

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESTILOS DE VIDA Y CÁNCER EN USUARIOS ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
PREVENCIÓN DE CÁNCER DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE CAJAMARCA, 2019

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Enf. Márhsyori del Pilar Córdova Idrugo

ASESORA:

M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores

CAJAMARCA – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESTILOS DE VIDA Y CÁNCER EN USUARIOS ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
PREVENCIÓN DE CÁNCER DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE CAJAMARCA, 2019

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Enf. Márhsyori del Pilar Córdova Idrugo

ASESORA:

M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores

CAJAMARCA – PERÚ

2020

© copyright

MÁRHSYORI DEL PILAR CÓRDOVA IDRUGO

Todos los Derechos Reservados

CÓRDOVA, M. 2020. ESTILOS DE VIDA Y CÁNCER EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2019/CÓRDOVA IDRUGO MÁRHSYORI DEL PILAR.95 PÁGINAS.

ASESORA: M. Cs. Yeny Olga Iglesias Flores

Disertación académica en Licenciatura de Enfermería – Universidad Nacional de Cajamarca. 2020.

ESTILOS DE VIDA Y CÁNCER EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2019

AUTORA: Bach. Enf. Márhsyori del Pilar Córdova Idrugo

ASESORA: M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR

.....
M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

PRESIDENTA

.....
M.Cs. Petronila Bringas Duran

SECRETARIA

.....
M.Cs. Gladys Sagástegui Zárate

VOCAL

Cajamarca 2020, Perú

DEDICATORIA

Se dedica este trabajo a Dios todopoderoso, por haberme dado la vida y la vocación de servicio, por permitirme alcanzar mis metas y culminar mi carrera universitaria con éxito.

A mis padres, por su apoyo incondicional, por impulsarme a ser mejor persona cada día.

A mis queridos abuelos, Rosa y Segundo, por ser pilares fundamentales en mi vida, por su amor, dedicación y sabios consejos.

A mi alma mater, la Universidad Nacional de Cajamarca y a todos los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería por ser parte de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su amor infinito, por ser mi fortaleza, por iluminar mi camino y guiar mis pasos en cada etapa de mi vida.

A mis padres, por su amor y confianza, por enseñarme a nunca rendirme, por motivarme a seguir adelante.

A la M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores por su paciencia, motivación, asesoría y tiempo brindado, por compartir sus conocimientos a lo largo de la investigación.

A las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a los profesionales de salud que laboran en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer; asimismo, a los usuarios del servicio, por su apoyo y colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS	vi
LISTA DE ANEXOS Y APÉNDICES	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación del estudio	7
1.4. Objetivos	9
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Bases Teóricas	14
2.2.1. Estilos de vida	14
2.2.2. Cáncer	22
2.3. Teorías científicas que respaldan la investigación	33
2.3.1. Teoría del déficit de autocuidado	33
2.3.2. Teoría sobre los estilos de vida en salud	34
2.4. Definición de términos básicos	35
2.5. Hipótesis	36
2.6. Variables	36
2.6.1. Definición de variables	36
2.6.2. Operacionalización de variables	37

CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Diseño y tipo de estudio	39
3.2. Área de estudio	39
3.3. Población	39
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	40
3.5. Unidad de análisis	40
3.6. Marco muestral	40
3.7. Muestra	40
3.8. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo	41
3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.9.1. Procedimiento de recolección de datos	44
3.9.2. Validez y confiabilidad del instrumento	44
3.10. Procesamiento, análisis y presentación de datos	45
3.11. Consideraciones éticas	45
3.12. Dificultades del estudio	46
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	83
APÉNDICES	88

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 01. Características sociodemográficas de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.....	47
TABLA 02. Estilos de vida y su relación con el cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.....	61
GRÁFICO 01. Estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019	50
GRÁFICO 02. Dimensiones de los estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.....	52
GRÁFICO 03. Frecuencia de cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.....	57
GRÁFICO 04. Tipos de cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.....	59

LISTA DE ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO N° 01: Cuestionario sobre estilos de vida.....	83
ANEXO N° 02: Características sociodemográficas de los usuarios con diagnóstico de cáncer atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.....	87
APÉNDICE N° 01: Ficha de recolección de datos.....	88
APÉNDICE N° 02: Consentimiento informado.....	89
APÉNDICE N° 03: Alfa de cronbach.....	90
APÉNDICE N° 04: Medición de la variable.....	92
APÉNDICE N° 05: Prueba Chi cuadrado de Pearson.....	94
APÉNDICE N° 06: Odds Ratio.....	95

ESTILOS DE VIDA Y CÁNCER EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2019

Córdova Idrugo, Márhsyori del Pilar¹

Iglesias Flores, Yeny Olga²

RESUMEN

El presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, prospectivo y de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida y el cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019. La muestra estuvo constituida por 245 usuarios. Para identificar los estilos de vida, se utilizó el cuestionario sobre estilos de vida, cuyos autores son M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002), mientras que, para determinar la frecuencia de cáncer, se empleó la ficha de recolección de datos elaborada en base a los objetivos. Los principales resultados fueron: El mayor porcentaje corresponde al sexo femenino, con edades entre 31 a 50 años, con primaria y secundaria completa, amas de casa, procedentes de Cajamarca. Más de la mitad de los usuarios tienen estilos de vida no saludables y más de un tercio estilos de vida saludables. Más de un cuarto de los usuarios tiene un diagnóstico positivo de cáncer y cerca de las tres cuartas partes un diagnóstico negativo. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado y el Odds Ratio (OR), se determinó que no existe relación estadística significativa entre los estilos de vida y el cáncer ($p=0,066$) ($OR= 1,75$ $IC95\% = 0,959 - 3,196$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Palabras clave: Estilos de vida, cáncer

1. Autora, Bachiller en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Cajamarca.

2. Asesora, Docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería - Universidad Nacional de Cajamarca.

LIFESTYLES AND CANCER TAKEN IN THE EARLY DIAGNOSTIC SERVICE AND CANCER PREVENTION OF THE REGIONAL HOSPITAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2019

Córdova Idrugo, Márhsyori del Pilar¹

Iglesias Flores, Yeny Olga²

ABSTRACT

The following study was descriptive, correlative, prospective and cross-sectional, was aimed at determining the relationship between lifestyles and cancer in users served in the Early Diagnosis and Cancer Prevention service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2019. The sample size was 245 users. To identify lifestyles, a questionnaire on lifestyles by M. Arrivillaga, I. C. Salazar and I. Gómez (2002) was used. To determine cancer frequency, a data collection sheet based on the objectives was used. The results were as follows: The highest percentage corresponds to women, aged 31 to 50, with complete primary and secondary education, housewives, coming from Cajamarca. More than half of the users have unhealthy lifestyles and more than a third have healthy lifestyles. More than a quarter of the users have a positive diagnosis of cancer and about three quarters have a negative diagnosis. When applying the Chi-square test and the Odds Ratio (OR), it was determined that there is no statistically significant relationship between lifestyles and cancer ($p=0.066$) ($OR= 1.75$ $IC95\% = 0.959 - 3.196$). Therefore, the null hypothesis is accepted.

Keywords: lifestyles, cáncer

1. Author, Bachelor in Nursing of the Faculty of Health Sciences – National University of Cajamarca.

2. Adviser, professor of the Professional Academic School of Nursing – National University of Cajamarca.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo. El aumento poblacional, el envejecimiento de la población, la contaminación, la obesidad y la práctica de estilos de vida no saludables como el sedentarismo, la mala alimentación y el consumo de alcohol y tabaco (1), juegan un papel fundamental en la salud o enfermedad del ser humano (2). Estos cambios repercuten en todos los aspectos de nuestra vida, y entre ellos en la incidencia de enfermedades como el cáncer (3). Según el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN), se estima que el número de casos nuevos aumentará en las próximas dos décadas, alcanzando los 29,5 millones en 2040 (1).

En este Siglo XXI, gracias a los avances científicos se ha logrado el control del cáncer en países desarrollados, sin embargo, esto sigue siendo un problema de salud en los países en vías de desarrollo como el Perú. La falta de programas de prevención y el diagnóstico tardío son factores que perpetúan esta situación. El sistema de salud está copado por la demanda de atención de casos de cáncer avanzado, generada por la falta de recursos para diagnosticar a tiempo la enfermedad, la cual crecerá en tanto no se efectúen cambios en las estrategias de lucha contra el cáncer (2). Por otro lado, existe un marcado aumento de cánceres, asociados al nivel socioeconómico y a la pobreza, estos resultan de la exposición a factores ambientales relacionados con el proceso de industrialización, como agentes químicos, físicos y biológicos, y a condiciones de vida que varían en función de las desigualdades sociales (4).

Cajamarca no es ajena a esta problemática, en el año 2017 se han reportado 146 casos de cáncer en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (5), situación que se agrava al contar con un oncólogo clínico y tres cirujanos oncólogos contratados, sujetos a despido en cualquier momento. En la actualidad, es erróneo pensar que la causa de esta enfermedad es única, por el contrario, se sabe que existen una serie de factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes partes del cuerpo (4), siendo estos susceptibles de ser modificados, mediante la prevención y promoción de la salud.

En base a lo mencionado anteriormente, es donde radica la importancia de esta investigación, cuyo objetivo es identificar los estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, así como determinar la frecuencia de cáncer y establecer la relación entre ellos. Los resultados permitirán incorporar estrategias preventivo - promocionales más efectivas y continuas, basadas en la prevención primaria y diagnóstico precoz, que contribuyan a mejorar la salud y calidad de vida de la población cajamarquina

La estructura de la investigación, consta de cuatro capítulos: el primero describe el problema de investigación, que incluye el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación y objetivos. El segundo expone el marco teórico que contiene antecedentes, bases teóricas, teorías científicas, hipótesis y variables. El tercero presenta la metodología de la investigación que abarca diseño y tipo de estudio, área de estudio, población, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, marco muestral, muestra, muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, y consideraciones éticas. Finalmente, el cuarto capítulo expone los resultados con su respectiva interpretación, análisis y discusión. El estudio finaliza con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos y apéndices.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, el aumento demográfico, el crecimiento de las ciudades, el cambio de ritmo de vida y el avance tecnológico han generado en la población cambios en sus estilos de vida (6). La adopción de dietas occidentales, altas en grasas saturadas, grasas trans y azúcares refinados, incrementan los niveles de grasa corporal y contribuyen al aumento de la obesidad. La disminución de la actividad física, el uso de transportes motorizados, el empleo de tecnología en el trabajo y el hogar, las largas jornadas de trabajo y el congestionamiento vehicular, obligan a las personas a permanecer más horas sentadas y a comer fuera de casa (7). La comida rápida y los alimentos procesados con bajo contenido en nutrientes se han convertido en las opciones alimentarias preferidas y más baratas en nuestro país (8).

La globalización ha ocasionado que las regiones que antes eran rurales se urbanicen, adoptando los estilos de vida de las grandes ciudades, lo que determina la aparición de enfermedades crónicas. La urbanización es responsable de un mayor número de puestos de trabajo, la gran mayoría de carácter sedentario. La pobreza dificulta el acceso de las personas a los servicios de salud, asimismo el costo derivado de las enfermedades no transmisibles merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para las necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, impactando su salud a pasos agigantados (9).

Las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, sin embargo, las estadísticas muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a estas se producen entre los 30 y 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes prematuras

ocurren en países de ingresos bajos y medianos, siendo las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco y el uso nocivo del alcohol, los factores de riesgo que favorecen la aparición de estas enfermedades (10).

El estilo de vida es un conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. Para Grau (2013) los estilos de vida ejercen influencia sobre las propias condiciones de vida, se relacionan positiva o negativamente con el bienestar y se traducen en comportamientos y/o protectores de salud o, por el contrario, en conductas arriesgadas que incrementan la vulnerabilidad a enfermar (11).

Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado las conductas y preferencias relacionadas con los siguientes aspectos: el tipo, horario y cantidad de alimentación, el tipo y cantidad de actividad física, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, las actividades de cuidado de la salud, el tipo y duración de las actividades recreativas y las horas de sueño (12). Practicar un estilo de vida saludable es fundamental para disfrutar de una buena salud y calidad de vida (13). Un estilo de vida saludable es un constructo que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos. Infiesta, Bimella, Garrucho y March (2004) plantean que es aquel que permite traducir, en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas que individual y colectivamente mejoran su calidad de vida de forma cotidiana, contribuyendo a la promoción y protección de su salud integral (14).

Un estilo de vida saludable está estrechamente relacionado con una dieta equilibrada, el mantenimiento del peso corporal, la práctica habitual de actividad física, y la abstención del consumo de alcohol y tabaco, entre otros. En los últimos años han ocurrido importantes cambios demográficos, sociales y económicos que han modificado los estilos de vida en la población. Esto ha resultado en un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, dislipidemias, hipertensión y cáncer (15).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en el año 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones, de las cuales alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El cáncer se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos (16). Se estima que para el año 2030 el número de muertes por cáncer aumentará hasta 2,1 millones, esto debido al crecimiento y envejecimiento de la población, así como al cambio en los estilos de vida (17).

Según el Ministerio de Salud (MINSA), en el Perú, en el año 2017, se registró 10 650 casos de cáncer, de los cuales, 7 537 corresponden a casos nuevos, el 66% de los casos se diagnosticó en el sexo femenino. La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se concentra entre los 60 y 79 años; mientras que, en el sexo femenino la mayor frecuencia se presenta entre los 45 y 69 años. Los tipos de cáncer más frecuentes independiente del sexo fueron el de cérvix (20,9%), estómago (11,1%) y piel (10,4%). En el sexo masculino, los más frecuentes son el cáncer de estómago, piel y próstata; en cambio, en el sexo femenino, predominan el cáncer de cérvix, mama y piel. Estos son detectados al presentar síntomas, lo que indica que el diagnóstico se realiza tardíamente en las dos terceras partes de los casos (18).

El riesgo de cáncer en una determinada población depende directamente de las características biológicas y el comportamiento de los individuos, así como las condiciones sociales, ambientales, políticas y económicas que los rodean. No existe una causa única para el cáncer, su naturaleza es heterogénea: factores intrínsecos, como la predisposición genética, y factores extrínsecos, como el consumo de tabaco, una dieta poco sana, inactividad física, exposición a infecciones y factores cancerígenos contribuyen al incremento de esta enfermedad (4).

Todo lo descrito anteriormente, es una situación de la que no escapan los habitantes de Cajamarca. En el año 2017, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se reportaron 146 casos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, el 66,4%

corresponde al sexo femenino y el 33,6% al sexo masculino. Los tipos de cáncer más frecuentes son: cáncer de cérvix (28,1%), cáncer de estómago (25,3%), cáncer de colon (11%), cáncer de piel (8,2%) y cáncer de mama (6,2%). En el sexo femenino se observa un incremento de casos a partir de los 35 años de edad y en el sexo masculino a partir de los 50 años. La mayoría de casos proceden de Cajamarca (61,6%), seguido de San Marcos (10,3%), Hualgayoc (8,9%) y Celendín (6,5%), esto probablemente debido al acceso geográfico que tienen los pacientes a dicho hospital (5).

En el año 2016, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se atendieron 96 pacientes con diagnóstico de cáncer en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; el mayor número de casos se presentó en el sexo femenino (65%), seguido del sexo masculino (35%). Los tipos de cáncer que se presentaron con mayor frecuencia son: cáncer de estómago (28,1%), cáncer de cérvix (27,1%), cáncer de piel (13,5%) y cáncer de colon (6,3%). Se observa un incremento de casos en el sexo femenino a partir de los 30 a 94 años de edad. Asimismo, el mayor número de casos proceden de Cajamarca (38,5%), seguido de Bambamarca (7,3%), Baños del Inca (6,3%), Encañada y Celendín (4,2%), Chota, Jesús, San Miguel y San Pablo (3,1%) (19).

En los últimos 20 años la aparición de la minería, supermercados y centros comerciales ha generado la creación de más puestos de trabajo, lo que conlleva a un mayor ingreso y mejora el status social y económico de las personas. La ingesta de alimentos procesados como hamburguesas, pizzas, papas fritas y bebidas gaseosas; se han convertido en la mejor elección por ser fáciles de preparar y adquirir, sin considerar que son a base de carbohidratos, azúcares y grasas no saludables. La población cajamarquina al tener múltiples trabajos descuida su salud, no acude a sus chequeos, no dispone de tiempo libre ni practica algún deporte, se encuentra constantemente expuesta al estrés y a la rutina del trabajo, siendo propensa a contraer diversas enfermedades, una de ellas, el cáncer, el cual es detectado en estadios avanzados, donde es mayor el costo del tratamiento y las posibilidades de recuperación son bajas, afectando su calidad de vida.

En el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, se realizan actividades de promoción, prevención y diagnóstico temprano del cáncer. A la fecha, teniendo en cuenta los informes

estadísticos del año 2016 al año 2017, los casos de cáncer continúan en aumento (5,19). Estudios científicos indican factores de riesgo específicos para el cáncer, uno de ellos, los estilos de vida. Es por este motivo que se plantea la siguiente interrogante ¿Qué es lo que sucede en Cajamarca para que esta enfermedad continúe presentándose, serán los estilos de vida o hay otros factores que están influenciando?

Bajo este contexto, se pretende realizar la investigación con el objetivo de determinar los estilos de vida y su relación con el cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y el cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019?

1.3. Justificación del estudio

Desde los orígenes de la humanidad, la salud y la enfermedad han sido fuente de investigación para el ser humano. La aparición de enfermedades no transmisibles se relaciona con cambios económicos y sociales, en los cuales, a medida que incrementa la esperanza de vida, se producen modificaciones en los estilos de vida (9). Un estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, no incluye al factor genético. Estos se dividen en dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad, y aquellos que la limitan o resultan dañinos (20). La transición epidemiológica que nuestro país está atravesando se debe a una mayor expectativa de vida, a la práctica de estilos de vida sedentarios, a una alimentación inadecuada, al sedentarismo y al consumo de alcohol y tabaco, lo que trae consigo nuevos problemas de salud pública.

