótesis:

H^{e03}: No existe una relación significativa entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

H^{e3}: Existe una relación significativa entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

R de R - Pearson

En términos generales diremos que:

Dónde:

n: Indicador descriptivo del R de Pearson primer indicador m:
Indicador descriptivo del R de Pearson segundo indicador

S1 = Varianza-Variable 1

S2 = Varianza- Variable 2

X = Media-Var. 1

Y = Media- Var. 2

Región de Rechazo

La Región de Rechazo es $T = t_x$

Donde t_x es tal que:

$P[T > T_x] = 0.05$

Donde $t_x =$ Valor Tabular

Luego RR: $t > t_x$

4° Comparar

Para n-1 grados de libertad

Desv. Tip. H^0

Desv. Tip. H^a

5. Resultados:

Tabla 16 -

Perfil correlativo de R de Pearson; (Factor Socioeconómico & Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

	Factor Socioeconómico	Presencia de Cáncer de Cuello Uterino
Comparación de R - Pearson	1	,977*
Sig. (bilateral)		,023
Suma de cuadrados y productos cruzados	,977	,025
Covarianza	,023	,026
N	132	132

* *La Comparaciones significativas al nivel 0,05 (unilateral).*

Tabla 17 -

Perfil de análisis de medidas de tendencia central (Factor Socioeconómico & Presencia de Cáncer de Cuello Uterino)

Estadísticos para una muestra - Velocidad lectora y Atención segundo				
	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media

Factor Socioeconómico	132	40,047	,474	,04475
Presencia de Cáncer de Cuello Uterino	132	61,6528	,147	,04865

Fuente: datax.sav

6. Conclusión:

De la aplicación del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,977, es decir 97.7%, con un índice de libertad de ,023 o 2,3%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que “Existe una relación significativa entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018”, validándola.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Discusión del estudio

Los resultados en nuestro estudio de validación de hipótesis, relacionado a nuestras correlaciones, nos permite discutir de la siguiente manera:

En primer lugar, sobre la hipótesis general, la cual calculada a través de la aplicación del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,983 ptos., es decir 98.3%, con un índice de libertad de ,017 o 1,7%, nos permite aseverar que existe una relación significativa entre los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018; en tal sentido, según (López S. Janeiro C. y Rodríguez:2015), quien en su estudio de grado sostiene que el nivel de conocimiento de cáncer Cervicouterino se relaciona de manera significativa con la exposición a dos o más compañeros sexuales y a la nutrición insuficiente de alimentos vegetales en beneficiarias atendidas.

En lo relacionado a nuestra primera de las hipótesis específicas, la cual a través del cálculo del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,967, es decir 96.7%, con un índice de libertad de ,033 o 3,3%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que “Existe una relación significativa entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018”,

asimismo, según (Salazar Rodríguez Susan:2016), manifiesta que el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical se relaciona de manera significativa con la exposición a dos o más compañeros sexuales y a la nutrición deficiente de alimentos vegetales.

En lo que respecta a la segunda de las hipótesis específicas, como resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Pearson el resultado de Comparación se muestra con un índice de 0,977, es decir 97.7%, con un índice de libertad de ,023 o 2,3%, lo cual sugiere que Existe una relación significativa entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018, para lo cual según (Hernández Z. y Cols : 2016), manifiesta que predominaron los factores de riesgo, hábitos tóxicos como tabaquismo; infecciones vaginales, práctica de abortos y dispareunia, el diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre la misma.

En relación a la tercera hipótesis específicas, la prueba R de Pearson arrojan un resultado de correlación que muestra con un índice de 0,977, es decir 97.7%, con un índice de libertad de ,023 o 2,3%, por lo cual mencionaremos que existe una relación significativa entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018; para tal caso, según (Parada A., Eduvigis B.: 2014), sostiene que los servicios que ofrece la institución y la Educación a la mujer sobre la toma de Papanicolaou, para detección precoz de lesiones cervico uterinas; en otras palabras el comportamiento que la mujer tiene hacia la salud está influenciada por los patrones sociales y culturales

6.2 Conclusiones

Como resultado de la evaluación de nuestro estudio, podemos concluir los siguientes puntos, los cuales se relacionan a los objetivos establecidos:

En primer lugar, sobre el objetivo general, el cual pide determinar la relación que existe entre los Factores de riesgo y presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018, podemos mencionar que dicha relación se sitúa en un 34.8%, lo cual sugiere a su vez un índice de correlación elevado de dicha presencia de cáncer, asimismo el 13.6% de mujeres que tienen entre 26 y 35 años presenta cáncer de cuello uterino; alcanzando a su vez de manera general un índice de relación del 98.3% respectivamente.

