

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



TESIS
ANSIEDAD EN CÁNCER CÉRVICOUTERINO GRADO I Y II.
PREVENTORIO ONCOLÓGICO HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE CAJAMARCA. 2021

Para optar el título Profesional de
OBSTETRA

Presentado por:

Bachiller: Leidy Marleny Cueva Vargas

Asesora: Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz

Cajamarca - Perú

2022

Copyright © 2021 by
Leidy Marleny Cueva Vargas
Derechos reservados

“No es lo mucho que tenemos sino lo mucho que disfrutamos, lo que hace la felicidad”

CHARLES SPURGEON

DEDICADO A:

Dios, por ser mi fortaleza, mi guía, mi consolador y mi motivo de vivir.

En especial a mi ángel en el cielo, mi hijo Benjamín por ser el motor y motivo en mi vida, por enseñarme el valor de la vida, aprender a seguir adelante y ser la muestra más grande de amor genuino y sincero. Con todo mi amor por y para ti biscocho.

Mis amados padres Raúl y Yolanda, que son la fuerza y razón que me impulsa a seguir adelante, por haberme dado los valores, educación y apoyo en cada etapa de mi vida, por su ejemplo de amor y fidelidad a Dios.

Mis hermanos Leyla y Lennin, por acompañarme en todos los momentos difíciles e importantes de mi vida.

LEIDY

SE AGRADECE A:

Mi Alma Mater, Universidad Nacional de Cajamarca, por formarme humana y profesionalmente.

Los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por los conocimientos y experiencias impartidas en cada clase que han contribuido a mi formación profesional.

Mi asesora Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz por aceptar ser mi guía brindándome su apoyo intelectual y su valioso tiempo en el asesoramiento de la presente tesis.

Hospital Regional Docente de Cajamarca por permitirme realizar el presente estudio en sus servicios y a cada una de las mujeres con cáncer cervicouterino por colaborar desinteresadamente en este estudio.

LEIDY

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRAC.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: El problema.....	12
1.1. Definición y delimitación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos.....	14
1.4. Justificación de la investigación.....	14
CAPÍTULO II: Marco teórico.....	16
2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Bases teóricas.....	17
2.2.1. Ansiedad.....	17
2.2.2. Cáncer de cuello uterino.....	23
2.2.3. Escala de Hamilton - Ansiedad.....	25
2.3. Hipótesis.....	27
2.4. Variables.....	27
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables.....	28
CAPÍTULO III: Diseño metodológico.....	29
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	29
3.2. Área de estudio y población.....	29
3.3. Muestra.....	29
3.4. Unidad de análisis.....	29
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.6. Consideraciones éticas de la investigación.....	30
3.7. Procedimiento para la recolección de datos.....	30
3.8. Técnica e instrumentos para el recojo de información.....	31
CAPITULO IV: Intepretación y análisis de resultados.....	33
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS.....	45

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas en mujeres con cáncer cervicouterino grado I y II, atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.	33
Tabla 2. Datos clínicos de mujeres con cáncer cervicouterino grado I y II, atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.	35
Tabla 3. Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado I. Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.	36
Tabla 4. Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado II. Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.	37

RESUMEN

El cáncer cervicouterino es la oncología más frecuente en mujeres en Perú, concentrándose el porcentaje más alto de mortalidad entre los 25 y 49 años, en estadíos IIB y IVA. El cáncer, su diagnóstico y tratamiento afecta de manera importante no solo al bienestar físico, sino de forma continua a la salud mental y social de las pacientes. La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado I y grado II, que fueron atendidas y diagnosticadas en el preventorio oncológico del Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2021, siendo una investigación descriptiva no experimental, retrospectiva de corte transversal, realizado en una muestra de 27 mujeres de 41 a 50 años, todas con diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino, que colaboraron de forma voluntaria con la investigación. Se utilizó la técnica de observación y el instrumento fue el cuestionario que contiene el Test de Hamilton, cuyos resultados fueron: mujeres con cáncer cervicouterino de grado I con nivel de ansiedad ausente (16,7%), leve (66,6%) y severo (16,7%). Mujeres con cáncer cervicouterino grado II presentaron un nivel de ansiedad ausente (23,8%), leve (28,5%) y severo (47,7%); concluyendo que, las mujeres que padecen de cáncer cervicouterino avanzado presentan en su mayoría un nivel de ansiedad severo.

Palabras clave: ansiedad, cáncer cervicouterino.

ABSTRAC

Cervical cancer is the most frequent oncology in women in Peru, with the highest percentage of mortality concentrated between 25 and 49 years of age, in stages IIB and IVA. Cancer, its diagnosis and treatment have an important impact not only on the physical well-being, but also on the mental and social health of the patients. Thus, the present research work had the objective of determining the level of anxiety in women with cervical cancer Grade I and Grade II, who were treated and diagnosed in the preventive clinic of the Regional Hospital of Cajamarca, 2021. Therefore, a descriptive, retrospective cross-sectional and non-experimental design research was carried out on a sample of 27 patients, all with a confirmed diagnosis of cervical cancer, who collaborated voluntarily with the research. The technique used was the interview and the instrument used was a data collection form containing Hamilton's test; this was modified and adapted for the pertinent purposes, obtaining the following results: patients with grade I cervical cancer had an absent (16.7%), mild (66.6%) and severe (16.7%) level of anxiety. Women with cervical cancer grade II presented an absent (23.8%), mild (28.5%) and severe (47.7%) level of anxiety, inferring that patients with advanced cervical cancer present a severe level of anxiety.