El cáncer genera preocupación no solo por su frecuencia que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias (21), habiéndose convertido

en la primera causa de muerte en menores de 70 años (22). El incremento poblacional, la urbanización y los cambios en la dieta, impulsan la aparición de cáncer en el Perú (23). La mayor parte de las neoplasias están asociadas a hábitos de vida poco saludables como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, consumo exagerado de grasas y poco consumo de vegetales. Asimismo, están asociadas a agentes infecciosos como el virus del papiloma humano (VPH) y el *Helicobacter pylori* (24).

El origen del problema radica en la falta de una política de prevención y diagnóstico temprano, sumado al centralismo que dificulta o impide el acceso a los servicios especializados, y a la falta de capacitación de los profesionales en el manejo de la enfermedad (21). El cáncer conduce a una mayor utilización de los servicios de salud, incrementa el costo de la atención y el pago por parte de la población, esto debido a su mayor duración, ocasionando secuelas y discapacidad (9). Hoy en día, el cáncer continúa siendo una incógnita para el hombre. Los orígenes, o las causas del cáncer son multifactoriales; los factores biológicos y genéticos resultan inevitables, pero es importante que se conozcan para la realización de pruebas de detección de cáncer periódicamente. Los factores relacionados con la conducta deben ser objeto de acciones de educación y promoción de salud, que contribuyan a cambiar los estilos de vida y, con ello, independiente de la predisposición genética, disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer (25).

En Cajamarca, se ha estudiado muy poco sobre el cáncer, hasta el momento no se han definido cuáles serían los estilos de vida asociados a su aparición. Asimismo, las actividades preventivo – promocionales no serían suficientes y adecuadas, la mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados, donde la posibilidad de sobrevivir es muy baja, trayendo consigo el empobrecimiento del individuo y su familia. En función de la importancia del problema y de la limitada información sobre los estilos de vida y el cáncer, la investigación busca actualizar y ampliar el conocimiento existente tomando como población de estudio a los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

Los resultados del estudio proporcionarían a los promotores de salud, los materiales y recursos necesarios para incorporar estrategias preventivo - promocionales más efectivas y continuas, a fin de promover la práctica de estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar la salud y calidad de vida de la población cajamarquina. Se debe recordar que, cambiar los estilos de vida practicados durante años es un proceso complejo, se requiere de una educación permanente en salud, donde se fomente una cultura de prevención, teniendo en cuenta el entorno. Esta investigación también servirá como fuente de información para otros profesionales de la salud en la formulación de una propuesta y/o implementación de un programa de prevención y control de cáncer en la región, en beneficio del individuo, su familia y la comunidad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los estilos de vida y el cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la muestra en estudio según edad, sexo, grado de instrucción, ocupación y procedencia.
2. Identificar los estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.
3. Determinar la frecuencia de cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Acosta I, Remón L, Segura P, et al. (Cuba, 2016) en su estudio “Factores de riesgo para cáncer de pulmón”, tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al cáncer de pulmón. La muestra estuvo constituida por 118 pacientes, 59 casos y 59 controles. Sus resultados fueron: El hábito de fumar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron los factores de riesgo de mayor importancia (OR=3,8 y OR=2,49 respectivamente). Conclusión: Los pacientes fumadores tuvieron 3,8 veces mayor riesgo de presentar cáncer de pulmón que los no fumadores, y los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica presentaron 2,49 veces mayor probabilidad de desarrollar cáncer (26).

Jurado D, Bravo L, Cerón C, et al. (Colombia, 2015) en su estudio “Hábitos de vida y cáncer colorrectal: un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos”, tuvo como objetivo analizar los hábitos de vida que predisponen el desarrollo de cáncer colorrectal en la población de Pasto. Tuvo una muestra de 55 casos y 55 controles. Sus resultados fueron: El consumo diario de alcohol y el consumo diario de cigarrillo presenta una asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de cáncer colorrectal. Las personas con un alto consumo de alcohol (OR=5,8 IC95% 1,3-26,7) y un consumo de cigarrillo severo (OR=9,1 IC95% 1,7-70) tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal. Conclusión: Es necesario promover campañas de sensibilización que permitan dar a conocer, en la población del municipio de Pasto el riesgo a desarrollar cáncer colorrectal causado por inadecuados hábitos de vida como el consumo de alcohol y tabaco (27).

Cifuentes L, Manrique F, Ospina J. (Colombia, 2014) en su estudio “Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles” tuvo como objetivo identificar los factores socioculturales asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas. Su muestra consta de 168 mujeres. Sus resultados fueron: Los factores significativamente asociados son: historia de dos o más parejas sexuales (OR=85,0 IC95% 11,2-639); primer embarazo antes de los 18 años (OR = 40,0 IC95% 9,2-173,5); antecedente familiar de cáncer (OR=23,9 IC95% 8,9-66,7); consumo de cigarrillo (OR=12,1 IC95% 4,0-36,3); inicio sexual antes de los 17 años (OR=11,8 IC95% 5,2-26,6); consumo de bebidas alcohólicas (OR=10,8 IC95% 4,8-24,4); antecedente de infecciones vaginales (OR=10,1 IC95% 3,7-27,6); Tres o más gestaciones (OR=5,2 IC95% 1,9-14,1); ningún grado de escolaridad (OR=3,49 IC95% 1,6-7,3); y antecedente de aborto (OR=2,87 IC95% 1,25-6,6). Conclusión: Los factores de riesgo susceptibles de intervención educativa y motivación podrían mejorar sustancialmente la oportunidad y la cobertura de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de la adherencia a la práctica de la citología vaginal (28).

Lancheros N. (Bogotá, 2013) en su estudio “Factores alimentarios y nutricionales asociados al cáncer gástrico y presencia de *Helicobacter Pylori* a nivel mundial 1995-2013”, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo alimentarios y nutricionales relacionados con el desarrollo de cáncer gástrico y la infección por *Helicobacter pylori*. En cuanto a sus resultados: se identificó como principales factores de riesgo alimentarios y nutricionales a las carnes procesadas, lácteos, bajo consumo de frutas y verduras, alimentos con altos aportes de sodio y consumo de harinas procesadas. Se encontró que no solo los alimentos, sino las prácticas y patrones alimentarios propios de cada región son los que condicionan los factores de riesgo para desencadenar cáncer gástrico y promover una mayor propagación en la infección de *Helicobacter pylori*. Conclusión: el tipo de dieta y los hábitos alimentarios son un factor de riesgo modificable para la prevención de cáncer gástrico y la infección por *Helicobacter pylori* (29).

Gómez M, Otero W, Ruiz X. (Colombia, 2009) en su estudio “Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos”, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de los diferentes factores medioambientales y familiares en pacientes con cáncer gástrico y úlcera duodenal asociada a infección por *Helicobacter pylori*. Su muestra consta de 90 casos y 93 controles. En sus resultados se encontró una asociación positiva con los siguientes factores: colocar sal a un plato antes de probarlo OR=5,56 (IC 95% 1,8-17,1) p=0,01, consumo de alimentos asados OR=3,97 (IC 95% 2,2-7,4) p=0,001, antecedente de cáncer gástrico en familiares de primer grado OR=4,2 (IC 95% 1,7-10,4) p=0,001 y consumo de alimentos cocinados al horno OR=5,68 (IC 95% 1,21-26,7) p=0,014. Conclusión: Es recomendable disminuir el alto consumo de sal en la dieta, evitar consumir alimentos expuestos al humo y hacer tamización a los familiares de primer grado de consanguinidad de pacientes con cáncer gástrico (30).

2.1.2. Nacionales

Batallanos M. (Lima, 2018) en su estudio “Factores asociados a cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2016-2017”, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo (2016-2017). Tuvo una muestra de 165 mujeres, 63 casos y 102 controles. En cuanto a sus resultados: Los factores de riesgo de cáncer de mama fueron edad > 55 años (OR=2,072 p=0,021), sobrepeso u obesidad (OR=2,159 p=0,029), edad de menarquía < 12 años (OR=3,811 p=0,007), nuliparidad (OR=3,25 p=0,017) y antecedente familiar (OR=16,72 p<0,001). Conclusión: los factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2016-2017 fueron la edad > 55 años, el sobrepeso u obesidad, la edad de menarquía <12 años, la nuliparidad y el antecedente familiar (31).

Taipe A, Zevallos B. (Huancavelica, 2017) en su estudio “Factores de riesgo y tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2014-2016”, tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo que están asociadas al tipo de cáncer gástrico. Estuvo constituido por 53 pacientes. Sus resultados fueron: 88,7% presenta cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma y 11,3% otros tipos. El 83,0% de pacientes con cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma están

expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados, muy condimentados ($p=0,033<0,05$) y el 79,2% a dietas pobre en frutas y verduras ($p=0,001<0,05$). El 86,8% presentaron gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia ($p=0,000<0,05$), el 81,1% anemia perniciosa ($p=0,000<0,05$) y el 86,8% presentaron infección por *Helicobacter pylori* ($p=0,000<0,05$). Conclusión: Los factores de riesgo ambientales, pre malignos e infecciosos están asociados a la presencia de cáncer gástrico (32).

Conde A. (Lima, 2014) en su estudio “Factores de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino en mujeres en edad fértil. Hospital María Auxiliadora. Julio - agosto 2013”, tuvo como objetivo determinar factores asociados a lesiones en el cuello uterino. Estuvo conformado por 118 mujeres. Sus resultados fueron: Los factores asociados significativamente son antecedente familiar ($p=0,0081$ OR=4); consumo de tabaco ($p=0,0017$ OR=4); intervalo entre las tomas de PAP mayor de dos años ($p=0,0000$ OR=14,7); motivo de estudio por control médico ($p=0,0386$ OR=2,2); edad de primera relación sexual entre los 14 a 16 años ($p=0,0001$ OR=5,17); presencia de infecciones de transmisión sexual en los últimos cinco años ($p=0,0000$ OR=11,70); presencia del Virus Papiloma Humano ($p=0,0000$ OR 27,55), de dos a cinco partos ($p=0,0010$ OR=3,83); edad del primer embarazo entre los 14 y 24 años ($p=0,0071$ OR=2,90); usuaria de anticonceptivo hormonal ($p=0,0000$ OR=7,89), de tipo oral ($p=0,0015$ OR=0,15); tiempo de uso del método hormonal más de cinco años ($p=0,0012$ OR=14,8). Conclusiones: Se acepta la hipótesis de que existen algunos factores asociados a lesiones en el cuello uterino (33).

2.1.3. Locales

Bazán M. (Cajamarca, 2017) en su estudio “Factores de riesgo en mujeres tamizadas para cáncer de mama. Preventorio oncológico del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015”, tuvo como objetivo determinar la relación existente entre los factores de riesgo y el cáncer de mama. Tuvo una muestra constituida por 40 historias clínicas. Sus resultados fueron: Los factores de riesgo no modificables son: tener antecedentes familiares de cáncer de mama (OR=10); la primera menstruación antes de los 12 años (OR=9,9); tener antecedentes personales de enfermedad mamaria benigna (OR=8); la menopausia después de los 50 años (OR=8) y la edad (OR=6,1). Los factores de riesgo modificables son: no realizarse un autoexamen de mama mensual (OR=10),

tener el hábito de fumar (OR=9,9), tener sobrepeso u obesidad (OR=9,9), no realizarse ecografía mamaria (OR=9,3), no tener frecuencia en la realización de las mamografías (OR=9,3), ser consumidora de terapia hormonal por más de cinco años (OR=9), ingerir bebidas alcohólicas (OR=8,8), ser nulípara (OR=7,2); y no realizarse revisiones ginecológicas anuales (OR=5,3). Conclusión: Existe una relación significativa entre los factores de riesgo modificables y no modificables con el cáncer de mama (34).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Estilos de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1998) define al estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (35). Los estilos de vida constituyen el principal determinante de la salud, son un conjunto de actividades y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. De esta manera, el estilo de vida que se adopte tendrá repercusión en la salud física, psíquica y social del individuo (36).

Para Lalonde (1974) los estilos de vida son un conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control (37). Un estilo de vida se puede considerar a los hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados (38). En Epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud. Es así que, cada persona presenta hábitos fomentadores de la salud, conocidos como factores protectores, o de manera inconsciente tiende a exponerse a factores de riesgo o condiciones sociales, económicas o biológicas, que

incrementan la susceptibilidad para la enfermedad, la salud deficiente o la aparición de lesiones (20).

En resumen, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) el estilo de vida es la manera o forma cómo la persona vive su vida, incluye sus creencias, expectativas, motivos, valores y conductas. Para Salazar, Varela, Lema, et al. (2010) de todos estos componentes, son las conductas las que tienen una influencia directa en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas (39).

El estilo de vida está determinado por cuatro factores, que interaccionan entre sí; uno de ellos son las características individuales, genéticas o adquiridas como la personalidad, intereses, educación recibida, etc. Otro factor son las características del entorno microsociales en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, vecinos, ambiente laboral o estudiantil, entre otros. El tercer factor son los factores macrosociales, que a su vez moldean decisivamente los factores anteriores: el sistema social, la cultura imperante en la sociedad, la influencia de los grupos económicos u otros grupos de presión, los medios de comunicación, las instituciones, etc. Y, por último, como cuarto factor tenemos al medio físico geográfico, que influye en las condiciones de vida en la sociedad y, a su vez, sufre modificaciones por la acción humana (40).

A. Clasificación de los estilos de vida

- a. Estilo de vida saludable:** Según Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) un estilo de vida saludable, incluye conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud (41).
- b. Estilo de vida no saludable:** Según Aguilar (2013) un estilo de vida no saludable son los comportamientos, hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida, lo que conlleva a las personas al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social (42).

En definitiva, los estilos de vida saludables son un conjunto de hábitos, comportamientos y conductas que llevan a los individuos a alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades; mientras que, los estilos de vida no saludables están relacionados con comportamientos que generan efectos negativos para la salud (43).

B. Dimensiones de los estilos de vida

Los estilos de vida abarcan seis dimensiones: actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y drogas, sueño (41).

1. Actividad física y deporte

La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional producido por los músculos esqueléticos que determina un gasto energético. Incluye al deporte y al ejercicio físico, pero también a las actividades diarias y recreativas (44). El deporte es la actividad física que se ejerce como un juego o competición, cuya práctica está sujeta a normas reglamentarias, en cambio, el ejercicio físico es la actividad física planificada, estructurada, repetitiva e intencionada realizada con el objetivo de mejorar o mantener la condición física (45). La condición física es la habilidad de realizar adecuadamente un trabajo muscular, lo que implica la capacidad de los individuos de abordar con éxito una determinada tarea física dentro de un entorno físico, social y psicológico (46), es decir, se define como la habilidad de realizar un trabajo diario, con vigor y efectividad, retardando la aparición de la fatiga, y realizándolo con el menor gasto energético, evitando lesiones (47).

La actividad física puede ser (44):

- No estructurada: Trabajos de jardín o del hogar que impliquen movimiento. Usar las escaleras en lugar del ascensor. Poner música y bailar en casa. Desplazarse caminando para realizar tareas cotidianas.

- Estructurada: Participar de clases de gimnasia o ejercicios de gimnasio bajo supervisión, partidos de básquetbol, fútbol, vóleybol, etc. con reglas de juego. Destinar una parte de la jornada a caminar, con una longitud de recorrido, un tiempo y una intensidad prevista.

Los beneficios de realizar actividad física son múltiples, los más importantes son (44):

- Mejora la salud ósea, aumenta la densidad y función de los huesos.
- Mejora el estado muscular, disminuye las caídas y por ende las fracturas óseas.
- Contribuye en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto o ataque cerebrovascular), distintos tipos de cáncer (colon, mama, endometrio, hígado, cardíacas, riñón y leucemia mieloide crónica) y enfermedades metabólicas (diabetes, colesterol alto).
- Es fundamental para el equilibrio metabólico (glicemia, colesterol, hormonas tiroideas) y colabora en el control de peso, favoreciendo la disminución de la grasa corporal.
- Mejora la autoestima, disminuye el estrés, la ansiedad y la depresión. Mejora funciones cognitivas como concentración, memoria y atención. Mejora el rendimiento escolar y laboral.
- Mejora la digestión y la regularidad del tránsito intestinal. Ayuda a mejorar y conciliar el sueño.
- Favorece el establecimiento de vínculos y las relaciones sociales.
- Contribuye a un envejecimiento saludable.

2. Recreación y manejo del tiempo libre

La recreación es cualquier actividad a la que uno se entrega voluntariamente, que contribuye al desarrollo físico, mental o moral del individuo o grupo, incluyendo cualquier actividad en los campos de la música, el drama, la artesanía, la ciencia, la literatura, el estudio de la naturaleza, los deportes y cualquier tipo de juego que incorpore cualquiera de las actividades nombradas (48). El tiempo libre es aquel que no ocupamos en labores, tareas, trabajos y responsabilidades que se nos han

impuesto, normalmente se da después de haber realizado todas las obligaciones ya sean laborales, académicas o domésticas y por lo general el objetivo de este tiempo es que sea utilizado en descansar, divertirse y desarrollarse en un ambiente diferente.