En cuanto al primero de los objetivos específicos, el cual pide determinar la relación que existe entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018; este define que el 56.1% mantienen un estilo de vida regular, con un índice de relación de 0,967, es decir 96.7%, con un índice de libertad de ,033 o 3,3%, determinando una relación significativa entre estos dos tipos de indicadores los estilos de vida y la presencia de cáncer de cuello uterino.

En cuanto a la segunda de los objetivos específicos, el cual pide determinar la relación que existe el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018, del 61.4% de las mujeres que tienen entre 36 a 45 años, el 55.3% presentan un índice moderado del patógeno, por lo que el índice de relación se sitúa en un índice de 0,977, es decir 97.7%, con un índice de libertad de ,023 o 2,3%, determinando un nivel altamente significativo entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino.

En cuanto a la tercera de los objetivos específicos, el cual pide determinar la relación que existe entre el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte, 2018, esta dimensión alcanza un nivel del 59.5% tienen una presencia moderada de los factores Socioeconómicos, asimismo el índice de relación se sitúa en un nivel de un índice de 0,977, es decir 97.7%, con un índice de libertad de ,023 o 2,3%, con lo que validamos nuestro supuesto que relaciona el Factor Socioeconómico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino.

6.3 Recomendaciones

En tal sentido podemos sugerir los siguientes puntos:

Recomendación 1

En cuanto a los Factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino, se recomienda a todo el personal de salud realizar actividades preventivo – promocionales sobre el cáncer cervicouterino, de manera sistematizada, con instrumentos adecuados, mensajes claros y materiales de apoyo, manejados también por la enfermera y el personal de salud en conjunto, adecuándolas a las circunstancias y aspectos personales de las usuarias del Hospital Vitarte.

Recomendación 2

En relación a la relación entre el Factor Estilos de Vida y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, los departamentos de gineco-obstetricia, obstetricia y enfermería deben fortalecer el rol de preventivo promocional en la detección de lesiones del cuello uterino, y en implementar estrategias de captación de mujeres que presenten factores de riesgo relacionadas a los estilos de vida; por lo tanto se recomienda realizar un planeamiento estratégico de extensión de información

enfocado en mejora de estilo de vida relacionado a los factores estudiados.

Recomendación 3

En lo que se refiere a la relación entre el Factor Patogénico y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino, a su vez desarrollar investigaciones de mayor trascendencia utilizando estos factores para validar la relación de riesgo con cáncer Cervicouterino y eventualmente, y a futuro plantear programas de intervención que modifiquen estos factores. Por lo tanto con respecto a este punto, es determinante reforzar las medidas tanto terapéuticas como profilácticas para reducir el factor patogénico, como por ejemplo diagnóstico prematuro, charlas educativas, visitas domiciliarias, el establecimiento de un calendario de vacunación contra virus del papiloma humano en niñas y adolescentes (9-13 años 11 meses y 29 días) del 5to grado de primaria regular de instituciones educativas públicas y privadas; niñas del mismo rango de edad que por alguna razón no estén estudiando, todo esto como función de la Enfermera y la Obstetrix en promover la salud y reducir la tasa de contagio (nuevos casos).