Key words: anxiety, cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado emocional displacentero caracterizada por el constante pensamiento que tiene la persona sobre lo que le puede pasar en el futuro; a menudo, se acompaña de alteraciones fisiológicas y/o comportamentales, causada por el miedo al devenir, manifestándose como una respuesta emocional, fisiológica y conductual, aparentemente normal pero que implica peligro para la mujer (1).

Esta patología se presenta en mayor porcentaje en mujeres, aumentando el riesgo de enfermedad y contribuyendo de sobre manera en su desarrollo, evolución y aparición de lesiones no intencionales e intencionales que contribuyen a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (1). Al menos 25% de población mundial padece de ansiedad, de esta manera investigaciones realizadas por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, reportó que hasta el año 2019 el 5,9% de las mujeres sufre de ansiedad de las cuales, el 3,0% corresponde al trastorno de ansiedad generalizada. El 5% de las mujeres tienen prevalencia de seis meses mientras que el 6.2% tiene una prevalencia anual de ansiedad (2).

El cáncer cervicouterino (CACU) es definido por la OMS, como la invasión patológica de células malignas que afecta al cuello del útero y que en un 99% de los casos están vinculados con la infección por papiloma virus humano de alto riesgo. Aproximadamente del 75 al 80% de todos los CACU se encuentran en grado I mientras que el 10% de todos los CACU se encuentran en estadio o grado II (3). Siendo el pronóstico de vida del 92% para mujeres con Cáncer cervicouterino grado I y del 59% para mujeres en grado II (4).

Para el presente estudio se optó por trabajar con los niveles de ansiedad presentes en las mujeres con cáncer cervicouterino incluyendo la caracterización sociodemográfica y los datos clínicos, aplicando como instrumento un cuestionario que incluye el Test de Hamilton de esta manera se determinó que en su mayoría las mujeres con cáncer cervicouterino grado I tienen ansiedad leve, mientras que en las mujeres con grado II el nivel de ansiedad fue severo.

La investigación está constituida por IV capítulos conformados de la siguiente manera:

El primer capítulo corresponde al problema, definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación.

En el segundo capítulo se incluye el marco teórico, antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

El tercer capítulo contiene el diseño metodológico, tipo de estudio, área de estudio y población, muestra, unidad de análisis, criterio de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, procedimiento para la recolección de datos y finalmente la técnica e instrumento utilizado.

El cuarto capítulo está conformado por el análisis y discusión de los resultados; conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La ansiedad es uno de los trastornos emocionales más comunes en el mundo y su incidencia ha ido en aumento con el paso de los años, durante el año 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, siendo el 63% mujeres (5). La asociación Americana de Ansiedad y depresión reporta que al menos el 31% de todos los adultos experimentarán un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida en Latinoamérica (6). De acuerdo con cifras de las Direcciones de Salud (DISA), entre los años 2020 a 2022 se han atendido más de 8 891 casos de ansiedad, esta cifra supera en más de un 68,7% al récord registrado entre los años 2017 al 2019 en el Perú (7).

El cáncer cervicouterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes en 2020. En torno al 90% de nuevos casos y muertes en el ámbito mundial en 2020 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (8). Se estima que para el año 2030 se diagnosticarán alrededor de 14 100 nuevos casos de cáncer cervicouterino y se prevé que morirán alrededor de 4 280 mujeres a causa de esta enfermedad (9).

En el año 2020, el reporte GLOBOCAN informó que en la región de las Américas, más de 72 000 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervicouterino y 34 000 pierden la vida por esta enfermedad cada año, siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres de 23 países de la región, de las cuales un 80% de ellas provinieron de África subsahariana, Sudeste asiático, América Latina y el Caribe (10).

Así mismo según los datos nacionales publicados por GLOBOCAN en el año 2020, muestra una incidencia del 6,1% de CACU, concluyendo que al menos 4 270 mujeres son diagnosticadas anualmente con cáncer cervicouterino de las cuales el 6,5% mueren

por falta de detección oportuna, de esta manera se la atribuye como la oncología más frecuente en las mujeres peruanas siendo el diagnóstico diario de entre 12 a 14 mujeres (11).

En la región Cajamarca el cáncer cervicouterino es el más frecuente de las neoplasias en mujeres, correspondiendo al 16,3% del total, observándose un aumento de casos de cáncer en mujeres a partir de los 35 años (12).