El ocio, por otra parte, es la manera en que ocupamos el tiempo libre, normalmente en actividades de libre elección, de carácter voluntario y que de alguna manera resulten placenteras, las cuales cumplen con el objetivo de llenar el tiempo libre de sentido personal y social, por medio del entretenimiento o el descanso, promoviendo la autonomía, el descanso, la diversión y el desarrollo integral (49). Existen diversas actividades recreativas (50):

- Manualidades: costura, cerámica, escultura, dibujo, ebanistería, pintura
- Juegos y deportes: patinaje, andar en bicicleta, nadar, voleibol, baloncesto
- Actividades al aire libre: pescar, caminata, jardinería
- Baile: merengue, salsa, bolero, folclore
- Preparar postres, empanadas, galletas, pasteles
- Ir al cine, teatro, museos, parques, centros comerciales, gimnasio, estadio.
- Coleccionar objetos como estampillas, billetes, relojes
- Organizar fiestas de cumpleaños, aniversarios
- Organizar festivales deportivos, musicales o comunales

El ocio, la recreación y el uso adecuado del tiempo libre son necesidades fundamentales de todos los seres humanos, que enriquecen su vida y la hacen más completa y satisfactoria; constituyen además escenarios de libertad y transformación que facilitan el disfrute, el descanso y un desarrollo pleno (51).

3. Autocuidado y cuidado médico

El autocuidado y cuidado médico hace referencia a aquellos comportamientos voluntarios que realiza la persona en beneficio de su salud, lo que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos para impedir que aparezcan lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad que faciliten una pronta recuperación

en caso de que exista una afectación (52). Las actividades de autocuidado son aprendidas a medida que las personas maduran, y son afectadas por la cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el estado de salud y su propio desarrollo pueden afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar su autocuidado (53).

Entre las prácticas de autocuidado tenemos una alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, ejercicio y actividad física requerida, toma de medicamentos según prescripción médica, control médico y odontológico, uso de bloqueador solar, exploración del cuerpo para detectar cambios físicos y realizarse exámenes (52, 54). El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad (54).

4. Hábitos alimenticios

Según Borgues (1990) los hábitos alimenticios son la selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta a sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales (55). Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, lo que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento de la vida. Estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, favorecen el funcionamiento diario del organismo, el desarrollo de las funciones vitales y el estado de salud, y previenen la aparición de algunas enfermedades (56).

Morell y Cobaleda (1998) mencionan que esta dimensión contempla aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos, es decir, el tipo y la cantidad de alimentos, los horarios y espacios en los que se consumen y algunas

prácticas relacionadas con el control del peso (57). Se distinguen dos características: la calidad de la alimentación y la estructura o regularidad de las comidas. La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud y la estructura de las comidas se refiere a la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas principales (58).

La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente los hábitos y preferencias alimentarias. Cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan a un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta (59). Estos hábitos constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional, ya que los hábitos alimenticios inadecuados, tanto por exceso como por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades, como problemas cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios (60).

5. Consumo de alcohol, tabaco y drogas

Según Varela, Salazar, Cáceres y Tovar (2007) el consumo de alcohol, tabaco y drogas se refiere a la ingestión, aplicación u absorción de dichas sustancias, generando alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento (61). El humo de tabaco contiene numerosas sustancias que dañan los pulmones, los vasos sanguíneos y el corazón. Estas sustancias ocupan en la sangre, el lugar del oxígeno que el corazón y el cerebro necesitan para funcionar con normalidad. El consumo de tabaco aumenta de forma considerable la probabilidad de padecer un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular, produce cáncer y enfermedades pulmonares, y perjudica al feto durante la gestación. Asimismo, la inhalación pasiva del humo de tabaco de otros, causa tanto daño como si fumara uno mismo (62).

Por otro lado, el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, afecta a las personas y a la sociedad, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. El consumo de alcohol está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo; enfermedades no transmisibles como cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (63).

Los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas incluyen comportamientos, como el modo de empleo de la droga, la frecuencia con que se usa y el manejo de los efectos del consumo tanto a nivel personal (alteraciones físicas, cognoscitivas, emocionales y conductuales) como social (manejo de las relaciones interpersonales, pertenencia a grupos). También se incluyen factores del contexto, como los lugares en los que se presenta, las personas con quién se comparte el hábito o participan en el expendio de la droga (64). El consumo de drogas genera cambios en el estado de ánimo, pérdida de apetito, cambios en los hábitos de sueño y vigilia, daños pulmonares, cerebrales y de otros órganos, también puede ocasionar la muerte (65).

6. Sueño

El sueño es considerado como un estado fisiológico activo y rítmico que aparece cada 24 horas y se alterna con la vigilia. Al dormir, disminuyen los latidos del corazón, baja la presión sanguínea, la respiración se vuelve más lenta, disminuye la temperatura corporal y hay una menor respuesta a los estímulos del exterior. El sueño es una necesidad biológica del ser humano, la cantidad de horas de sueño varía según la persona y cambia a lo largo del ciclo de vida. La mayoría de los adultos, incluyendo los de edad avanzada, necesitan entre 7 a 8 horas de sueño (66). Durante el sueño, las funciones físicas y psicológicas se restablecen para un óptimo rendimiento corporal y mental, donde no solo es importante la cantidad de horas sino la calidad del sueño (67).

Un sueño de buena calidad puede mejorar el bienestar general y la calidad de vida, estimula el sistema inmune y ayuda a combatir infecciones, además ayuda a tener un mejor desempeño académico, fortalece la memoria y ayuda a metabolizar el azúcar, previniendo la diabetes y el síndrome metabólico. También previene complicaciones vasculares como la hipertensión, infartos y accidentes cerebrovasculares, además de disminuir el riesgo de morir prematuramente (68). Algunas de las consecuencias de no dormir el número adecuado de horas cada día, son el estrés, mal humor, dificultad para concentrarse, mala coordinación, poca energía, falta de agilidad e incurrimento en errores con mayor frecuencia (68).

2.2.2. Cáncer

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer es el crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen (69).

Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas (69).

A. Tipos de cáncer

Las principales neoplasias en adultos, en el Perú, están localizadas en el cérvix, estómago, mama, piel y próstata (70).

a. Cáncer de cuello uterino: es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix, se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o a un cáncer invasor, en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. El primer paso para el desarrollo de cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH) de tipo oncogénico. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Las lesiones premalignas no producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología. En el cáncer de cuello uterino avanzado los síntomas incluyen: sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual inexplicables, sangrado cuando existe contacto con el cérvix (durante el coito o el uso de diafragma), dolor durante el coito, entre otros (71).

b. Cáncer de estómago: es una de las neoplasias malignas más frecuentes del aparato digestivo (72), comienza cuando las células sanas del estómago se vuelven anormales y crecen sin control (73). El cáncer gástrico es el crecimiento descontrolado de las células que cubren la superficie interna del estómago. Estas células pueden invadir el resto de la pared gástrica y luego diseminarse a otros órganos o sistemas (74).

El cáncer de estómago tiende a manifestarse con síntomas leves e inespecíficos en sus inicios, por lo cual rara vez son causa de consulta médica. El cáncer gástrico incipiente (aquella lesión que compromete la mucosa o submucosa) es asintomático el 80% de los casos, y en el 20% restante aparecen síntomas inespecíficos similares a un síndrome ulceroso y ocasionalmente náuseas, anorexia o saciedad precoz. Síntomas más alarmantes como hemorragia digestiva alta o pérdida de peso significativa se presenta en menos del 2% de los casos precoces. En el cáncer gástrico avanzado, la sintomatología es más florida

siendo frecuentes el dolor abdominal y la baja de peso. También suele presentarse anorexia, náuseas, vómitos, anemia, disfagia, hemorragia digestiva y saciedad precoz (75). Otras manifestaciones del cáncer gástrico avanzado son la presencia de ascitis, hepatomegalia, linfadenopatías supraclaviculares (ganglio de Virchow), masa palpable e ictericia (72).

c. Cáncer de mama: es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Los signos y síntomas del cáncer de mama dependerán del tamaño del tumor, estos son: tumor en la glándula mamaria, región axilar o supraclavicular (generalmente indoloro), retracción de la piel o del pezón, asimetría de las glándulas mamarias, exudado a través del pezón, erosión del pezón y enrojecimiento e induración generalizada de la glándula mamaria (76).

d. Cáncer de piel: es el crecimiento descontrolado de células anómalas de la piel. Sobreviene cuando el daño en el ADN de las células de la piel (provocado, principalmente, por la radiación ultravioleta procedente de la luz solar o de las camas de bronceado) desencadena mutaciones o defectos genéticos que hacen que las células de la piel se multipliquen rápidamente dando lugar a tumores malignos (77).

Se pueden distinguir dos tipos: el tipo no melanoma y el melanoma. El cáncer de piel no melanoma es el más frecuente, se denomina no melanoma porque se forma a partir de otras células de la piel que no son las que acumulan el pigmento (melanocitos). Dentro de este tipo se encuentran todos los cánceres de piel menos el melanoma maligno que es menos frecuente y más maligno. El cáncer de piel se puede reconocer por un cambio en el aspecto de la piel, como una herida que no sana o una pequeña protuberancia, también puede aparecer una mancha roja, áspera o escamosa con tendencia a crecer (78).

e. Cáncer de próstata: es el crecimiento anormal y desordenado de las células, iniciando en la región posterior de la glándula prostática hasta formar un tumor maligno, que tiene la capacidad de invadir otros órganos (79). Los signos o síntomas del cáncer de próstata pueden ser: micción frecuente, chorro de orina débil o con interrupciones, sangre en la orina, urgencia frecuente de orinar en la noche, sangre en el líquido seminal y dolor o ardor al orinar (menos frecuente), sin embargo, ninguno de estos síntomas es específico para el cáncer de próstata. Los mismos síntomas pueden presentarse en hombres que tienen hiperplasia prostática benigna (BPH) o aumento del tamaño de la próstata. Los síntomas urinarios también pueden ser consecuencia de una infección u otros trastornos. En ocasiones, los hombres con cáncer de próstata no presentan ninguno de estos síntomas (80).

f. Cáncer colorrectal: Llamado también cáncer del intestino grueso, es una enfermedad en la cual se forman células malignas, es decir, cáncer en el revestimiento interior del colon o del recto. Los síntomas del cáncer colorrectal varían dependiendo de la ubicación del cáncer en el colon o recto, aunque es posible que no haya síntomas en absoluto. El síntoma más común que se presenta en el cáncer colorrectal es el sangrado rectal. Los cánceres que surgen del lado izquierdo del colon generalmente ocasionan sangrado, y en los últimos estadios, pueden provocar estreñimiento, dolor abdominal, y síntomas de obstrucción. El cáncer del lado derecho del colon puede estar acompañado de otros síntomas, tales como debilidad, pérdida de peso, o anemia proveniente de la pérdida crónica de sangrado (81).

B. Factores de riesgo del cáncer

- **Factores genéticos y familiares:** Algunos cánceres presentan predisposición familiar o hereditaria (cáncer de mama, endometrio, próstata, colorrectal, retinoblastoma, feocromocitoma, leucemias, etc.). En este tipo de cánceres no es infrecuente hallar varios familiares de primer grado afectados por el mismo tipo de neoplasia (82).

- **Radiación:** es la energía emitida en forma de ondas o rayos. La radiación ionizante elimina los electrones del material (ionización) al pasar a través de células y tejidos provocando lesiones en éstos. Los rayos X utilizados en medicina y la radiación emitida por fuentes naturales (gas radón y los materiales radioactivos) son ejemplos de radiación ionizante. La exposición a la radiación natural es consecuencia principalmente del gas radón presente en las casas y que aumenta el riesgo de cáncer de pulmón. La radiación ionizante puede provocar casi cualquier tipo de cáncer, pero especialmente leucemia, cáncer de pulmón, de tiroides y de mama). La radiación no ionizante incluye los campos electromagnéticos (emitidos por los teléfonos móviles o los tendidos eléctricos) y la radiación ultravioleta (principalmente del sol), causando esta última daños en los cromosomas. La radiación ultravioleta es una causa reconocida de cáncer de piel, incluidos los melanomas malignos (83).

- **Tabaco:** A través de sus diversas formas de exposición, constituye la principal causa de muerte relacionada con el cáncer en todo el mundo entre los hombres, y cada vez más, entre las mujeres. Las formas de exposición incluyen tabaquismo activo, respirar humo de segunda mano (tabaquismo pasivo o involuntario) y tabaco sin humo. El tabaco provoca diversas formas de cáncer, como cáncer de pulmón, esófago, laringe, oral, vejiga, riñón, estómago, cuello de útero y colorrectal (83).

- **Alcohol:** es un factor de riesgo de muchos tipos de cáncer, incluido cáncer de la cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, hígado, colorrectal y mama. El riesgo de cáncer aumenta con la cantidad de alcohol que se consume. El riesgo para varios tipos de cáncer (cavidad oral, faringe, laringe y esófago) derivado de un alto consumo de alcohol aumenta sustancialmente si la persona también fuma mucho (83).

- **Dieta:**
 - **Grasas:** el consumo excesivo de grasas se relaciona con una mayor de probabilidad de cáncer de mama, colon, pulmón y próstata (84).

- **Proteínas:** Una dieta con exceso de proteína se ha relacionado con un mayor desarrollo de cáncer de colon y próstata (dietas con consumos mayores de 120g/día de carne roja o de 35 g/día de proteína de origen animal, respectivamente) (84).
- **Nitratos, nitritos y nitrosaminas:** Los nitratos y nitritos en el agua potable y la verdura, y su transformación por enzimas de la saliva en nitrosamidas y nitrosaminas se han clasificado como sustancias con alto poder de carcinogénesis (84).
- **Bajo consumo de frutas y verduras:** asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (estómago, colon y recto) (85).
- **Sedentarismo:** Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon (85).
- **Dieta no saludable:** El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago (85).
- **Obesidad y sobrepeso:** incrementan el riesgo de desarrollar cánceres de esófago, cervix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar (85).
- **Virus del Papiloma Humano (VPH):** Se estima que casi todos los cánceres de cervix son ocasionados por el VPH y que los subtipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cervix (85).
- **Virus de la Hepatitis B (VHB):** es responsable del 90% de los carcinomas hepatocelulares (85).
- **Infección por Helicobacter pylori:** constituye un factor de riesgo para cáncer de estómago. La ingesta de agua contaminada constituye el mecanismo más importante de infección en países en vías desarrollo. Asimismo, el disponer de agua potable no es suficiente para la prevención de la infección, Helicobacter pylori es más resistente al cloro que las bacterias coliformes comunes y permanece viable en el agua por varios días, lo que favorece su transmisión (85).

- **Contaminación ambiental:** La contaminación del aire, agua y suelo con sustancias químicas carcinogénicas es responsable del 1-4% de todos los cánceres. La exposición a sustancias químicas carcinogénicas presentes en el entorno puede producirse a través del agua potable o por contaminación del aire de lugares cerrados y del aire ambiente (83).
- **Exposición profesional:** La exposición a agentes químicos como el polvo de madera, asbesto, polivinilo y aminas aromáticas, influyen en la aparición de cáncer (82,86).
 - Cloruro de vinilo: angiosarcoma hepático
 - Aminas aromáticas: vejiga
 - Benceno: leucemia mielocítica aguda
 - Asbesto: pulmón, mesotelioma.
 - Polvo de madera: fosas nasales
 - Hidrocarburos aromáticos: escroto
- **Factores hormonales:** La terapia de reemplazo con estrógenos y progestágenos se ha asociado a un mayor riesgo de cáncer de mama, ovario, endometrio, colon y recto (87). Los niveles elevados o prolongados de estrógenos endógenos están relacionados con un riesgo mayor de padecer cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas (88).

C. Estadificación del cáncer

Es el agrupamiento de casos en categorías amplias basándose en la extensión de la enfermedad, o sea, cuánto se ha propagado el cáncer desde el órgano o sitio de origen (el sitio primario). Conocer la extensión de la enfermedad (o la fase) ayuda al médico a determinar el tratamiento más apropiado para efectuar su curación, reducir la carga del tumor o aliviar los síntomas. «Cáncer temprano» hace referencia a las fases I y II; «Cáncer avanzado» hace referencia a las fases III y IV (89).

D. Diagnóstico del cáncer

Las pruebas diagnósticas para la persona que sospecha un tumor incluyen: antecedentes de salud, identificación de factores de riesgo, exploración física y estudios diagnósticos específicos. La detección precoz evita que la enfermedad avance a un estadio más avanzado (82), al detectar o diagnosticar la enfermedad en una fase temprana, existe un alto potencial de curación (cáncer de cuello uterino o cáncer de mama). Para la detección temprana, existen dos estrategias (89):

- Diagnóstico temprano: implica que el paciente sea consciente de los primeros síntomas y síntomas, lo que le llevará a consultar con un proveedor de atención de la salud, quién remitirá inmediatamente al paciente para confirmación del diagnóstico y tratamiento.
- Tamizaje: Se realiza en individuos asintomáticos y aparentemente sanos para detectar lesiones precancerosas o una fase temprana de cáncer, y luego organizar su derivación para el diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico del cáncer incluye las diversas técnicas y procedimientos utilizados para detectar o confirmar la presencia de cáncer. El diagnóstico implica la evaluación del historial del paciente, los exámenes clínicos, la revisión de los resultados de las pruebas de laboratorio y datos radiológicos y el examen microscópico de las muestras de tejido obtenidas mediante biopsia o por aspiración con aguja fina (89).

a) Cáncer colorrectal (82)

- Examen rectal digital: en hombres y mujeres a partir de los 40 años, con una frecuencia anual.
- Sangre oculta en heces: hombres y mujeres a partir de los 50 años, con una frecuencia anual.
- Colonoscopia: en hombres y mujeres a partir de los 50 años, con una frecuencia de cada 3-5 años.

b) Cáncer de mama y cérvix (82)

- Papanicolaou: en mujeres que tengan o hayan tenido actividad sexual (e incluso en las que no las hayan tenido), a partir de los 18 años y con una frecuencia anual. Después de tres exámenes anuales normales se pueden espaciar las exploraciones a criterio del médico.
- Colposcopia: en mujeres entre los 18-65 años con una frecuencia de 1-3 años, acompañado de la prueba de citología (Papanicolaou)
- Autoexamen de mama: en mujeres a partir de los 20 años y con una frecuencia diaria/mensual.
- Mamografía: en mujeres a partir de los 50 años cada 1-2 años (a partir de los 40, si es de alto riesgo).