Recomendación 4

En relación en cuanto al Factor Socioeconómico y presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, podemos sugerir que se debe realizar mayor estudio respecto a los conocimientos, actitudes, creencias y otros métodos para detectar el cáncer de cuello uterino; también la realización de intervenciones acordes a las necesidades particulares de las mujeres que se atienden en la Institución; por lo tanto respecto a este punto, es trabajo de la Enfermera tomar medidas que ayuden a promover la concientización, consejería y se logre tomar importancia sobre estos indicadores para mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Cancer Society. ¿Qué indican las estadísticas clave sobre el cáncer de cuello uterino? USA; 2017. www.cancer.org/es/cancer
2. Restrepo, H., Gonzales J., Roberts, E. y Litvak, J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en america latina y el caribe. Panama. 1987.
3. Liga contra el Cáncer. www.noticias.universia.edu.pe
4. www.repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/831
5. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino (resolución ministerial n° 1013-2016)
6. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°510-2013/MINSA. 15-08-2013.Perú.
7. www.bbc.com/mundo/noticias/2014/08
8. Alonso de Ruiz P., Lazcano E. y Hernández M. Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, Prevención y Control. 2° Edición. Editorial Panamericana. México. 2005.
9. Huerta E. Confrontando el cáncer. Guía para pacientes y familiares. Publicado por The Penguin Group. New York. 2014.
- 10.OMS. Cáncer. El tabaco es una amenaza para todos. www.who.int/topics/cancer/es/
- 11.De la Torre I. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. Editorial Vértice S.L. España. 2008.
- 12.Guzmán S. y Cedillo F. Fundamentos para el ejercicio de la medicina. Guía para examen de residencias médicas. 3° impresión. Editorial Manual Moderno. México. 2012.
- 13.De Cherney A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11° Edición. Editorial Lange Medical Book. Mc Graw Hill México. 2014.
- 14.Botella J. El útero. Fisiología y Patología. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1997.

15. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino (resolución ministerial n° 1013-2016)
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es
17. Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Segunda edición. 2015.
18. Arévalo A. B., Arévalo D., Villarroel C. Cáncer de Cuello Uterino. Revista Médica La Paz. 2017.
19. American Cancer Society. Cancer de Cuello Uterino. 2013.
20. González J., Márquez V., López M. Educación y salud en una sociedad globalizada. Universidad de Almería. España. 2015.
21. Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas. Guía de práctica clínica de Cáncer de Cuello Uterino. Perú. 2013.
22. González J., Márquez V., López M. Educación y salud en una sociedad globalizada. Universidad de Almería. España. 2015.
23. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino. 2017.
24. Matronas del Servicio Gallego de Salud. Temario Volumen II. 1° Edición. Editorial MAD. España. 2007.
25. Bajo J., Laila J., Xercavins J. Fundamentos de Ginecología. Edición Médica Panamericana. España. 2009.
26. Matronas del Servicio Gallego de Salud. Temario Volumen II. 1° Edición. Editorial MAD. España. 2007.
27. Martínez R. y Medina E. Fundamentos de Oncología. Universidad Autónoma de México. México. 2009.
28. Díaz-Rubio E. Y García Conde J. Oncología clínica básica. Editorial ARÁN. España. 2001.
29. Matronas del Servicio Gallego de Salud. Temario Volumen II. 1° Edición. Editorial MAD. España. 2007.

30. Granados Martin, Arrieta Oscar y Cantú de León David. Oncología y Cirugía, Bases y principios. Editorial Manuel Moderno. Biblioteca Nacional de México, México D.F. 2012.
31. OPS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Segunda Edición. 2016.
32. www.enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com. 2009.
33. Conde Félix, Alicia (2014) tesis factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil hospital maría auxiliadora Julio- Agosto, 2013- LIMA – PERÚ 2014 UPSMP.
34. Salazar Rodríguez Susan Tesis:” Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016 – Perú 2016- UNMSM .
35. López S. Janeiro C. y Rodríguez L. UNAP. Tesis factores de riesgo y cáncer Cervicouterino en pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico el Hospital Apoyo Iquitos, 2015- para optar el título profesional de licenciada(o) en enfermería. UNAM. Perú.
36. Bonilla Tello K. y Montalvo de la Torre Y. (2015). "factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2008 - 2012", Universidad Nacional "Santiago Antúnez de Mayolo "Huaraz-Perú 2015.
37. Isla Rojas, Carla Andrea. Solar Pachas, María Teresa. Efecto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las adolescentes de una institución educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino. [Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Afiliada a la URP] Perú.
38. Hernandez Z. y cols .Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Revista Cubana de Enfermería. Biblioteca virtual de la salud. Editorial de Ciencias Médicas. Vol.2 N°02-2016. Artículo original.
39. Bou Y y cols. Investigación Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Capacitación en adolescentes de un Policlínico Universitario.