Existen además otros procedimientos diagnósticos para la detección de cáncer (82):

- Citología: estudio de las células desprendidas del tumor que se encuentran en secreciones orgánicas. También se puede recurrir a raspados de cavidades orgánicas (citología vaginal o Papanicolaou).
- Biopsia: mediante este procedimiento se obtiene tejido que servirá para el estudio histológico que ayudará a determinar el tipo de célula cancerígena, el grado de diferenciación celular, etc.
- Pruebas de laboratorio: los análisis de orina y sangre son imprescindibles para un buen diagnóstico. Además, podemos determinar los marcadores tumorales, la presencia de estas sustancias puede indicar la existencia de un tumor. Se suelen solicitar en tumores de mama, colon, pulmones, próstata, ovarios y testículos.

- Técnicas de imagen: exámenes de rayos X, mamografía, linfografías, tomografía computarizada, resonancia magnética, exámenes con contraste, técnicas con radioisótopos, ultrasonidos, etc.

E. Tratamiento del cáncer

El Tratamiento pretende curar la enfermedad, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida restante tras la confirmación del diagnóstico. Es una serie de intervenciones (apoyo psicosocial, cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal) dirigidas a curar la enfermedad o prolongar considerablemente la vida del paciente (durante varios años) al tiempo que se mejora su calidad de vida (89).

- **Quimioterapia:** Consiste en la destrucción o inhibición del crecimiento tumoral a través de la administración de fármacos. La quimioterapia no es selectiva, actúa sobre todas las células en división (intestino, pelo, sanguíneas, etc.) Sin embargo, la mayoría no daña las células madre, lo que permite la recuperación tras finalizar el tratamiento quimioterápico (82).
- **Radioterapia:** Es el empleo de radiaciones de alta energía con fines médicos. La radiación empleada en radioterapia es ionizante (rayos X, gamma, beta) dañando enlaces moleculares. La principal lesión es la que se produce en el ADN (82).
- **Cirugía:** La exéresis quirúrgica tumoral es el método más selectivo y, por lo tanto, la primera elección cuando es posible. Puede ser terapéutica, con fines diagnósticos, profilácticos, paliativos o reconstructiva (82).
- **Tratamiento biológico:** puede ser eficaz solo o en combinación con otras modalidades terapéuticas. Consiste en agentes que modifican la relación entre el huésped y el tumor, alterando la respuesta biológica del paciente a las células tumorales (82).

- Interferones: proteínas complejas naturales, citosinas que presentan propiedades antivirales, antiproliferativas e inmunomoduladoras. Inhiben la síntesis de ADN y proteínas en las células tumorales y estimulan la expresión de antígenos asociados al tumor aumentando así el potencial de la respuesta inmunitaria contra la célula tumoral.
- Interleucina: es una citosina producida por los linfocitos T que estimula la proliferación de linfocitos T y activa las células NK.
- Anticuerpos monoclonales: son inmunoglobulinas producidas por linfocitos B capaces de unirse a células específicas incluyendo células tumorales.
- Factores estimulantes de colonias: estimulan la producción, maduración, liberación de la médula ósea y la capacidad funcional de las células sanguíneas. Pueden acelerar la recuperación de la médula ósea después de tratamientos de quimio o radioterapia.

F. Prevención del cáncer (88)

Según el Código Europeo contra el Cáncer: Existen 12 maneras de reducir el riesgo de cáncer:

1. No fumar, no consumir ningún tipo de tabaco.
2. Hacer de su hogar un espacio sin humo.
3. Tomar medidas para tener un peso corporal saludable.
4. Realizar alguna actividad física en la vida cotidiana, limitar el tiempo que pasa sentado.
5. Mantener un régimen alimentario saludable:
 - Comer cereales integrales, legumbres, verduras y frutas en abundancia.
 - Limitar los alimentos de alto contenido calórico (ricos en azúcar o grasas) y evitar las bebidas azucaradas.

- Evitar las carnes procesadas; limitar el consumo de carne roja y los alimentos con alto contenido de sal.
6. Si consume bebidas alcohólicas de cualquier tipo, limitar su consumo.
 7. Evitar la exposición excesiva al sol, especialmente durante la infancia. Usar protección solar. No usar camas solares.
 8. En su lugar de trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas siguiendo las instrucciones de salud y seguridad.
 9. Averigüe si está expuesto a la radiación de niveles naturalmente elevados de radón en su hogar. Tome medidas para reducirlos si son elevados.
 10. Para las mujeres: La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer en la madre, si puede, amamante a su bebé. Por otro lado, el tratamiento hormonal sustitutivo aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer, limitar su uso.
 11. Asegúrese de que sus hijos participen en programas de vacunación contra: la hepatitis B (para recién nacidos); y el virus del papiloma humano (para las niñas).
 12. Participar en los programas de tamizaje del cáncer de colon (hombres y mujeres), cáncer de mama (mujeres), y cáncer cervicouterino (mujeres).

2.3. Teorías científicas que respaldan la investigación

2.3.1. Teoría del déficit de autocuidado

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. A continuación, solo mencionaremos la que es de utilidad para el estudio:

Teoría de autocuidado: Este concepto fue introducido por Dorothea Orem en 1969. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los

factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (90).

Orem (1969) plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Otros factores como la edad, el desarrollo y el estado de salud también pueden afectar la capacidad del individuo para realizar su autocuidado (53). Esta teoría es de utilidad para el estudio porque fundamenta la importancia que tiene el autocuidado en el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; al disminuir el riesgo de contraer enfermedades, como el cáncer.

2.3.2. Teoría sobre los estilos de vida en salud

Según Cockerham citado por Álvarez (2012), los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en esta propuesta se incorpora claramente una relación dialéctica entre las opciones de vida (life choices) y las oportunidades de vida (life chances). Su propuesta se fundamenta en los elementos de la estructura que junto con los de la agencia dan forma a los estilos de vida. Los elementos estructurales son: las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género, la etnia y las condiciones de vida. Todos estos generan las oportunidades de vida (life chances). Por otra parte, la agencia, se refiere a las opciones de vida (life choices), las cuales están condicionadas por la socialización y la experiencia de los individuos (91).

Las circunstancias de clase son probablemente las que ejercen mayor influencia, al ser ampliamente reconocidas las diferencias en materia de preferencias alimentarias, prácticas de cuidado de la salud y actividad física entre las clases sociales. La edad, el género y la etnia también cumplen un rol fundamental en algunos contextos. Las colectividades se refieren a grupos específicos de personas vinculadas por relaciones particulares como afinidades, trabajo, profesión, religión, valores e ideales; capaces de influenciar en los estilos de vida de sus miembros. Mientras que, la socialización

tanto primaria (en la familia) como secundaria (en los grupos sociales) y la experiencia son los responsables de moldear las decisiones de los individuos (91).

Esta teoría es de suma importancia porque explica cómo influyen diversos factores en la adopción de estilos de vida, los cuales si son practicados correctamente fomentarán un estado de salud óptimo, libre de enfermedades y complicaciones a futuro.

2.4. Definición de términos básicos

- **Estilos de vida:** son los hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados.
- **Estilos de vida saludables:** es el conjunto hábitos, comportamientos y conductas que llevan a los individuos a alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades.
- **Estilos de vida no saludables:** hace referencia a los comportamientos, hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida.
- **Cáncer:** es el crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal.

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis nula

Los estilos de vida no tienen relación con el cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

2.5.2. Hipótesis alterna

Los estilos de vida tienen relación con el cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

2.6. Variables

2.6.1. Definición de variables

- **Variable independiente:** Estilos de vida
- **Variable dependiente:** Cáncer

2.6.2. Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Estilos de vida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Criterios de medición	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Estilos de vida	<p>Son los hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, que son susceptibles de ser modificados (38).</p> <p>Los estilos de vida se expresan en 6 dimensiones: actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y drogas, sueño (41).</p>	<p>Las dimensiones serán evaluadas a través de un cuestionario sobre estilos de vida, el cual consta de cuatro alternativas de respuesta de tipo Likert: Siempre (4), Frecuentemente (3), Algunas veces (2) y Nunca (1) (<i>Anexo N° 01</i>).</p>	<p>Actividad física y deporte</p> <p>Recreación y manejo del tiempo libre</p> <p>Autocuidado y cuidado médico</p> <p>Hábitos alimenticios</p> <p>Consumo de alcohol, tabaco y drogas</p> <p>Sueño</p>	<p>Para categorizar los estilos de vida y sus dimensiones se utilizará el promedio aritmético (<i>Apéndice N° 04</i>).</p>	<p>No saludable</p> <p>39-98 puntos</p> <p>Saludable</p> <p>99-156 puntos</p>	Cualitativa	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE: Cáncer

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Dimensión Operacional	Criterios de medición	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Cáncer	Es el crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal (69).	Se tendrá en cuenta el diagnóstico definitivo del paciente.	Con diagnóstico positivo de cáncer Con diagnóstico negativo de cáncer	Para determinar la presencia o ausencia de cáncer se revisará los registros diarios y las historias clínicas de los pacientes.	SI NO	Cualitativa	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la investigación fue no experimental, se realizó sin manipular las variables y se observó los fenómenos en su ambiente natural.

El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, prospectivo y de corte transversal. Es descriptivo porque describió las características más importantes de las variables en estudio. Es correlacional porque estableció la relación entre los estilos de vida y el cáncer. Es prospectivo porque se realizó en el presente, pero los datos fueron analizados transcurrido un determinado tiempo en el futuro. Es transversal porque se realizó en una población determinada, en un periodo de tiempo específico.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, el cual se encuentra ubicado en la Av. Larry Jhonson S/N - Barrio Mollepampa. Dicho servicio cuenta con una enfermera, una obstetra, una técnica en enfermería, un oncólogo clínico y tres cirujanos oncólogos. Asimismo, comparte sus instalaciones con el área de Estrategias Sanitarias de Tuberculosis e ITS - VIH/SIDA.

3.3. Población

La población estuvo constituida por todos los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, tomándose como referencia 672 usuarios atendidos durante los meses de marzo - mayo del 2018.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Usuarios que desean participar voluntariamente en el desarrollo de la investigación.
- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios que proceden de la Región de Cajamarca.

Criterios de exclusión

- Usuarios que tengan problemas mentales y/o dificultad en el lenguaje y habla.

3.5. Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada uno de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de marzo – mayo del 2019.

3.6. Marco muestral

El marco muestral lo constituyen los registros diarios y las historias clínicas de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de marzo – mayo del 2019.

3.7. Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times pq}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times pq}$$

Donde:

- **n** = tamaño de la muestra
- **N** = tamaño de la población
- **Z** = nivel de confianza (95% = 1.96)
- **p** = proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar. Cuando es desconocida o no existe precedente de la investigación se utiliza 50% = 0.50
- **q** = proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés, por lo tanto, representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas características. (1 – p). La suma de la p y la q siempre debe dar 1. Entonces 1-0.50 = 0.50
- **d** = nivel de precisión absoluta (5% = 0.05)

$$n = \frac{672 \times 1.96^2 \times 0.25}{0.05^2 \times (672 - 1) + 1.96^2 \times 0.25}$$

$$n = 245 \text{ (valor redondeado)}$$

La muestra estuvo conformada por 245 usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de marzo - mayo del 2019.

3.8. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo probabilístico, donde cada individuo de la población tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado. Los usuarios fueron elegidos según los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente.

Para la realización del estudio y aplicación de los instrumentos se acudió todos los días de lunes a viernes de 8:00 am a 1:00 pm durante los meses de marzo – mayo del 2019.

- Los días lunes y jueves se escogió al azar a los pacientes impares, un promedio de 6 por día.
- Los días martes, miércoles y viernes se escogió al azar a los pacientes pares, un promedio de 8 por día.

3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la entrevista, utilizando dos instrumentos: el cuestionario y la ficha de recolección de datos.

- a. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida:** Este instrumento fue utilizado por Arrivillaga y Salazar en su estudio titulado “Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos”. Dicho instrumento fue validado por jueces y mediante una prueba piloto, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,873 (92).

En nuestra investigación, la población en estudio es distinta, motivo por el cual, para un mejor entendimiento y comprensión, se llegó a modificar las palabras de algunas preguntas y otras se eliminaron; esto debido a las diferencias culturales que se presenta con el país de origen del cuestionario. Una vez adaptado el cuestionario fue validado a través de una prueba piloto.

El cuestionario sobre estilos de vida modificado y validado (*Anexo N° 01*), consta de 39 preguntas, dividido en 6 dimensiones: actividad física y deporte (2 preguntas), recreación y manejo del tiempo libre (2 preguntas), autocuidado y cuidado médico (10 preguntas), hábitos alimenticios (16 preguntas), consumo de alcohol, tabaco y drogas (06 preguntas), sueño (03 preguntas).

Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta (Siempre: 4, Frecuentemente: 3, Algunas veces: 2 y Nunca: 1). En el ítem 9, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38 el puntaje es a la inversa (Siempre: 1, Frecuentemente: 2, Algunas veces: 3 y Nunca: 4).

El instrumento fue aplicado individualmente por la investigadora, en un tiempo no mayor a 10 minutos. Luego de obtener el puntaje total, se procedió a determinar si los estilos de vida son saludables o no saludables.

Promedio aritmético:

Para categorizar los estilos de vida se utilizó dos criterios: no saludable y saludable. El cuestionario sobre estilos de vida consta de 39 preguntas, cada una con cuatro alternativas de respuesta con su respectivo puntaje. De acuerdo con los valores establecidos, se halló el promedio aritmético y se determinó los criterios de puntuación (Apéndice N° 04).

- **Puntuación de cada dimensión del cuestionario sobre estilos de vida**

Dimensiones	No saludable	Saludable
Actividad física y deporte	2 - 4 puntos	5 – 8 puntos
Recreación y manejo del tiempo libre	2 - 3 puntos	4 - 8 puntos
Autocuidado y cuidado médico	10 - 17 puntos	18 - 40 puntos
Hábitos alimenticios	16 - 48 puntos	49 - 64 puntos
Consumo de alcohol, tabaco y drogas	6 - 19 puntos	20 - 24 puntos
Sueño	3 - 7 puntos	8 - 12 puntos

- **Puntuación total del cuestionario sobre estilos de vida**

Estilo de vida	Rangos de calificación
No saludable	39 – 98 puntos
Saludable	99 – 156 puntos

- b. Ficha de recolección de datos:** incluye los apellidos y nombres del usuario, número de historia clínica, diagnóstico de cáncer y tipo. Esta ficha fue formulada por la investigadora, teniendo en cuenta la información que se desea recolectar de los registros diarios e historias clínicas de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de marzo – mayo del 2019 (*Apéndice N° 01*).

3.9.1. Procedimiento de recolección de datos

Para llevar a cabo la investigación se solicitó la autorización pertinente a la directora del Hospital Regional Docente de Cajamarca y al jefe del servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer. Asimismo, se realizó los trámites administrativos para obtener la aprobación del proyecto de tesis por la unidad de Docencia e Investigación y el Comité de Ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca. También se solicitó a la oficina de registro el permiso para acceder a las historias clínicas.

Una vez obtenido el permiso para el desarrollo de la investigación, se aplicó el cuestionario sobre estilos de vida, asimismo se realizó la revisión de historias clínicas, recolectando la información a través de la ficha de recolección de datos, previa firma del consentimiento informado (*Apéndice N° 02*).

3.9.2. Validez y confiabilidad del instrumento

La validación y confiabilidad del instrumento se realizó a través de una prueba piloto a 10 usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Estos usuarios cumplieron con los criterios de inclusión, pero no pertenecen a la muestra en estudio. Dicho instrumento fue sometido a la prueba de Alfa de Cronbach, obteniéndose como resultado un valor de 0,83 lo que indica una alta confiabilidad (*Apéndice N° 03*).

3.10. Procesamiento, análisis y presentación de datos

Los datos obtenidos fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2016 y al paquete estadístico SPSS versión 23. Para establecer la relación estadística entre las variables, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Finalmente, la presentación de los resultados se realizó en tablas de contingencia, las cuales se analizaron e interpretaron para luego ser contrastadas con el marco teórico, teniendo en cuenta las variables en estudio.

3.11. Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta los cuatro principios éticos fundamentales:

En el principio de autonomía se respetan los valores y opciones personales de cada individuo, la persona es libre de decidir sobre su propio bien sin ser impuesto en contra de su voluntad (93). Es así que, en nuestro estudio la participación fue de carácter voluntario. En el principio de no maleficencia se respeta la integridad del ser humano, evitando acciones que puedan causarle daño (93). En esta investigación se mantuvo el anonimato y la confidencialidad, la información obtenida fue utilizada únicamente para fines de la investigación, no está permitido la divulgación de los datos y resultados a personas que no estén relacionadas con el estudio.

Por otro lado, el principio de justicia consiste en el reparto equitativo de beneficios, sin hacer distinción o discriminación de algún tipo (93), en este caso se eligió a los usuarios de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, todos tuvieron la oportunidad de ser elegidos. Por último, el principio de beneficencia nos obliga hacer el bien, sin causar daño a otros (93), es así que, en esta investigación los resultados servirán para formular nuevas estrategias en la prevención del cáncer que mejoren la salud de los individuos y la comunidad.

3.12. Dificultades del estudio

- Los trámites para el desarrollo de la investigación en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) demandan mucho tiempo; debido a que, la documentación tiene que pasar por distintas áreas para la autorización y acceso a la información.
- Algunos resultados de Papanicolaou requirieron un tiempo de espera de 15 días aproximadamente, intervalo que demora el procesamiento de la muestra en el laboratorio.
- La escasa información sobre investigaciones anteriores referente a los estilos de vida y el cáncer en general, lo cual es claramente evidenciado al consultar la bibliografía, donde se puede observar que la gran mayoría de estudios se centran más en los estilos de vida y un determinado tipo de cáncer.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 01. Características sociodemográficas de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Sexo		
Masculino	19	7,8
Femenino	226	92,2
Edad		
Menor de 30 años	30	12,2
De 31 a 50 años	121	49,4
De 51 a 70 años	76	31,0
De 71 a más	18	7,4
Grado de instrucción		
Sin instrucción	43	17,6
Primaria incompleta	41	16,7
Primaria completa	53	21,6
Secundaria incompleta	17	6,9
Secundaria completa	46	18,8
Superior	45	18,4
Ocupación*		
Ama de casa	179	73,1
Estudiante	6	2,4
Trabajo no calificado	35	14,3
Trabajo técnico	12	4,9
Trabajo profesional	13	5,3
Procedencia		
Bambamarca	7	2,9
San Miguel	6	2,5
San Pablo	3	1,2
Cajabamba	4	1,6
Cajamarca	200	81,6
Celendín	8	3,3
Chota	6	2,4
Contumazá	1	0,4
Cutervo	1	0,4
Hualgayoc	2	0,8
San Marcos	7	2,9
TOTAL	245	100,0

Fuente: Cuestionario sobre estilos de vida. Cajamarca, 2019.

***Nota:** Trabajo no calificado: agricultor, obrero, comerciante, costurera, empleada del hogar, lavandera, trabajadora de limpieza. Trabajo técnico: auxiliar, cajera, chef, empresaria, recepcionista, representante de ventas, profesiones técnicas. Trabajo profesional: personas con título profesional.

En la tabla 01, se muestran las características sociodemográficas de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, encontrando que el 92,2% de los usuarios corresponde al sexo femenino. En cuanto a la edad 49,4% tiene edades entre 31 a 50 años. En relación al grado de instrucción 21,6% tiene primaria completa y 18,8% secundaria completa. Respecto a la ocupación 73,1% son amas de casa y 81,6% proceden de Cajamarca.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el censo del 2017 en el Perú el 49,2% de la población censada son hombres y el 50,8% son mujeres. Algo similar sucede en Cajamarca donde el 49% son hombres y el 51% son mujeres (94), coincidiendo con nuestros resultados. El sexo constituye una tasa poblacional importante, porque define a hombre y mujer en tareas, roles y estilos de vida diferentes, está estrechamente relacionado con factores ambientales, características fisiológicas y patrones culturales que determinan la calidad de vida del ser humano (95). Estas diferencias influyen en cómo las personas se perciben a sí mismas y a las demás, en cómo actúan e interactúan poniendo en riesgo su salud.

Los datos del perfil sociodemográfico en Cajamarca (2017) coinciden con nuestra investigación, puesto que, la proporción de personas de 15 a 64 años que constituyen la fuerza potencial de trabajo se incrementó a 61,8% y la población de 65 a más años de edad aumentó a 8,7% (94). La evolución de la población en las últimas décadas se refleja en la forma que ha adoptado la pirámide poblacional, así de haber presentado una base ancha y vértice angosto, en la actualidad se observa una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en los centros, que refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Asimismo, se percibe un aumento de la población adulta mayor que indica el inicio del proceso de envejecimiento (94).

El grado de instrucción se ve reflejado en los estilos de vida, ya que las personas con mayor grado de instrucción tienen mayor acceso y facilidad para adquirir información, aprenden a prevenir enfermedades o tratar mejor la enfermedad que padecen, en cambio, las personas con un menor grado de instrucción se ven limitadas en su autocuidado, por el desconocimiento de medidas preventivas y la dificultad que tienen en la comprensión de mensajes (95). El grado de instrucción es un factor que garantiza la salud. Las características y accesibilidad a la educación, ayudan a la gente a encarar mejor el medio en que vive; aumenta sus ingresos, los protege contra riesgos y modifica su comportamiento en beneficio de su salud (96).

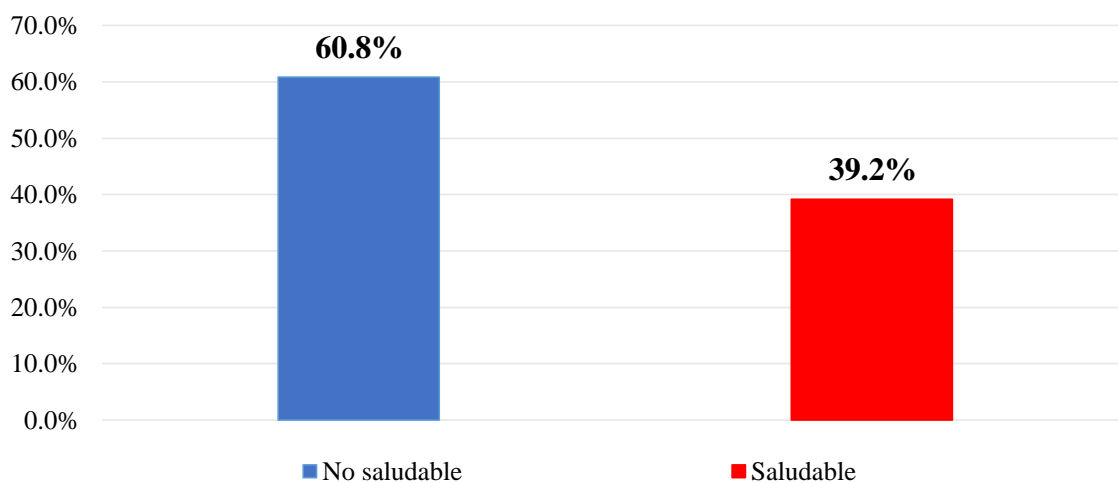
En nuestro estudio son las amas de casa quienes hacen uso de los servicios públicos de salud, esto gracias a que cuentan con un seguro integral de salud, que les permite acceder a una consulta, realizarse exámenes y recibir tratamiento de forma gratuita, sin afectar la economía de su familia. Para Moruno y Romero (2004), la ocupación se concibe como un agente para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la discapacidad y el bienestar psicológico (97). Asimismo, se observa que el mayor porcentaje de usuarios proceden de Cajamarca, esto debido al acceso geográfico que tienen a dicho hospital, la facilidad de transporte y la accesibilidad a los servicios de salud presentes en la zona urbana.

Al momento de realizar la recolección de datos a través de la técnica de la entrevista se evidenció que la mayoría de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca tienen edades comprendidas entre los 31 a 70 años de edad, lo que significa que se encuentran en una etapa de vida económicamente activa, en la cual pueden satisfacer sus necesidades por sí mismos, sin depender totalmente de sus familiares. En relación al sexo, se observa que son las mujeres quienes acuden con más frecuencia a realizarse un despistaje, por ende, son quienes tienen una mayor cultura de prevención, ya que no necesitan presentar una sintomatología para descartar alguna enfermedad, como en el caso de los hombres que acuden a un establecimiento de salud cuando ya presentan síntomas, ignorando las molestias ya sea por vergüenza, machismo, trabajo o miedo. Estas diferencias se deben a la gran difusión de programas de salud dirigidos exclusivamente a la población femenina. Un claro ejemplo de ello, es la promoción de la toma anual de Papanicolaou, la vacuna contra el virus del papiloma humano, el autoexamen de mamas, etc. a través de los medios de comunicación.

También se puede apreciar que los habitantes que residen en provincias lejanas a Cajamarca, están acudiendo cada vez más a realizarse un despistaje de cáncer, generando un incremento en la demanda de atención, insumos, equipos y profesional de salud capacitado, con el cual el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer no cuenta.

En la tabla 03 se observa que el 78,9% de los usuarios con diagnóstico de cáncer corresponde al sexo masculino. El 83,3% tiene edades entre 71 años a más, el 48,8% no tiene instrucción y el 31,7% tiene primaria incompleta. El 48,6% tiene un trabajo no calificado y el 100% procede de Cajabamba, Contumazá y Cutervo (*Anexo N° 02*).

GRÁFICO 01. Estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.



Fuente: Cuestionario sobre estilos de vida. Cajamarca, 2019.

En el gráfico 01, se muestra que 60,8% de los usuarios tiene un estilo de vida no saludable y 39,2% un estilo de vida saludable. Comparando ambos porcentajes, se aprecia un predominio de estilos de vida no saludables, con una diferencia del 21,6%.

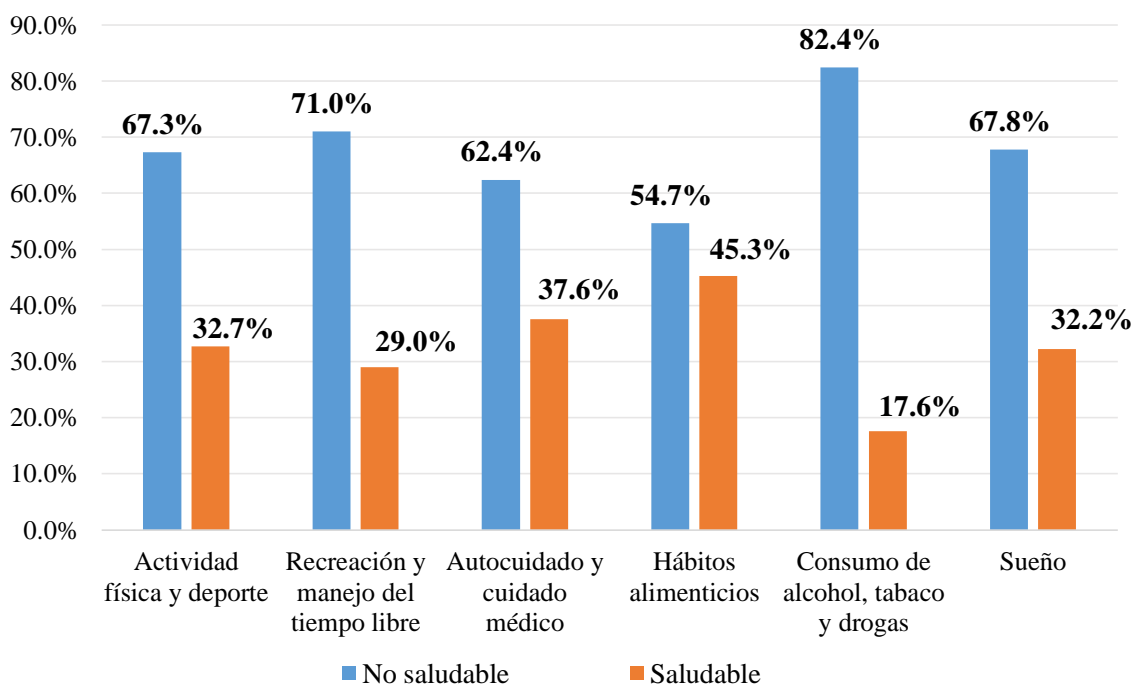
Los estilos de vida constituyen el principal determinante de la salud, son un conjunto de actividades y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. Por ende, el estilo de vida que se adopte tendrá repercusión en la salud física, psíquica y social del individuo (36). Los estilos de vida están altamente influenciados por la idiosincrasia de los pueblos, de tal manera que los seres humanos siguen un patrón de vida, como herencia, que va pasando de generación en generación; puede que exista algunos cambios, pero estos son aceptados y practicados por los jóvenes. Algo que no sucede con las personas mayores quienes siguen con su forma de vida tradicional, reacios a aceptar modificaciones en sus estilos de vida, que mejoren su salud y eviten la aparición de enfermedades.

Para Aguilar (2013), los estilos de vida no saludables son comportamientos, hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida (42), lo que conlleva a presentar enfermedades crónico degenerativas

que con el paso del tiempo se exageran complicando el estado de salud, ocasionando la muerte. Pese a estar informados sobre los riesgos de practicar estilos de vida no saludables, la población cajamarquina no toma conciencia respecto al tema, justifican estos malos hábitos con la falta de recursos, escasa educación, difícil acceso a los establecimientos de salud, falta de tiempo libre, largas distancias de un lugar a otro y falta de interés por parte de las autoridades.

En el caso de los usuarios que acuden al servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer, poco a poco están modificando sus estilos de vida, sin embargo, aún no logran concientizar a los miembros de su familia o comunidad, lo que evidencia una falencia en el sistema de salud en cuanto a promoción de estilos de vida saludables en niños, jóvenes y adultos. Por lo que, se hace necesaria la participación e intervención constante del profesional de enfermería en la educación y promoción de la salud no solo a nivel intramural sino también extramural y de esta manera ayudar a las personas a tomar decisiones que velen por su bienestar y buen estado de salud.

GRÁFICO 02. Dimensiones de los estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.



Fuente: Cuestionario sobre estilos de vida. Cajamarca, 2019.

En el gráfico 02, se muestra las dimensiones de los estilos de vida de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

En la dimensión actividad física y deporte: 67,3% tiene un estilo de vida no saludable y 32,7% un estilo de vida saludable. El uso de la tecnología en diversas actividades ocupacionales, está creando cada día más actividades de entretenimiento sedentarias, tales como ver televisión, usar computadoras, entretenerse con videojuegos, etc., que conducen a una menor actividad física. Asimismo, las diversas formas motorizadas de transporte están reemplazando formas activas como caminar o montar bicicleta incrementando el sedentarismo (98), definido como el escaso desarrollo de actividad física, el cual se encuentra estrechamente vinculado a los estilos de vida y es reconocido como un factor de riesgo para múltiples enfermedades como obesidad, diabetes tipo 2, cáncer y problemas cardiovasculares. El sedentarismo está presente desde muy temprana edad, se mantiene no solo durante las etapas de formación intelectual sino también en la futura vida profesional (99). Por ende, es necesario fomentar la práctica de actividad física en los

niños, donde es más factible modificar estilos de vida no saludables y de esta manera prevenir enfermedades en la adultez.

Respecto a la dimensión recreación y manejo del tiempo libre: 71% tiene un estilo de vida no saludable y 29% un estilo de vida saludable. Para Salazar C. (2008) la recreación es un conjunto de actividades agradables en las cuales se participa durante el tiempo libre y que fomentan el uso positivo de éste para promover el desarrollo integral de las personas. Este desarrollo se alcanza por medio del disfrute o gozo por lo que se hace, la selección de actividades que nos agradan y la participación voluntaria en lo que se desea realizar (100). Los beneficios personales son a nivel físico, social, psicológico, intelectual y espiritual, mientras que, en la sociedad, los beneficios se obtienen para la familia, los diversos grupos sociales, la economía y el ambiente (101).

La recreación ofrece actividades que promueven el bienestar individual y colectivo, los cuales a su vez generan ambientes de cooperación, integración y respeto. Las actividades sociales y la amistad fomentada con la recreación generan sentimientos de apoyo y reducen la soledad y el aislamiento. La compañía que se obtiene con la recreación modera los efectos del estrés sobre la salud mental y la salud física (100).

En relación a la dimensión autocuidado y cuidado médico: 62,4% tiene un estilo de vida no saludable y 37,6% un estilo de vida saludable. Los estilos de vida son patrones de comportamiento, influenciados por factores internos como pensamientos, emociones, conocimientos, habilidades y actitudes; y factores externos que incluyen las condiciones familiares, sociales, culturales y medioambientales. El estilo de vida involucra diferentes dimensiones entre las que se incluye el autocuidado, el cual es una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas de acuerdo con sus características de género, etnia, clase social y etapa del proceso vital (102).

El autocuidado es un comportamiento aprendido que existe en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar. Desde el comienzo de la existencia del ser humano, los cuidados se basan en asegurar todo aquello que contribuye a mantener y conservar la vida, es una acción que resulta del aprendizaje y crecimiento vital producido por las experiencias como cuidador de sí mismo y de quienes forman parte de su entorno (103). La aparición de un problema de salud,

especialmente de larga duración, como el cáncer, significa para la persona afectada y su familia un cambio sustancial en sus vidas, ya que deben incorporar nuevas acciones específicas para la recuperación de su autonomía e independencia. Los cambios que genera en la vida de quienes lo padecen y en sus familias constituye una amenaza para la salud a corto, mediano y largo plazo, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, que merman la calidad de vida de la persona afectada y su entorno (104).

En cuanto a la dimensión hábitos alimenticios: 54,7% tiene un estilo de vida no saludable y 45,3% un estilo de vida saludable. La conducta alimentaria incluye componentes psicológicos, sociales y la propia regulación corporal. En cuanto a los componentes sociales, en la actualidad se dispone de gran cantidad de recursos, por lo que la preocupación no se basa en la cantidad de alimento sino en la calidad, determinada por las costumbres, tradiciones o creencias. La elección de los alimentos determina la dieta y por tanto el estado nutricional y la salud. Está influenciada por las preferencias adquiridas de forma individual, de amigos y familiares. La alimentación es un factor que influye en el riesgo de enfermar. Dicho riesgo se ve incrementado por el sedentarismo, el consumo excesivo de grasa, la deficiente fibra en la dieta, el consumo excesivo de comidas rápidas, bebidas gasificadas y alcohol, el comer entre comidas e ingerir menos de 5 comidas al día (105).

Es frecuente encontrar familias en las que cada miembro come a horas diferentes, sus cenas se basan en algo ligero, lo que se traduce en un consumo de embutidos, comida rápida, alimentos precocidos o fritos, lo que da lugar a una dieta poco variada y completa, excesivamente energética, carente de fibra y micronutrientes. En ocasiones no se realizan las cinco ingestas al día, faltando principalmente el desayuno, lo que favorece el hábito de comer entre comidas y que a largo tiempo conlleva a la aparición de enfermedades como el cáncer.