Revista de Información Científica de Enfermería. Cuba. Volumen 92. N°4 (2015) 2015. ARTÍCULO ORIGINAL

40. Parada A., Eduvigis B. Factores sociales y culturales que influyen en la asistencia al proceso de atención en mujeres que consultan por lesiones cervico-uterinas entre las edades de 20 y 50 años del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, Octubres 2013 a Abril 2014. Universidad de el Salvador. San Salvador. 2014.
41. Hernández R. Solís M. Gálvez G. Ríos J. Gómez Y. Quezada D. Citología exfoliativa y biopsia en cavidad bucal. Editor UNAM. México. 2000.
42. Shree Oshlho. ¿Cómo Prevenir o Curar el CÁNCER?. EE.UU 2014.
43. Santamaría I. Los diccionarios especializados. Editor Liceus-Servicios de Gestión. España 2006.
44. Lewis Sh. Heitkemper M. Ruff Sh. Bucher L. Tratado de Enfermería. Médico-Cirúrgica. Editorial Elsevier. Brasil. 2013.
45. Granados M. Arrieta O. Cantú de León D. Oncología y Cirugía. Bases y principios. 2012.
46. Huanca G. Más allá de la eternidad y el infinito. El principio y el fin de lo existencial. España 2011.
47. Ross M. Pawlina W. Histología. Texto y Atlas Color con Biología Celular y Molecular. Buenos Aires 2008.
48. Orengo J. Fundamentos de biología molecular. Barcelona 2013.
49. Bajo J., Laila J., Xercavins J. Fundamentos de Ginecología. Edición Médica Panamericana. España 2009.
50. Heredia R. Ramirez M. Guía sobre salud y población. Colombia 2002.
51. Martínez W. Estadística descriptiva con énfasis en Salud Pública.
52. López F. Expósito A. Atención y gestión sanitaria. España. Editorial ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.). 2016.
53. Rozman C. Cardellach F. Farreras R. Medicina Interna. España. 2016.
54. Martínez J. Nociones de Salud Pública. Ediciones Díaz de Santos. España. 2013.
55. Herazo B. Clínica del sano en odontología. Bogotá 2012.

56. Hernández N. Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Editorial Libros en Red. México. 2007.
57. Huerta E. Confrontando El Cancer: Una Guia Complete Para Pacientes Y Sus Familiares. Editor Penguin. EE.UU. 2014.
58. Álvarez M. La familia ante la enfermedad. Editor Universidad Pontifica Comillas. España. 2010.
59. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Diccionario de Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>
60. World Health Organization y Organización Mundial de la Salud. Control Integral Del Cáncer Cervicouterino - Guía de prácticas esenciales. Suiza. 2007.
61. Huertas M., Rojo J. Manual de histeroscopia diagnóstica y quirúrgica. Editorial Glosa. Barcelona. 2008.
62. American College of sports. Medicine Manual de Consulta para el control y la Prescripción de Ejercicio. 2008.
63. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Diccionario de Cáncer. www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario
64. Lora de, P., Gascón M. Bioética: principios, desafíos, debates. Alianza. Madrid. 2009.
65. Nola Pender. www.teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com

ANEXOS

Anexo 1:
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018. DIRIGIDO A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Srtas. y Sras., cordialmente les saludo, mi nombre es Gian Oliver Cueva Olivera, soy bachiller en enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, de la facultad de Enfermería. En esta oportunidad estoy realizando una investigación que lleva como título: *“Factores de riesgo y Presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte, 2018”*. La significancia de este estudio es determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden a mencionado Hospital; todo en base a sus conocimientos básicos; quiere decir que nosotros queremos saber cuánto usted sabe acerca del tema mencionado. El siguiente cuestionario fue realizado por mi persona, que consta de 20 preguntas simples, la cual tomará aproximadamente 10 min en ser contestadas, y será de gran ayuda contar con su colaboración respondiendo a esta encuesta; ya que es con fines de investigación sin perjudicar su imagen y manteniéndolas en total anonimato.

Instrucciones: A continuación, se presentan preguntas sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino. Marque con un aspa (X) la respuesta que usted crea correcta:

N°.....
Fecha:.....

Datos generales:

Edad.....

1. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino:
 - a) Inicio de relaciones sexuales de 11 a 17 años
 - b) Inicio de relaciones sexuales de 18 a 24 años
 - c) Inicio de relaciones sexuales de 25 a 31 años

2. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino tener:
 - a) De 1 a 2 parejas sexuales
 - b) De 3 a 4 parejas sexuales
 - c) De 4 a más parejas sexuales

3. Es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino:
 - a) Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios

- b) Fumar de 5 a 10 cigarrillos diarios
 - c) Fumar de 10 a más cigarrillos diarios
4. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino tener:
- a) Tener de 1 a 2 hijos
 - b) Tener de 3 a 4 hijos
 - c) Tener de 4 a más hijos
5. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino:
- a) Diabetes mellitus
 - b) Virus del Papiloma Humano
 - c) Hipertensión arterial
6. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino:
- a) Virus del Herpes simplex
 - b) Virus del Herpes Genital
 - c) Virus del Herpes Zoster
7. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino haber sufrido:
- a) Hepatitis B
 - b) Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana
 - c) Infección por el virus de la Influenza
8. ¿Considera usted que la raza es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
9. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino tener:
- a) Nivel socioeconómico Alto
 - b) Nivel socioeconómico Bajo
 - c) Nivel socioeconómico Medio
10. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino
- a) Consumo de anticonceptivos orales de 1 a 2 años
 - b) Consumo de anticonceptivos orales de 3 a 4 años
 - c) Consumo de anticonceptivos orales de 5 a más
11. ¿Cree usted que la edad puede influir en la aparición del cáncer de cuello uterino?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
12. ¿Cree usted que el sangrado vaginal anormal es un signo del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

13. ¿Cree usted que la Leucorrea (secreción o flujo vaginal abundante) es un signo del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

14. ¿Considera usted que la anemia es un signo del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

15. ¿Considera usted que la pérdida de peso, es un signo del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

16. ¿Cree usted que el dolor después del coito o relación sexual es un síntoma del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

17. ¿Considera usted que la sensación de irritación vaginal después del coito o relación sexual es un síntoma del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

18. ¿Cree usted que la sensación de plenitud vaginal o pesadez u ocupación vaginal, es un síntoma del cáncer de cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

19. El cáncer del cuello uterino se define como:

- a) Una enfermedad benigna que no tiene síntomas
- b) Es una enfermedad maligna que se instala en el cuello uterino
- c) No sabe

20. El factor de riesgo de cuello uterino se define como

- a) Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- b) Causa que produce una lesión o enfermedad.

c) Consecuencia de una falta de prevención en enfermedades o lesiones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Bach. Gian Oliver Cueva Olivera. He recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Firma del Participante

Fecha:

Lima, Ate Vitarte.
18 de diciembre del 2017.

Señor:
Dr. Pablo Córdova Ticse.
Director del Hospital Nacional Vitarte.

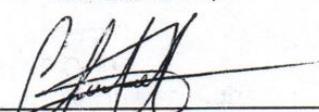
Distinguido Dr:

Yo Gian Oliver Cueva Olivera, Bachiller de la carrera de Lic. En Enfermería, con DNI 47487294, con residencia en Calle Pampas Mz. A lote 5 – Urb. Los Jazmines del Naranjal, distrito de Los Olivos.

Cortésmente, Solicito me conceda el acceso a la información pública (sólo datos estadísticos); ya que me encuentro realizando una Investigación (tesis) de tipo Relacional sobre "Factores de riesgo y Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Nacional Vitarte en el año 2017", y para mí sería un gran honor poder completar mi investigación en este distinguido Hospital.

Agradezco su cordial respuesta y consideración, bendiciones.

Atentamente,


Gian Oliver Cueva Olivera
47487294



Anexos:

- SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.
- COPIA DE DNI.

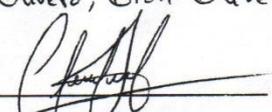
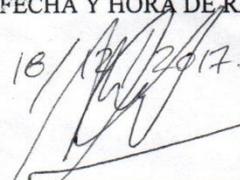
 PERÚ Ministerio de Salud Hospital Vitarte "Año del Buen servicio al Ciudadano"	SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (Texto Único ordenado de la ley n° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM)	N° DE REGISTRO
		FORMULARIO

I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN
DR. PABLO SAMUEL CORDOVA TICSE

II. DATOS DEL SOLICITANTE:			
APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI / L.M/C.E/ RUC/ OTRO	
CUEVA OLIVERA, GIAN OLIVER		47487294	
DOMICILIO			
AV/CALLE/JR/PSJ.	N°/DPTO/INT	DISTRITO	URBANIZACIÓN
CALLE PAMPAS	M A 6te 5	LOS OLIVOS	LOS JAZMINES DEL NARANJAL
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
LIMA	LIMA	oliver21_12@hotmail.com	01 523 81 20 9744 80567

III. INFORMACIÓN SOLICITADA:
Acceso a información pública (datos estadísticos), sobre mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino.

IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN
Dpto. de Referencia con el Dr. Omar

V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (marcar con una X)				
COPIA SIMPLE	CD	CORREO ELECTRONICO	OTRO	<input checked="" type="checkbox"/>
APELLIDOS Y NOMBRES Cueva Olivera, Gian Oliver.		FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN		
FIRMA 		18/12/2017. 		



PERU

Ministerio
de Salud

Hospital
Vitarte

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INFORME N° 496-2017-UEI/HV

A : Lic. Beatriz Espinoza Vidal
Coordinadora del Área de Comunicaciones

ASUNTO : Información estadística solicitada

REFERENCIA : Informe N° 466-2017-COORD. COMUNICACIONES RRPP E IMAGEN INSTITUCIONAL - HV

FECHA : Vitarte, 21 de diciembre del 2017

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle y a su vez hacer llegar la información solicitada, por el Sr. Gian Oliver Cueva Olivera, sobre los "Factores de riesgo y Cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Vitarte del 2017". Para la investigación de su tesis que realiza.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y ENCUESTAS
ING. HECTOR ESCOBAR GARCÍA
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA Y ENCUESTAS



Cc
HVG/pt

C. Central Km. 7.500 – Telef. 351-4484 / 351-3911 Telefax. 351-4420
E-mail: hospitalvitarte@hospitalvitarte.gob.pe



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Vitarte

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Vitarte, 22 de diciembre del 2017

CARTA N° 020-2017/SAIP-HV

Sr. Gian Oliver Cueva Olivera
Calle Pampas Mz A Lote 5 Los Olivos
Oliver21_12@hotmail.com

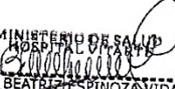
Presente.-

Ref: Solicitud SAIP N°17-000020

Me dirijo a usted, en atención al documento de la referencia, para manifestarle que en mérito a mi condición de responsable para brindar información respecto a lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y estando dentro del plazo que establece el Art. 11° inciso b) de la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, luego de haber solicitado al órgano competente la información requerida, remitimos a su correo oliver21_12@hotmail.com lo solicitado; dicha información que consta de 02 folios .

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE VITARTE

LIC. BEATRIZ ESPINOZA VIDAL
RESPONSABLE DEL ÁREA DE TRANSPARENCIA
Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

www.hospitalvitarte.gob.pe

Av. Nicolás Ayllón 5880
Ate-Vitarte 03, Perú
Telf: 3514484/3513911
Telefax: (01) 3514420

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
JUCIO DE EXPERTOS N° 01**

PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA DETERMINAR LOS “FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018.”

AUTOR: CUEVA OLIVERA, GIAN OLIVER

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

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
JUCIO DE EXPERTOS**

N°	Apellidos y nombres	Grado Académico	Especialidad	Cargo	Institución	Teléfono
1	AGUIAR CANO, DAVID	Magister	GINECO-OBSTETRA ONCOLOGO	JEFE PROG. PREVENCIÓN	HOSP. VITARTE	959931481

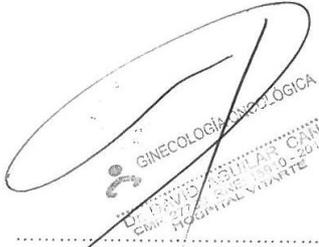
Después de revisado el instrumento, la opinión es la siguiente:

50% – 60% – 70% – 80% – 90% – 100%

- 1.- Se estima que con este instrumento se logrará el (100%) del objetivo propuesto
- 2.- Las preguntas están referidas al (90%) de los conceptos del tema
- 3.- Las interrogantes planteadas son suficientes al (100%) para lograr los objetivos
- 4.- Las preguntas del instrumento son de fácil comprensión al (100%)
- 5.- Las preguntas siguen una secuencia lógica al (90%)
- 6.- Con los instrumentos presentados se obtendrán datos similares en otras muestras al (100%)

Fecha: 11/04 / 2018

VALIDADO: (SI)
 (NO)


 Firma:
 Apellidos y nombres
 DNI N° 29591709
 Colegiatura N° 27730

UNIVERSIDAD "INCA GARCILASO DE LA VEGA"
SEGUNDA ESPECIALIDAD
NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante:
Del Campo Flores Sofia
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
Docente Investigadora U.T.B.V. 2da Especialidad
- 1.3 Nombre del instrumento a evaluar:
Exposición Faltas de Riego y presencia de Caneles de cuello Sterno en proporción de edad Fertil - Hospital Nacional Veterinario - 2018