Referente a la dimensión consumo de alcohol, tabaco y drogas: 82,4% tiene un estilo de vida no saludable y 17,6% un estilo de vida saludable. El consumo de tabaco y alcohol representa un problema creciente de salud pública, debido a las múltiples consecuencias que ocasiona en el individuo, familia y comunidad. Son las sustancias psicoactivas más usadas por la población en general y forman parte de la vida cotidiana, como un acto social y cultural. La adicción a estas drogas afecta significativamente la vida de las personas, provocando afecciones hepáticas, diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios graves, lesiones y accidentes automovilísticos, los cuales se ubican entre las primeras causas de enfermedad, invalidez y muerte prematura,

aumentando los costos de atención en salud (106). Asimismo, las personas que sufren una adicción son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo y los problemas con la ley, son con más frecuencia víctimas de violencia y discriminación (107).

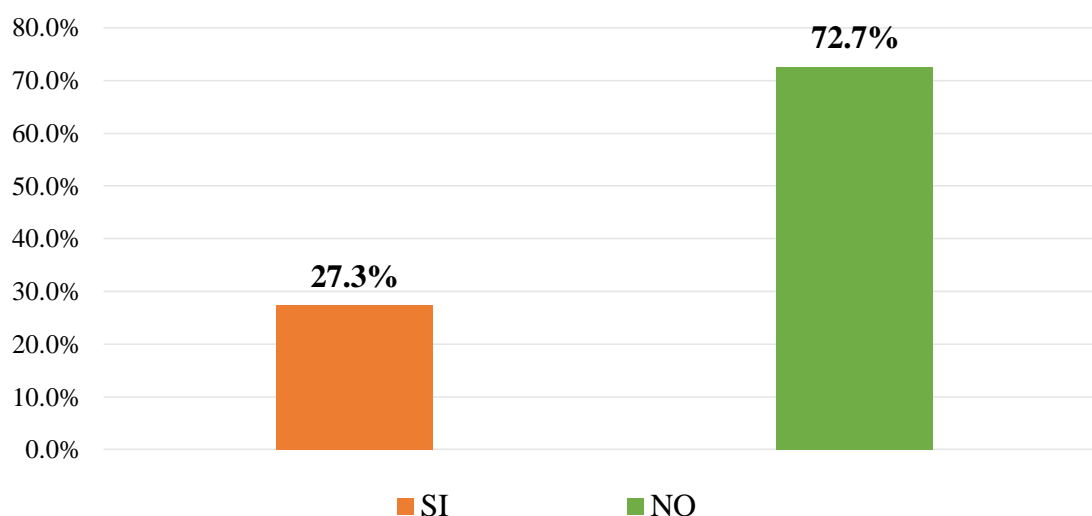
En la dimensión sueño: 67,8% tiene un estilo de vida no saludable y 32,2% un estilo de vida saludable. El sueño es una necesidad biológica del ser humano, la cantidad de horas de sueño varía según la persona y cambia a lo largo del ciclo de vida. La mayoría de los adultos, incluyendo los de edad avanzada, necesitan entre 7 a 8 horas de sueño (66). Durante el sueño, las funciones físicas y psicológicas se restablecen para un óptimo rendimiento corporal y mental, donde no solo es importante la cantidad de horas sino la calidad del sueño. Un sueño de buena calidad mejora el bienestar general y la calidad de vida, estimula el sistema inmune y ayuda a combatir infecciones, permite tener un mejor desempeño académico, fortalece la memoria y ayuda a metabolizar el azúcar, previniendo la diabetes y el síndrome metabólico. También previene complicaciones vasculares como la hipertensión, infartos y accidentes cerebrovasculares, además de disminuir el riesgo de morir prematuramente (67).

La cantidad necesaria de sueño en el ser humano está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento (108). Algunas de las consecuencias de no dormir el número adecuado de horas cada día son el estrés, mal humor, dificultad para concentrarse, mala coordinación, poca energía, falta de agilidad e incurrimento en errores con mayor frecuencia (68).

De acuerdo al gráfico, los resultados obtenidos son el reflejo de la situación de salud en Cajamarca. Hoy en día la población cajamarquina dedica menos tiempo a actividades físicas y recreativas y se enfoca plenamente en su trabajo y tareas agrícolas. No acuden a chequeos médicos salvo cuando presentan alguna sintomatología y en ocasiones se automedican. Además, no hacen uso del protector solar ni se realizan exámenes médicos ya sea por falta de tiempo, interés o desconocimiento. Por otro lado, tienen una dieta a base de carbohidratos, sin un horario fijo en las comidas, de vez en cuando consumen alcohol y tabaco, y algunas veces se trasnochan. En resumen, todas estas actitudes a futuro pueden convertirse en factores de riesgo potenciales para el desarrollo de cáncer.

Estos resultados evidencian la deficiencia en cuanto a promoción de estilos de vida saludables, por lo que, se propone a las autoridades ejecuten actividades basadas en la prevención y promoción de la salud, que permitan sensibilizar a los usuarios, familiares y población en general, sobre las consecuencias que tiene la práctica de estilos de vida no saludables en la prevención y control del cáncer. Asimismo, se sugiere realizar campañas de salud; que brinden información a la ciudadanía respecto a los diferentes tipos de cáncer y sus factores de riesgo, motivándolos a adoptar conductas saludables que contribuyan a una mejor calidad de vida.

GRÁFICO 03. Frecuencia de cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos. Cajamarca, 2019. Elaboración propia.

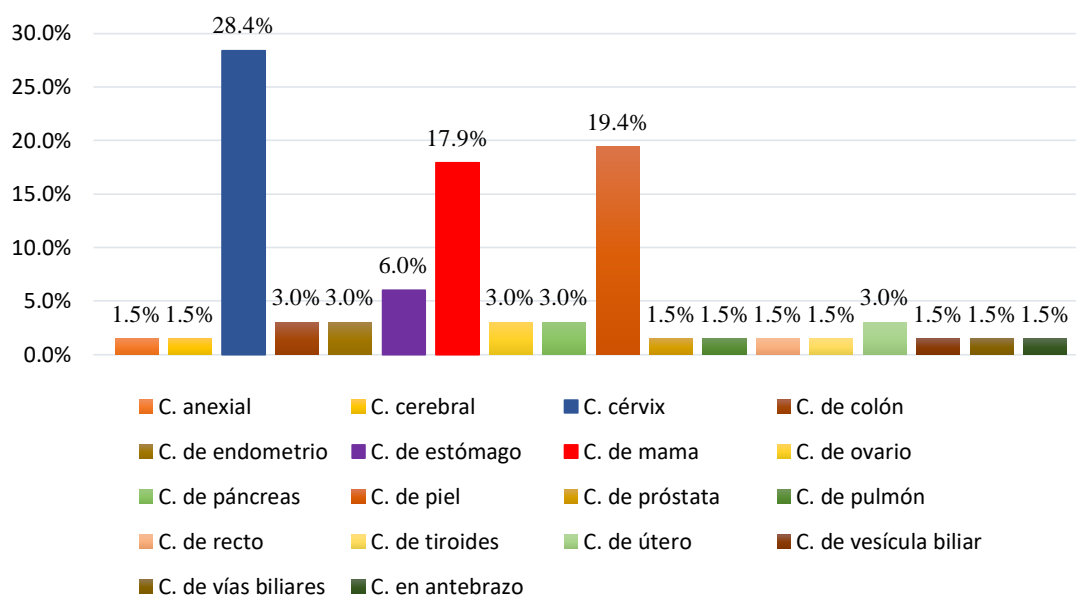
En el gráfico 03, se observa que 27,3% (67) de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca presenta cáncer y 72,7% (178) no lo padece.

Según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), en el año 2017 se reportaron 146 casos de cáncer en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (05), comparado con nuestro estudio se evidencia una disminución en cuanto a los casos, sin embargo, aún continúan presentándose, lo cual puede ser atribuido a determinantes sociales como la pobreza, educación y urbanización así como a factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras, sedentarismo, sobrepeso y obesidad (97).

En el Perú, cada año se diagnostican más de 66 000 casos nuevos de cáncer y se estima que fallecen más de 32 000 personas por esta enfermedad. El cáncer representa la primera causa de muerte en el país ocasionando 130 defunciones por cada cien mil habitantes. Esta alta mortalidad se debe a que en siete de cada diez personas que acuden en busca de atención por cáncer, el diagnóstico se realiza tardíamente. Asimismo, puede explicarse por las dificultades para alcanzar una cobertura adecuada en las pruebas de tamizaje debido a factores sociodemográficos y culturales de la población (97).

Estos resultados evidencian que el cáncer continúa siendo un problema de salud pública en el país. Si bien es cierto, se ha alcanzado logros en la lucha contra el cáncer como la reducción de la mortalidad y de la prevalencia de algunos factores de riesgo, el camino para la prevención y el control aún es largo con muchos desafíos que abordar. Por lo que, es momento que las intervenciones involucren no solo al sector salud sino también a otras instituciones públicas y privadas que podrían constituirse aliados importantes. Además, se debe concientizar a la población sobre la importancia de asumir un rol más activo en la prevención y control del cáncer, lo cual incluye asumir estilos de vida saludable, así como, realizarse pruebas de tamizaje aun cuando no presenten síntomas (97).

GRÁFICO 04. Tipos de cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.



Fuente: Cuestionario sobre estilos de vida. Cajamarca, 2019.

En el gráfico 04, se observa que el cáncer más frecuente es el cáncer de cervix (28,4%), seguido del cáncer de piel (19,4%), cáncer de mama (17,9%) y cáncer de estómago (6%).

Un estudio realizado en el Perú por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2017, determinó que los tipos de cáncer más frecuentes independiente del sexo son: cáncer de cervix (20,9%), cáncer de estómago (11,1%) y cáncer de piel (10,4%) (18). En Cajamarca ese mismo según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se encontró que los tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia son: cáncer de cervix (28,1%), cáncer de estómago (25,3%), cáncer de colon (11%), cáncer de piel (8,2%) y cáncer de mama (6,2%) (5).

Contrastando las investigaciones anteriores con nuestros datos se puede observar que, tanto a nivel nacional como local, el cáncer de cervix continúa siendo el más frecuente, esto probablemente debido a la falta de información y acceso a los servicios de salud así como a conductas sexuales de riesgo como tener múltiples parejas sexuales, no utilizar preservativo, iniciar las relaciones sexuales a temprana edad y sufrir de infecciones. Asimismo, también se puede apreciar que el cáncer de piel está cobrando importancia al presentar un ligero aumento,

esto gracias a los altos niveles de radiación solar en el Perú y Cajamarca, sumado a las escasas medidas de protección solar, como son no usar bloqueador, no cubrir su cuerpo con prendas oscuras, lentes de sol y/o sombreros y exponerse al sol entre las 10 y 4 de la tarde siendo las horas de mayor radiación solar.

En relación al cáncer de cérvix, su desarrollo se debe a una infección por el virus del papiloma humano (VPH) de tipo oncogénico, que junto con otros factores como la susceptibilidad genética y la práctica de conductas sexuales de riesgo aumentan la probabilidad de enfermar. El cáncer cervical se presenta con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años con picos en torno a los 50. Sus lesiones premalignas no producen síntomas, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología, por lo que la mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados (71), cuando se hace notorio los síntomas de la enfermedad.

Respecto al cáncer de piel, el Perú presenta un mayor índice de radiación debido al agotamiento de la capa de ozono, producto de la contaminación ambiental y nuestra cercanía a la línea ecuatorial. En Cajamarca, según el Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI) el índice de radiación ultravioleta es de 18, es decir, extremadamente alto (109,110). Todos estamos expuestos a la radiación ultravioleta procedente del sol y de numerosas fuentes artificiales utilizadas en la industria, el comercio y durante el tiempo libre. Pequeñas dosis de radiación ultravioleta son beneficiosas para el ser humano y esenciales para la producción de vitamina D, sin embargo, una exposición prolongada puede producir efectos agudos y crónicos en la salud de la piel, los ojos y el sistema inmunitario (111).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, el diagnóstico temprano constituye la piedra angular para reducir la mortalidad por cáncer, principalmente para los cánceres de cuello uterino, mama, próstata, colon y piel, para los cuales existen pruebas de tamizaje (97). Se debe acudir periódicamente a realizarse a un chequeo, aun cuando no presenten síntomas, pues en caso de diagnosticarse un cáncer, este puede ser tratado oportunamente. Asimismo, se necesita urgentemente programas educativos que den a conocer mejor los efectos nocivos de la radiación ultravioleta y fomenten cambios en los estilos de vida que frenen el aumento continuo del cáncer de piel.

TABLA 02. Estilos de vida y su relación con el cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

ESTILOS DE VIDA	DIAGNÓSTICO DE CÁNCER				X^2	p	OR
	SI		NO				
	n	%	n	%			
No saludable	47	19,1	102	41,7			
Saludable	20	8,2	76	31,0	3,371	0,066	
Total	67	27,3	178	72,7			

Fuente: Cuestionario sobre estilos de vida y Ficha de recolección de datos. Cajamarca, 2019

$$OR = 1,751 \text{ IC95\%} = 0,959 - 3,196$$

La tabla 02 muestra la relación entre los estilos de vida y el cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Según lo observado del 27,3% de usuarios diagnosticados con cáncer: 19,1% tiene un estilo de vida no saludable y 8,2% un estilo de vida saludable. Mientras que, del 72,7% de usuarios diagnosticados sin cáncer: 41,7% tiene un estilo de vida no saludable y 31% un estilo de vida saludable.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 3,371 y un p valor de 0,066 siendo $p > 0,05$ (Apéndice N° 05) concluyendo así que no existe relación estadística significativa entre los estilos de vida y el cáncer en la población en estudio, por lo tanto, ambas variables son independientes entre sí. Asimismo, al hallar el Odds Ratio (OR) se obtuvo un valor de 1,751 con un intervalo de confianza del 95% que oscila entre 0,959 - 3,196 lo que indica que la asociación no es estadísticamente significativa, por lo que los estilos de vida no saludables no son un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer (Apéndice N° 06).

De acuerdo a lo descrito anteriormente al no encontrar investigaciones anteriores relacionadas con los estilos de vida y el cáncer en general, se consideró aquellas enfocadas en los factores de riesgo para determinado tipo de cáncer. En este caso, estudios relacionados con el cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de cérvix, cáncer gástrico y cáncer de mama.

En un estudio realizado por Acosta I, Remón L, Segura P, et al. (Cuba, 2016) se encontró que el hábito de fumar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los factores de riesgo de mayor importancia para el desarrollo de cáncer de pulmón (OR=3,8 y OR=2,49) (26). Otro estudio realizado por Jurado D, Bravo L, Cerón C, et al. (Colombia, 2015) identificó que el consumo diario de alcohol y el consumo diario de cigarrillo presenta una asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de cáncer colorrectal (OR=5,8 IC95% 1,3-26,7 y OR=9,1 IC95% 1,7-70 respectivamente) (27).

Para Cifuentes L, Manrique F, Ospina J. (Colombia, 2014) los factores que se encuentran significativamente asociados con la presencia de lesión preneoplásica en la citología vaginal son: historia de dos o más parejas sexuales (OR=85,0 IC95% 11,2-639); antecedente familiar de cáncer (OR=23,9 IC95% 8,9-66,7); consumo de cigarrillo (OR=12,1 IC95% 4,0-36,3); consumo de bebidas alcohólicas (OR=10,8 IC95% 4,8-24,4); antecedente de infecciones vaginales (OR=10,1 IC95% 3,7-27,6) y ningún grado de escolaridad (OR=3,49 IC95% 1,6-7,3) (28). Datos similares encontró Conde A. (Lima, 2014) en su investigación donde concluyó que los factores asociados significativamente con lesiones en el cuello uterino son antecedente familiar (p=0,0081 OR=4); consumo de tabaco (p=0,0017 OR=4); intervalo entre las tomas de PAP mayor de dos años (p=0,0000 OR=14,7); presencia de infecciones de transmisión sexual en los últimos cinco años (p=0,0000 OR=11,70) y presencia del Virus Papiloma Humano (p=0,0000 OR 27,55) (33).

Batallanos M. (Lima, 2018) en su investigación determinó que los factores de riesgo de cáncer de mama fueron edad > 55 años (OR=2,072 p=0,021), sobrepeso u obesidad (OR=2,159 p=0,029), edad de menarquía < 12 años (OR=3,811 p=0,007), nuliparidad (OR=3,25 p=0,017) y antecedente familiar (OR=16,72 p<0,001) (31). Datos parecidos encontró Bazán M. (Cajamarca, 2017) al concluir que los factores de riesgo no modificables para cáncer de mama son: tener antecedentes familiares de cáncer de mama (OR=10); tener antecedentes personales de enfermedad mamaria benigna (OR=8). En cuanto a los factores de riesgo modificables lo

constituyen: no realizarse un autoexamen de mama mensual (OR=10), tener el hábito de fumar (OR=9,9), tener sobrepeso u obesidad (OR=9,9), no realizarse ecografía mamaria (OR=9,3), no tener frecuencia en la realización de las mamografías (OR=9,3), ingerir bebidas alcohólicas (OR=8,8), ser nulípara (OR=7,2) y no realizarse revisiones ginecológicas anuales (OR=5,3) (34).

Finalmente, un estudio realizado por Gómez M, Otero W, Ruiz X. (Colombia, 2009) determinó una asociación positiva con los siguientes factores: colocar sal a un plato antes de probarlo OR=5,56 (IC 95% 1,8-17,1) p=0,01, consumo de alimentos asados OR=3,97 (IC 95% 2,2-7,4) p=0,001, antecedente de cáncer gástrico en familiares de primer grado OR=4,2 (IC 95% 1,7-10,4) p=0,001 y consumo de alimentos cocinados al horno OR=5,68 (IC 95% 1,21-26,7) p=0,014 (30).