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	X		X		
ÍTEM 2	X		X		
ÍTEM 3	X		X		
ÍTEM 4		X		X	<i>Considera bien multiplicidad</i>
ÍTEM 5	X		X		
ÍTEM 6	X		X		
ÍTEM 7	X		X		
ÍTEM 8		X		X	<i>Conexión roza - Dificiliar</i>
ÍTEM 9	X		X		
ÍTEM 10	X		X		
ÍTEM 11	X		X		
ÍTEM 12	X		X		
ÍTEM 13		X	X		<i>Conexión de pregunta. (Lectura)</i>
ÍTEM 14	X		X		
ÍTEM 15	X		X		
ÍTEM 16	X		X		
ÍTEM 17	X		X		
ÍTEM 18	X		X		
ÍTEM 19	X		X		
ÍTEM 20	X		X		

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 21					
ÍTEM 22					
ÍTEM 23					
ÍTEM 24					
ÍTEM 25					
ÍTEM 26					
ÍTEM 27					
ÍTEM 28					
ÍTEM 29					
ÍTEM 30					
ÍTEM 31					
ÍTEM 32					
ÍTEM 33					
ÍTEM 34					
ÍTEM 35					
ÍTEM 36					
ÍTEM 37					
ÍTEM 38					
ÍTEM 39					
ÍTEM 40					

Aportes y sugerencias:

Considerar las observaciones para la modificación.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lima, *D. de Julio* del 201*8*.


 INSTITUTO DEL CARPO FLOREZ
 N° 1911
 PATOLOGÍA
 Firma del informante
 DNI N° 08442934
 Telf. EsSalud 956956890

UNIVERSIDAD "INCA GARCILASO DE LA VEGA"

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

García Rosa

1.2 Cargo e institución donde labora:

Docente Oncología UIGV Segunda Especialidad

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

Cuestionario Factores de Riesgo y presencia de Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres de Edad Fértil, Hospital Nacional Utrarte, 2018.

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	X		X		
ÍTEM 2	X		X		
ÍTEM 3	X		X		
ÍTEM 4	X		X		
ÍTEM 5	X		X		
ÍTEM 6	X		X		
ÍTEM 7	X		X		
ÍTEM 8	X		X		
ÍTEM 9	X		X		
ÍTEM 10	X		X		
ÍTEM 11	X		X		
ÍTEM 12	X		X		
ÍTEM 13	X		X		
ÍTEM 14	X		X		
ÍTEM 15	X		X		
ÍTEM 16	X		X		
ÍTEM 17	X		X		
ÍTEM 18	X		X		
ÍTEM 19	X		X		
ÍTEM 20	X		X		

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 21					
ÍTEM 22					
ÍTEM 23					
ÍTEM 24					
ÍTEM 25					
ÍTEM 26					
ÍTEM 27					
ÍTEM 28					
ÍTEM 29					
ÍTEM 30					
ÍTEM 31					
ÍTEM 32					
ÍTEM 33					
ÍTEM 34					
ÍTEM 35					
ÍTEM 36					
ÍTEM 37					
ÍTEM 38					
ÍTEM 39					
ÍTEM 40					

Aportes y sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lima, 5 de Mayo del 2018


 Firma del informante
 DNI N° 0.914.2105.
 Telf: 7.8.98.8.2.175.

Anexo 2:
VALIDEZ: JUICIO DE EXPERTOS

Aplicación de la prueba de normalidad – Método – Cronbach.

Justificación:

La prueba es un análisis dicotómico aplicado a un pre muestra de 15 individuos, una batería de 20 ítems, las mismas que representan las dimensiones de la variable analizada (FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018), aplicado a empleados o empleadas encuestadas, de acuerdo a las características indicadas en la Unidad de Análisis., en donde se valoraran los ítems como se presentan a continuación:

- 1.
- 2.
- 3.

La calificación se hará a través de la escala de la siguiente manera:

Tabla 18

Escala de valoración de acuerdo a resultados FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018)

ESCALA	VALORES		
No es Confiable	0	-	0,2
Baja Confiabilidad	0,2	-	0,4
Moderada Confiabilidad	0,4	-	0,6
Buena Confiabilidad	0,6	-	0,8
Alta Confiabilidad	0,8	-	1

Para determinar la consistencia interna en relación lógica, el instrumento fue VALIDADO mediante la técnica de validación a través del Cronbach, acreditados en el conocimiento de las variables (COMUNICACIÓN INTERNA Y EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL) de la investigación.