Contrastando las investigaciones anteriores con nuestro estudio se observan resultados contrarios a los nuestros, concluyendo así que los estilos de vida considerados en esta investigación no estarían influyendo de manera imperante en el desarrollo de cáncer en Cajamarca, por el contrario, existirían otros factores que estarían involucrados en su aparición. Quizás el incremento de los casos pueda deberse a determinantes sociales como la pobreza, la educación y la urbanización, así como, a la radiación ultravioleta, la contaminación del aire, agua y suelo, la exposición profesional, prácticas sexuales inadecuadas e infecciones oncogénicas producidas por el virus del papiloma humano (VPH), el virus de la hepatitis B (VHB) y la bacteria *Helicobacter pylori* (82,83,85,86).

CONCLUSIONES

Una vez concluida la interpretación y discusión de cada uno de los resultados, en concordancia con los objetivos planteados en el estudio, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca son: El mayor porcentaje corresponde al sexo femenino, con edades entre 31 a 50 años, con primaria y secundaria completa, amas de casa, procedentes de Cajamarca.
2. Más de la mitad de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca tienen estilos de vida no saludables y más de un tercio estilos de vida saludables.
3. Más de un cuarto de los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca tiene un diagnóstico positivo de cáncer y cerca de las tres cuartas partes un diagnóstico negativo.
4. La prueba de Chi cuadrado así como el Odds Ratio (OR) determinó que no existe relación estadística significativa entre los estilos de vida y el cáncer en esta población en estudio ($p=0,066$) ($OR= 1,75$ $IC95\% = 0,959 - 3,196$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud del servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca: implementar programas educativos en los jardines, colegios, universidades e instituciones públicas y privadas enfocados en la prevención y promoción de la salud, realizar un seguimiento a los usuarios con cáncer y crear grupos de apoyo que les permita mejorar su calidad de vida. Asimismo, a través de consejerías y sesiones demostrativas se debe fomentar los estilos de vida saludables, enfatizando en la alimentación y actividad física. Por último, se recomienda mayor difusión de la cartera de servicios en toda la región de Cajamarca.
2. A los medios de comunicación de la ciudad de Cajamarca: Incluir dentro de sus programaciones al menos un programa de salud, que incluya temas de alimentación, actividad física y hábitos nocivos: alcohol, tabaco y drogas. Dicho programa será avalado con documentos normativos y boletines epidemiológicos que plasmarán la situación de salud de los cajamarquinos.
3. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería: Elaborar y ejecutar un proyecto de alimentación saludable, supervisar a kioscos y cafetines dentro de la ciudad universitaria, verificar la venta de alimentos saludables y en óptimas condiciones. Asimismo, se recomienda dar continuidad a futuras investigaciones sobre los estilos de vida y el cáncer, a fin de evaluar la eficacia de las estrategias planteadas en esta investigación.
4. A los directivos de la Dirección Regional de Salud – Cajamarca: en vista de los resultados obtenidos, es necesario fortalecer las políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades de una manera más integral. Además, se debe reforzar las actividades en atención primaria, tanto en la comunidad como en instituciones públicas y/o privadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2019 [citado 07 julio 2018]. Disponible en: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
2. Solidoro A. Cáncer en el siglo XXI. Acta Med Per [Internet]. 2006 [citado 07 julio 2018]; 23(2):112-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/966/96623211.pdf>
3. Salas D, Peiro R. Evidencias sobre la prevención del cáncer. Rev esp sanid penit [Internet]. 2013 [citado 07 julio 2018]; 15(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1575-06202013000200005>
4. Pinillos L. Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer [Internet]. 2007 [citado 07 julio 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1785.pdf>
5. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis de la situación de salud año 2017 [Internet]. Cajamarca: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; 2018 [citado 07 julio 2018]. Disponible en: <http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%202017%20HRDC.pdf>
6. Chávez L. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta del caserío Palominos - Tambogrande - Piura, 2012 [Tesis en internet]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015 [citado 10 julio 2018]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/730/ESTILOS_DE_VIDA_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_LISBETH_ELIZABETH_CHAVEZ_ALCAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. López L, Valladares G, Contreras J, Varela E, Figueroa A, et al. Estudios sobre estilos de vida y riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones adultas de áreas urbanas de la ciudad de Guatemala. Rev Univ Valle Guatemala [Internet]. 2009 [citado 10 julio 2018]; 20:63-68. Disponible en: <http://tauceti.uvg.edu.gt/publicaciones/revista/volumenes/Revista%2020.pdf>
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú [Internet]. 2013 [citado 10 julio 2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asiscancer.pdf>
9. Ramos W, Venegas D, Honorio H, Pesantes J, et al. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. Rev Peru Epidemiol [Internet]. 2014 [citado 10 julio 2018]; 18(1):1-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677006.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018 [citado 10 julio 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
11. Grau J. Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. Sal Soc [Internet]. 2016 [citado 16 julio 2018]; 7(2):138-166. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>
12. Camacho L, Echeverría S, Reynoso L. Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. J Behav Health Soc Issues [Internet]. 2010 [citado 16 julio 2018]; 2(1):91-103. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221727010.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables en Comunidades Indígenas [Internet]. 2016 [citado 04 agosto 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Grimaldo M. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psic Sal* [Internet]. 2012 [citado 04 agosto 2018]; 22(1):75-87. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/234016007EstilodevidasaludableenestudiantesdeposgradodeCienciasdeSalud>
15. Gómez Z, Landeros P, Romero E, et al. Estilo de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Rev Salud Publica Nutr* [Internet]. 2016 [citado 04 agosto 2018]; 15(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer: Datos y Cifras [Internet]. 2018 [citado 12 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El cáncer en la región de las Américas [Internet]. 2014 [citado 12 agosto 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dm_documents/2014/OPS-Nota-Informativa-Cancer-2014.pdf
18. Ramos M. Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. *Boletín epidemiológico del Perú* [Internet]. 2018 [citado 12 agosto 2018]; 27 (31): 703-705. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/31.pdf>
19. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis de la situación de salud año 2016 [Internet]. Cajamarca: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; 2017 [citado 22 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/DOCUMENTO%20ASIS%202016%20HRDC.pdf>
20. Guerrero L, Ramón A. Estilo de vida y salud. *Red Rev Cient* [Internet]. 2010 [citado 22 agosto 2018]; 14(48):13-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>

21. Pinillos L. Cáncer en el Perú: retos para el milenio. *Act Med Per* [Internet]. 2006 [citado 10 septiembre 2018]; 23(2):55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/966/96623201.pdf>
22. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). La Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) incluyó al Perú en Globocan 2018 [Internet]. 2018 [citado 10 septiembre 2018]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/la-agencia-internacional-de-investigacion-en-cancer-incluyo-al-peru-en-globocan-2018/>
23. Zaharia M. El cáncer como problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 10 septiembre 2018]; 30(1):7-8. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2013.v30.n1.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2016 [Internet]. 2017 [citado 10 septiembre 2018]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/docsalud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf
25. Fernández M, Regueira S, Torres M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Rev Elec Zoilo Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2016 [citado 20 septiembre 2018]; 41(11):1-10. Disponible en: http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/940/pdf_349
26. Acosta I, Remón L, Segura P, et al. Factores de riesgo para cáncer de pulmón. *Correo Cient Med* [Internet]. 2016 [citado 21 septiembre 2018]; 20(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005
27. Jurado D, Bravo L, Cerón C, Guerrero N, Yépez M. Hábitos de vida y cáncer colorrectal: un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos. *Rev Univ Salud* [Internet]. 2015 [citado 20 septiembre 2018]; 17(1):7-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a02.pdf>

28. Cifuentes L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Av Enferm* [Internet]. 2014 [citado 20 septiembre 2018]; 32(1):63-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a07.pdf>
29. Lancheros N. Factores alimentarios y nutricionales asociados al cáncer gástrico y presencia de *Helicobacter pylori* a nivel mundial 1995-2013 [Tesis en internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013. [citado 21 septiembre 2018]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12002/LancherosGalvisNataliaAndre2013.pdf;sequence=1>
30. Gómez M, Otero W, Ruiz X. Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos. *Rev Col Gastroenterol* [Internet]. 2009 [citado 21 septiembre 2018]; 24(2):134-143. Disponible en: <http://www.williamotero.com/wp-content/uploads/2018/02/factores-de-riesgo-para-cancer-gastrico-en-pacientes-colombianos.pdf>
31. Batallanos M. Factores asociados a cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2016-2017 [Tesis en internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. [citado 21 septiembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1205/16-TESIS-MBatallanos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Taípe A, Zevallos B. Factores de riesgo y tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2014-2016 [Tesis en internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017. [citado 21 septiembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1103/TP%20-%20UNH.%20ENF.%2000083.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Conde A. Factores de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino en mujeres en edad fértil. Hospital María Auxiliadora. Julio - agosto 2013 [Tesis en internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2014. [citado 21 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1509/1/Condefa.pdf>

34. Bazán M. Factores de riesgo en mujeres tamizadas para cáncer de mama. Preventorio oncológico del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015 [Tesis en internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. [citado 21 septiembre 2018]. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1062/T016_41459484.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario [Internet]. 1998 [citado 22 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
36. Palma A, Pérez G. Atención sanitaria [Internet]. 1° edición. España: Ediciones Paraninfo; 2014 [citado 22 septiembre 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=tIAyDwAAQBAJ&pg=PA4&dq=estilo+de+vida+atencion+sanitaria+pagina+4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwicyqKiiL7cAhVqRN8KHeX0CU0Q6AEIMjAC#v=onepage&q=estilo%20de%20vida%20atencion%20sanitaria%20pagina%204&f=false>
37. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Promoción Salud [Internet]. 2010 [citado 22 septiembre 2018]; 15(1):128-143. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
38. Sanabria P, González L, Urrego D. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Rev Med [Internet]. 2007 [citado 24 septiembre 2018]; 15(2):207-2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
39. Becerra S. Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. Rev Psic [Internet]. 2016 [citado 24 septiembre 2018]; 34(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v34n2/a02v34n2.pdf>

40. Mendoza R, Sagrera M, Batista J. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud, 1986-1990 [Internet]. 1994 [citado 25 septiembre 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=vCmq0DCZBSEC&pg=PA17&dq=estilos+de+vida+que+se+relacionados+con+la+salud+cuales+son&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi1pvXHsMjcAhWptVkKHRzRBWcQ6AEIJjAA#v=onepage&q=estilos%20de%20vida%20que%20se%20relacionados%20con%20la%20salud%20cuales%20son&f=false>
41. Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Med [Internet]. 2003 [citado 25 septiembre 2018]; 34(4):186-195. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
42. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. [Tesis en internet]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2013 [citado 25 septiembre 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3579/Aguilar_mg.pdf?sequence=1
43. Campo L, Herazo Y, García F, Suarez M, et al. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. Salud Uninorte [Internet]. 2017 [citado 26 septiembre 2018]; 33(3):419-428. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00419.pdf>
44. Ministerio de Salud. Secretaria Nacional del Deporte. Guía de actividad física [Internet]. c2018 [citado 26 septiembre 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=guia-de-actividad-fisica-msp-compressed&Itemid=307
45. Vicente G, Benito P, Casajús J, Ara I, et al. Actividad física, ejercicio y deporte en la lucha contra la obesidad infantil y juvenil. Nutr Hosp [Internet]. 2016 [citado 26 septiembre 2018]; 33(9):1-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309249471001.pdf>
46. De la Cruz E, Pino J. Condición física y salud [Internet]. c2018 [citado 26 septiembre 2018]. Disponible en: <https://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1QSMFJ927-15V1ZQG-2TL4/CONDICI%C3%93N%20F%C3%8DSICA%20Y%20SALUD.pdf>

47. Almache W, Cando G. Análisis de la condición física de los estudiantes de 1° y 2° de Bachillerato y su incidencia en el rendimiento deportivo del Colegio Universitario en el año 2012-2013. [Tesis en internet]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2013. [citado 26 septiembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2597/1/05%20FECYT%201865.pdf>
48. Higueta M, Osorio L. Conceptos y prácticas sociales de recreación, ocio y tiempo libre en los docentes de básica primaria [Trabajo de grado en internet]. Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira; 2008 [citado 27 septiembre 2018]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71395697.pdf>
49. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Ocio, recreación y tiempo libre [Internet]. 2014 [citado 27 septiembre 2018]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/ContenidoBienestarEnFamiliaICBF/DescargasBienestarEnFamilia/GuiasDeFamiliaModulo1/M1_Guia13.pdf
50. Chacón M. Educación física para niños con necesidades educativas especiales [Internet] 1° edición. Costa Rica; 2005 [citado 27 septiembre 2018]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=qqsJX3lyN5IC&pg=PA131&dq=recreacion+definici%C3%B3n&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjko8_55s_cAhWkuFkKHfhwBlkQ6AEIJjAA#v=onepage&q=recreacion%20definici%C3%B3n&f=false
51. Monsalve S. Vida saludable: actividades de ocio y recreación como aprovechamiento del tiempo libre en la población juvenil [Internet]. 2016 [citado 27 septiembre 2018]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bim6/4/2/VidaSaludable.pdf>
52. Lema L, Salazar I, Varela M, Tamayo J, et al. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensam Psic [Internet]. 2009 [citado 27 septiembre 2018]; 5(12):71-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80111899006.pdf>

53. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem puntos de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [Internet] 2014. [citado 29 septiembre 2018]; 36(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=scia_rtext&pid=S1684-18242014000600004
54. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. [Internet]. c2018 [citado 29 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
55. Quintero J. Hábitos alimentarios, estilos de vida saludables y actividad física en neojaverianos del programa nutrición y dietética de la PUJ primer periodo 2014. [Tesis en internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2014. [citado 29 septiembre 2018]. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16030/Quintero_GodoyJinnethViviana2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Medina J. Nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida en los estudiantes de educación de la UNJBG Tacna - 2012. [Tesis en internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013. [citado 29 septiembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/149/TG0005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
57. Campo Y. La formación universitaria y su contribución en la adopción de estilos de vida saludable: una mirada desde los significados de los estudiantes de una escuela de medicina. [Tesis Maestría en internet] Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2015. [citado 29 septiembre 2018]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/557/La%20formacion%20universitaria%20y%20su%20contribucion%20en%20la%20adopcion%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable.pdf?sequence=1>
58. Veliz T. Estilos de vida y salud: Estudio del caso de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala [Tesis Doctoral en internet]. Barcelona: Universidad de San Carlos; 2017. [citado 29 septiembre 2019]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/117375/1/TPVE_TESIS.pdf

59. Palazón M, Periago J, Navarro I. Valoración de la efectividad de la educación alimentaria en niños de primaria: estudio piloto. *Rev Esp Nutr Comunitaria* [Internet]. 2017 [citado 30 septiembre 2018]; 23(2). Disponible en: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/REN_C_2017_2_05._Inmaculada_Navarro._Dieta_Escolares.pdf
60. Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de salud. [Tesis Doctoral en internet]. España: Universitat de les Illes Balears; c2018. [citado 01 octubre 2018]. Disponible en: https://www.unisaludables.es/media/docs/TESIS/tesis_miquel.pdf
61. Fajardo I, Aguilar A, Pivaral J, Sipaqué J, Segura H. Caracterización de los estilos de vida saludable en estudiantes de grado de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Abril-julio 2014 [Tesis en internet] Guatemala: Universidad de San Carlos; 2014. [citado 01 octubre 2018]. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/704/1/05_9472.pdf
62. Organización Mundial de la Salud (OMS). Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares: No sea una víctima, protéjase [Internet]. 2005 [citado 01 octubre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular-diseases/resources/cvd_report_es.pdf
63. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol: datos y cifras [Internet]. 2018 [citado 03 octubre 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
64. Salazar I, Arrivillaga M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Rev Col Psic* [Internet]. 2004 [citado 03 octubre 2018]; 13:74-89. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401309.pdf>
65. Gómez Z, Landeros P, Pérez N, Martínez P. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. *Rev Salud Pública Nutr* [Internet]. 2017 [citado 03 octubre 2018]; 16(4). Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/viewFile/338/310>

66. National Heart, Lung, and Blood Institute. Información general: Sueño saludable [Internet]. 2013 [citado 03 octubre 2018]. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/Healthy_Sleep_At-A-Glance_SPANISH_Final.pdf
67. Asociación Colombiana de Medicina del Sueño. Manual del sueño [Internet] c2018 [citado 03 octubre 2018]. Disponible en: <http://www.acmes.com.co/wp-content/uploads/2017/07/Manual-de-Sue%C3%B1o.pdf>
68. Estilos de vida saludable. [Internet]. c2018 [citado 03 octubre 2018]. Disponible en: https://www2.sepdf.gob.mx/proesa/archivos/recursos-materiales-apoyo/F_Estilos-de-vida-saludable.pdf
69. Instituto Nacional del Cáncer. Manual de Enfermería Oncológica [Internet]. c2018 [citado 05 octubre 2018]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cntmanual%20enfermeria_08-03.pdf
70. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017 [Internet]. 2018 [citado 05 octubre 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html
71. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2017 [citado 05 octubre 2018]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uteropdf
72. Roesch F, Remes J, Ramos A. Gastroenterología clínica. 2º edición. México: Editorial Alfil; 2008.
73. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de estómago: introducción [Internet]. 2017 [citado 05 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/gastroenterolog%C3%ADa/c%C3%A1ncer-de-est%C3%B3mago/introducci%C3%B3n>

74. Clínica Las Condes. Instituto del Cáncer. Cáncer gástrico [Internet]. c2018 [citado 06 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Clinico-Cancer/Prevencion/Previcancer/CancerGastrico>
75. García C. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2013 [citado 06 octubre 2018]; 24(4):627-636. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/8_Dr.-Carlos-Garc-%C2%A1a-C.pdf
76. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaria de Salud. Boletín de práctica médica efectiva [Internet]. 2007 [citado 06 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.inppares.org/sites/default/files/Cancer%20de%20mama.PDF>
77. Skin Cancer Foundation. Información sobre el cáncer de piel [Internet]. c2017 [citado 06 octubre 2018]. Disponible en: <http://cancerdepiel.org/cancer-de-piel>
78. Cáncer de piel [Internet]. c2018 [citado 06 octubre 2018]. Disponible en: <http://www.doctoretxeberria.com/docs/cancer-piel.pdf>
79. Ministerio de Salud. Ficha técnica sobre prevención de cáncer de próstata [Internet]. c2018 [citado 06 octubre 2018]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/unidad_de_cancer/6-FICHA-TECNICACANCER-PROSTATA.pdf
80. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. Guía de cáncer de próstata. [Internet]. c2018 [citado 07 octubre 2018]. Disponible en: https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Cancer.Net_Guide_to_Prostate_Cancer_PDF_ESP.pdf
81. American College of Gastroenterology. Detección del cáncer colorrectal [Internet]. c2018 [citado 07 octubre 2018]. Disponible en: <https://patients.gi.org/recursos-en-espanol/deteccion-del-cancer-colorectal/>
82. Manual CTO de Enfermería. 5º edición. Grupo CTO;2011.

83. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Aplicación de los conocimientos. Prevención [Internet]. 2007 [citado 07 octubre 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44022/9789243547114_spa.pdf?sequence=1
84. Hernando O. Nutrición y cáncer [Internet]. c2018 [citado 07 octubre 2018]. Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_27.pdf
85. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú [Internet]. 2013 [citado 07 octubre 2018]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
86. Cabezón L. Rexach L. Hermes L. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Oncología médica y paciente terminal. 3º edición. México: Grupo CTO; 2017
87. Granados M, Arrieta O, Hinojosa J. Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia. 1º edición. México: Editorial Manual Moderno; 2016.
88. Organización Mundial de la Salud. Prevención: Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama [Internet]. c2018 [citado 09 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/prevencion-factores-riesgo.pdf>
89. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Aplicación de los conocimientos. Diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2007 [citado 09 octubre 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44005/9789243547404_spa.pdf?sequence=1
90. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Med Espirit [Internet]. 2017 [citado 10 octubre 2018]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

91. Álvarez L. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 14 octubre 2018]; 30(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>

92. Arrivillaga M, Salazar I. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. Psicol conduct [Internet]. 2005 [citado 14 octubre 2018]; 13(1):19-36. Disponible en: [http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Documentos% 20REDCUPS/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Documentos%20REDCUPS/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf)

93. Gómez P. Principios básicos de bioética. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [citado 03 enero 2019]; 55:230-233. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas /ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf)

94. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Perfil sociodemográfico. Informe nacional [Internet]. 2018 [citado 02 junio 2019]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

95. Silva N. Calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Cajamarca, 2016 [Tesis en internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. [citado 02 junio 2019]. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

96. Castillo G. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. Asentamiento humano, Vista al Mar II - Nuevo Chimbote, 2015 [Tesis en internet]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2017 [citado 14 noviembre 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2836/ADULTOS_JOVENES_ESTILO_DE_VIDA_CASTILLO_L%C3%93PEZ_GERALDINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0JzhfSWKXzz4bQpXDbK8bAia87EqPrsY4sBo6DuZ3OqshNX_b7Zn4Y2qQ

97. Domínguez M. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el asentamiento humano Virgen de Fátima - Tambogrande - Piura, 2011 [Tesis en internet]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013 [citado 14 noviembre 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1509/ESTILO_DE_VIDA_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_MORE_MADRID_JENIFER_DE_JESUS.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR1kA08-Ziwd0GBkQwhH2iPgPxY5c2Xj3hrqkM8HP6-dzlXkFJX8JyDrzT0
98. Ministerio de salud. Un gordo problema: sobrepeso y obesidad en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2012 [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: <http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/05/Gordo-problema.-Sobrepeso-y-Obesidad-Peru.pdf>
99. Navarrete P, Parodi J, Vega E, Pareja A, et al. Factores asociados al sedentarismo en jóvenes estudiantes de educación superior. Perú, 2017. Horiz Med [Internet]. 2019 [citado 20 noviembre 2019]; 19(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100008
100. Salazar C. Actividades recreativas y sus beneficios para personas nicaragüenses residentes en Costa Rica. Rev actual investig educ [Internet]. 2010 [citado 20 noviembre 2019]; 10(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44713068004.pdf>
101. Jiménez J, Morera M, Chaves K. Beneficios de las actividades recreativas y su relación con el desempeño motor: revisión de literatura. EmásF [Internet]. 2016 [citado 20 noviembre 2019]; 8(43). Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/74155/Beneficios%20de%20las%20actividades%20recreativas%20y%20su%20relacion%20con%20el%20desempe%C3%B1o%20motor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
102. Escobar M, Pico M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 201-2011. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 20 noviembre 2019]; 31(2):178-186. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a03.pdf>

103. Solano C, González L, González P, et al. Cuadernos de Enfermería Familiar y Comunitaria 2. El autocuidado en personas crónicas [Internet]. Madrid: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria; 2015 [citado 23 noviembre 2019]. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/CUADERNO_2_SEMAP.pdf
104. Merchán M. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2 [Tesis doctoral en internet]. España: Universidad de Alicante; 2014 [citado 23 noviembre 2019]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf
105. Bolaños P. Alimentación y riesgo de enfermar [Internet]. Sevilla: Instituto de Ciencias de la Conducta; 2011 [citado 26 noviembre 2019]. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/alimentacion_y_riesgo_de_enfermar.pdf
106. López M, Alonso M, Méndez M, Armendáriz N. Descripción del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de complementos urbanos del estado de Nuevo León, México. Health and Addictions [Internet]. 2016 [citado 26 noviembre 2019]; 16(2):127-134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520006.pdf>
107. Insulza J. El problema de drogas en las Américas: Estudios: Drogas y salud pública [Internet]. Organización de los Estados Americanos; c2019 [citado 28 noviembre 2019]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
108. Miró E, Cano M, Buela G. Sueño y calidad de vida. Rev colom psic [Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2005 [citado 28 noviembre 2019]; 14:11-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401401.pdf>
109. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Documento técnico: Manual de prevención del cáncer de piel inducido por la exposición prolongada a la radiación ultravioleta (RUV) [Internet]. 2008 [citado 02 diciembre 2019]. Disponible en: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/Cancer-de-piel-2018-op2_final.pdf

110. Ministerio del ambiente. Tiempo/Radiación UV: Pronóstico de radiación UV máximo [Internet]. 2019 [citado 02 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.senamhi.gob.pe/?&p=radiacion-uv>
111. Organización Mundial de la Salud. Índice UV solar mundial: Guía práctica [Internet]. 2003 [citado 02 diciembre 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42633/9243590073.pdf;jsessionid=EA4B3F4C41C0AAA50A6BBB2554959B6B?sequence=1>

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA

Autor: M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002)

Modificado: Bach. Enf. Márhsyori del Pilar Córdova Idrugo

Estimado (a) señor (a) a continuación, se le presentan una serie de preguntas, lea detenidamente cada una de ellas y responda con toda sinceridad marcando con una (X) dentro del recuadro. Si tiene alguna duda pregunte con toda confianza, este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos:

Edad:..... **Procedencia:**..... **Ocupación:**.....

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción

Sin instrucción (.....) Primaria completa (.....) Secundaria completa (.....)

Primaria incompleta (.....) Secundaria incompleta (.....) Superior (.....)

ESCALA DE VALORES

SIEMPRE: 4 **FRECUENTEMENTE:** 3 **ALGUNAS VECES:** 2 **NUNCA:** 1

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	Hace ejercicio: camina, trota o practica algún deporte				
2	Realiza ejercicios que le ayudan al funcionamiento del corazón (spinning, aeróbicos, zumba)				

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
3	Practica actividades físicas de recreación (bailar, nadar, montar en bicicleta)				
4	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, juegos de mesa, leer, pasear, dibujar, pintar, escuchar música, ver televisión, jardinería, etc.)				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
5	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
6	Va al médico por lo menos una vez al año				
7	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
8	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
9	Se automedica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
10	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
11	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
12	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente (PAPANICOLAOU)				
13	PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
14	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				

HÁBITOS ALIMENTICIOS		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
15	¿Consume entre cuatro a ocho vasos de agua al día?				
16	¿Añade sal a las comidas en la mesa?				
17	¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
18	¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
19	¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
20	¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
21	¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, carnes grasosas, mayonesas y salsas)?				
22	¿Consume pescado y pollo?				
23	¿Consume algún alimento en pequeñas cantidades entre las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena)?				
24	¿Come carne rojas (carnero, res, cerdo) más de cuatro veces a la semana?				
25	¿Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocino)?				
26	¿Consume productos ahumados (jamón ahumado, parrillada, chorizo ahumado, cecina)?				
27	¿Mantiene un horario fijo en las comidas?				
28	¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
29	¿Consume comidas que contienen colorantes y conservantes (frugos, bebidas hidratantes, cereales, chizitos,				

	papas lays, gelatinas, mermeladas, ajinomen, etc.)?				
30	¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, salchipapa, pollo broster)?				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
31	¿Fuma cigarrillo o tabaco? (si la respuesta es NUNCA pase a pregunta 33)				
32	PARA FUMADORES: ¿Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
33	PARA NO FUMADORES: ¿Cuándo ve a una persona fumando se retira del lugar?				
34	Consume licor al menos dos veces en la semana?				
35	Consume drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras)?				
36	Consume más de dos tazas de café al día?				
SUEÑO		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
37	Duerme al menos 7 horas diarias?				
38	Trasnocha?				
39	Hace siesta?				

¡Gracias por su colaboración!

ANEXO N° 02

TABLA 03. Características sociodemográficas de los usuarios con diagnóstico de cáncer atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	DIAGNÓSTICO DE CÁNCER				Total	
	SI		NO		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	15	78,9	4	21,1	19	100,0
Femenino	52	23,0	174	77,0	226	100,0
Edad						
Menor de 30 años	2	6,7	28	93,3	30	100,0
De 31 a 50 años	23	19,0	98	81,0	121	100,0
De 51 a 70 años	27	35,5	49	64,5	76	100,0
De 71 años a más	15	83,3	3	16,7	18	100,0
Grado de instrucción						
Sin instrucción	21	48,8	22	51,2	43	100,0
Primaria incompleta	13	31,7	28	68,3	41	100,0
Primaria completa	16	30,2	37	69,8	53	100,0
Secundaria incompleta	4	23,5	13	76,5	17	100,0
Secundaria completa	6	13,0	40	87,0	46	100,0
Superior	7	15,6	38	84,4	45	100,0
Ocupación*						
Ama de casa	44	24,6	135	75,4	179	100,0
Estudiante	0	0,0	6	100,0	6	100,0
Trabajo no calificado	17	48,6	18	51,4	35	100,0
Trabajo técnico	4	33,3	8	66,7	12	100,0
Trabajo profesional	2	15,4	11	84,6	13	100,0
Procedencia						
Bambamarca	3	42,9	4	57,1	7	100,0
San Miguel	2	33,3	4	66,7	6	100,0
San Pablo	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Cajabamba	4	100,0	0	0,0	4	100,0
Cajamarca	44	22,0	156	78,0	200	100,0
Celendín	6	75,0	2	25,0	8	100,0
Chota	3	50,0	3	50,0	6	100,0
Contumazá	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Cutervo	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Hualgayoc	1	50,0	1	50,0	2	100,0
San Marcos	2	28,6	5	71,4	7	100,0
Total	67	27,3	178	72,7	245	100,0

Fuente: Cuestionario sobre estilos de vida. Cajamarca, 2019.

***Nota:** Trabajo no calificado: agricultor, obrero, comerciante, costurera, empleada del hogar, lavandera, trabajadora de limpieza. Trabajo técnico: auxiliar, cajera, chef, empresaria, recepcionista, representante de ventas, profesiones técnicas. Trabajo profesional: personas con título profesional.

APÉNDICES

APÉNDICE N° 01: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
Apellidos y Nombres:		
N° Historia Clínica:		
Diagnóstico de cáncer	<i>SI (.....)</i>	<i>NO (.....)</i>
Tipo:		

APÉNDICE N° 02: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,,
manifiesto que he sido informado(a) sobre los riesgos y beneficios de la siguiente investigación titulada “Estilos de vida y cáncer en usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2019, la cual será realizada por la Bach. Enf. Márhsyori del Pilar Córdova Idrugo. Entiendo que los resultados obtenidos durante la investigación, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Además, me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

También se me informó que se me aplicará un cuestionario de prácticas sobre estilos de vida, bajo el compromiso de no divulgar mis datos en ningún informe o publicación; ya que la información que yo brinde será estrictamente confidencial y de uso exclusivo de la investigadora.

Cajamarca, de 2019

FIRMA DEL(A) PARTICIPANTE

APÉNDICE N° 03: Alfa de Cronbach

Tabla de la prueba estadística del Alfa de Cronbach

		Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I1	VAR00001	103,200	204,400	,159	,837
I2	VAR00002	104,400	210,044	,054	,837
I3	VAR00003	103,700	223,122	-,321	,855
I4	VAR00004	103,800	205,733	,173	,835
I5	VAR00005	103,100	186,100	,783	,817
I6	VAR00006	103,300	187,344	,714	,819
I7	VAR00007	103,700	192,900	,465	,827
I8	VAR00008	102,900	202,989	,344	,831
I9	VAR00009	103,000	204,444	,316	,832
I10	VAR00010	103,500	198,500	,324	,832
I11	VAR00011	103,800	174,400	,691	,815
I12	VAR00012	103,900	183,211	,508	,825
I13	VAR00013	105,300	235,567	-,760	,860
I14	VAR00014	105,800	215,067	-,379	,839
I15	VAR00015	103,300	197,789	,345	,831
I16	VAR00016	102,500	199,833	,573	,827
I17	VAR00017	102,800	199,733	,389	,830
I18	VAR00018	102,000	206,889	,513	,832
I19	VAR00019	102,300	197,789	,555	,826
I20	VAR00020	102,700	206,900	,182	,835
I21	VAR00021	102,500	196,944	,592	,825
I22	VAR00022	102,700	196,011	,680	,824
I23	VAR00023	102,900	192,100	,631	,822
I24	VAR00024	102,100	204,544	,575	,830
I25	VAR00025	102,600	199,600	,608	,827

I26	VAR00026	102,600	204,267	,518	,830
I27	VAR00027	103,600	193,156	,532	,825
I28	VAR00028	102,600	204,489	,276	,833
I29	VAR00029	102,600	201,600	,401	,830
I30	VAR00030	102,500	200,278	,447	,829
I31	VAR00031	102,000	206,889	,513	,832
I32	VAR00032	105,500	232,722	-,587	,860
I33	VAR00033	103,400	190,711	,448	,827
I34	VAR00034	102,400	206,044	,167	,835
I35	VAR00035	102,100	202,322	,497	,829
I36	VAR00036	102,500	208,278	,143	,835
I37	VAR00037	103,500	198,722	,514	,827
I38	VAR00038	103,000	192,889	,740	,821
I39	VAR00039	104,100	206,322	,208	,834

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,835	,865	39

APÉNDICE N° 04: Medición de la variable

A. Medición de la variable estilos de vida

Para la categorización de variable estilos de vida se procedió de la siguiente manera:

Promedio aritmético (X): 97,81

- Estilo de vida no saludable: 39 - 98 puntos
- Estilo de vida saludable: 99 - 156 puntos

B. Medición de la dimensión: actividad física y deporte

Promedio (x): 3,81

- Estilo de vida no saludable: 2 - 4 puntos
- Estilo de vida saludable: 5 - 8 puntos

C. Medición de la dimensión: Recreación y manejo del tiempo libre

Promedio (x): 3,26

- Estilo de vida no saludable: 2 - 3 puntos
- Estilo de vida saludable: 4 - 8 puntos

D. Medición de la dimensión: Autocuidado y cuidado médico

Promedio (x): 17,14

- Estilo de vida no saludable: 10 - 17 puntos
- Estilo de vida saludable: 18 - 40 puntos

E. Medición de la dimensión: Hábitos alimenticios

Promedio (x): 48,02

- Estilo de vida no saludable: 16 - 48 puntos
- Estilo de vida saludable: 49 - 64 puntos

F. Medición de la dimensión: Consumo de alcohol, tabaco y drogas

Promedio (x): 18,56

- Estilo de vida no saludable: 6 - 19 puntos
- Estilo de vida saludable: 20 - 24 puntos

G. Medición de la dimensión: Sueño

Promedio (x): 7,02

- Estilo de vida no saludable: 3 - 7 puntos
- Estilo de vida saludable: 8 - 12 puntos

APÉNDICE N° 05: Prueba Chi cuadrado de Pearson

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula: Los estilos de vida no tienen relación con el cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019

Hipótesis alterna: Los estilos de vida tienen relación con el cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019

Nivel de significancia: 0,05

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,371 ^a	1	0,066		
Corrección de continuidad ^b	2,853	1	0,091		
Razón de verosimilitud	3,451	1	0,063		
Prueba exacta de Fisher				,078	,044
N de casos válidos	245				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26,25.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Chi cuadrado= 3,371 $\alpha = 0,05$ p valor = 0,066 p valor > 0,05

CONCLUSIÓN: Mediante la prueba estadística Chi cuadrado, con un nivel de significancia del 5% se obtiene un p valor > 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula. Es decir, no existe relación entre los estilos de vida y el cáncer en los usuarios atendidos en el servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019

APÉNDICE N° 06: Odds ratio

A. Estimación de riesgo OR entre estilo de vida no saludable / saludable para el desarrollo de cáncer.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para estilo de vida (no saludable / saludable)	1,751	,959	3,196
Para cohorte Dx_cáncer = Tiene cáncer	1,514	,960	2,389
Para cohorte Dx_cáncer = No tiene cáncer	,865	,744	1,004
N de casos válidos	245		