Cabe precisar que el instrumento fue evaluado teniendo en cuenta los indicadores, en la que se obtuvieron los siguientes valores:

Se consideraron los siguientes Ítems.

Tabla 19:

Ítems del instrumento - (FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018)

1. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino:
2. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino:
3. Es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino:
4. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino tener:
5. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino:
6. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino:
7. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino:
8. ¿Considera usted que la raza es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino?
9. Es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino:
10. Es un factor de riesgo del cáncer de cuello uterino
11. ¿Cree usted que la edad puede influir en la aparición del cáncer de cuello uterino?
12. ¿Cree usted que el sangrado vaginal anormal es un signo del cáncer de cuello uterino?
13. ¿Cree usted que la Leucorrea (secreción o flujo vaginal abundante) es un signo del cáncer de cuello uterino?
14. ¿Considera usted que la anemia es un signo del cáncer de cuello uterino?
15. ¿Considera usted que la pérdida de peso, es un signo del cáncer de cuello uterino?
16. ¿Cree usted que el dolor después del coito o relación sexual es un síntoma del cáncer de cuello uterino?
17. ¿Considera usted que la sensación de irritación vaginal después del coito o relación sexual es un síntoma del cáncer de cuello uterino?
18. ¿Cree usted que la sensación de plenitud vaginal o pesadez u ocupación vaginal, es un síntoma del cáncer de cuello uterino?
19. El cáncer del cuello uterino se define como:
20. El factor de riesgo de cuello uterino se define como

Tabla 20:

Resumen del procesamiento de los casos - (FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018)

		N	%
Casos	Válidos	15	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	15	100.0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Fuente: datax. sav

Tabla 21:
Estadísticos de resumen de los elementos (FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018)

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,856	,733	,973	,240	2,200	,009	20
Varianzas de los elementos	,826	,721	,927	,206	1,273	,000	20

Fuente: datax. sav

CONFIABILIDAD

	FACTORES DE RIESGO											PRESENCIA DE CANCER DE CUELLO UTERINO						CONCEPTOS		
	ESTILOS DE VIDA				FACTOR PATOGENICO			FACTOR SOCIOECONOMICO				SIGNOS				SINTOMAS		Ca Cuello Uterino	Factores de riesgo	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3	Si = 1 No = 2 NS = 3											
1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3	1	3	3	1	2
2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	3	3	3	2	3	2	1	2
3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2
4	2	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	3	1	3	2	1	2
5	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	3	2	2
6	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2
7	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	2	3	3	3	2	3	2	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2
9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
10	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2
12	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	2	2	2	2	3	3	1	1
13	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2
14	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	3	3	1	2	3	1	2
15	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2

Tabla 22:
Estadísticos de fiabilidad (FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018)

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
16,67	9,410	9,132	20

Fuente: datax. sav

Tabla 23:
ANOVA con la prueba de Cronbach - (FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, HOSPITAL NACIONAL VITARTE, 2018)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	Cronbach	Sig.
Inter-personas	,978	14	,984		
Intra-personas					
Inter-elementos	,911	29	,866	,941	,069
Residual	,622	406	,450		
Total	,533	435	,245		
Total	,911	449	,247		

Media global Cronbach = 0.941

Fuente: datax.sav

El instrumento que se aplicó, fue el Alfa de Cronbach, desarrollado por J.L. Cronbach; requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 100%, y según resultados, el índice de validez se ubica en la categoría Alta Confiabilidad, con un índice del 94%. (Hernández S. y Fernández C. & Baptista L., 2010); lo que según nuestra escala equivale a un índice de (Alta Confiabilidad), la cual abarca valores entre 0.8 ptos. Y 1.0 ptos. Respectivamente.

Cabe precisar que el instrumento fue evaluado teniendo en cuenta las dimensiones, en la cual se presenta los valores siguientes:

Como resultado de la aplicación a la pre muestra o muestra piloto con 15 individuos se obtuvieron los siguientes resultados que fueron contrastados mediante el promedio de valores de los 20 ítems de la variable interviniente (0.940) ptos., con el promedio de valores de los ítems de la variable, lo cual dispone una adecuada normalidad del funcionamiento del instrumento para pruebas a muestras abiertas, con ninguna variabilidad de ítems.