En la actualidad, ciertos aspectos psicológicos y socioculturales condicionan a la evolución del cáncer de cervicouterino acarreando la aceleración de la enfermedad. De esta manera se han planteado los aspectos psicológicos más relevantes estudiados en las mujeres con CACU, tales como estilos de afrontamiento, preocupaciones, valoraciones de la enfermedad y efectos psicológicos del tratamiento (13).

En base a lo mencionado anteriormente, al no contar con investigaciones a nivel nacional y local sobre el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado I y II; asimismo, considerando que tanto el CACU y ansiedad son problemas de salud pública, se llevó a cabo la realización de la investigación, por ser un tema de interés dentro del perfil profesional del Obstetra.

1.2. Formulación del problema

¿Existe ansiedad en mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterino grado I y II en el preoperatorio del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de ansiedad en mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino grado I y II, atendidas en el preoperatorio oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino.

- Definir el tipo de cáncer cervicouterino más frecuente.
- Identificar el grado de ansiedad que presentan las mujeres con cáncer cervicouterino grado I.
- Estimar el grado de ansiedad que presentan las mujeres con cáncer cervicouterino grado II.

1.4. Justificación de la investigación

Datos mostrados por el Ministerio de Salud (MINSA) y Estudios Epidemiológicos de Salud Mental muestra que anualmente en promedio el 20,7% de la población padece algún tipo de trastorno y del cual al menos el 7% de ésta padece ansiedad general (1). El Análisis Situacional de Salud (ASIS) del 2019 publicado por el Hospital Regional de Cajamarca (HRDC) refiere que el CACU es la oncología más frecuente en mujeres de la región con un porcentaje mayor en mujeres provenientes de la zona urbana (12).

La ansiedad puede afectar la capacidad de la mujer al hacer frente a un diagnóstico de cáncer o tratamiento, ocasionando que ésta pierda sus citas de control, demoren en acceder a los servicios de salud e incluso no accedan oportunamente al tratamiento ya sea por miedo o temor a lo que pueda suceder en un futuro. La ansiedad puede aumentar el dolor, afectar el sueño, provocar náuseas y vómitos, aunque ésta sea moderada afecta la calidad de vida de las mujeres con cáncer y a sus familias, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento oportuno.

En la actualidad no existen investigaciones en la Universidad Nacional de Cajamarca ni en la región relacionados a la ansiedad en mujeres con CACU, y las pocas que se han relacionado a nivel nacional e internacional son remotas. De allí la importancia de esta investigación, la cual obtuvo datos reales mediante la revisión de historias clínicas y aplicación del instrumento a las mujeres con cáncer cervicouterino que fueron atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2021. Conteniendo diversos ítems evocados a identificar el nivel de ansiedad en cada CACU grado I y II, incluyendo un lenguaje adecuado y de fácil comprensión.

La presente investigación muestra que los resultados obtenidos son relevantes para que las entidades como lo es el Ministerio de Salud, Direcciones y Gerencias de salud, puedan incluir actividades de atención y/o desarrollar estrategias que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de las mujeres. Para los profesionales de salud quienes se encuentran directamente en contacto con las pacientes y familias, y puedan determinar

y reconocer a tiempo este tipo de afección mental que acelera la evolución de la enfermedad. Anteponiendo la importancia del profesional de Obstetricia en consejería, prevención, atención primaria y diagnóstico temprano para el apoyo de la paciente y familia.

De esta manera el aporte de la investigación radica en determinar el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado I y II, como fuente para el desarrollo de futuras investigaciones en la localidad y el país, anteponiendo la importancia en el tratamiento e identificación de patologías relacionadas con la salud mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Cu M, Galindo O, Lerma A, Marquet S, Costas R e Isla D. (México, 2021), su investigación tuvo como objetivo identificar los factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión en 192 mujeres con cáncer cervicouterino, con una edad promedio de 53 años, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria e identificando que el 29% las mujeres tenían ansiedad. Concluyendo que se identificaron niveles de sintomatología ansiosa superiores a los reportados en la población en general (14).

Yancha C, Encalada G, Caranqui J, Macas J y Morán B. (Ecuador, 2021), en su estudio tuvo como objetivo identificar la afectaciones depresivas y problemas de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino menores de 25 años, utilizando encuestas virtuales y obteniendo que el 32,9% tuvo un nivel de afección en su salud mental seguido del 30,6% que su afección en la salud mental es más baja. Concluyendo que el 50% de las mujeres presentan ansiedad (15).

Palacios N. (Colombia, 2018), en su investigación tuvo como objetivo identificar si los actores psicológicos como la ansiedad y depresión son prevalentes en el cáncer cervicouterino en una muestra de 80 mujeres, obteniendo como resultado mayor prevalencia de ansiedad (16).

Abduch S, Centenaro D y Nocchi A. (Brasil, 2017), en su investigación tuvo como objetivo evaluar las señales de ansiedad en mujeres con cáncer para cirugía de exenteración pélvica, con una muestra de 6 pacientes y aplicando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, se obtuvo como resultado que el 50% de las mujeres presentaba ansiedad (17).

Moreno A, Krikorian A y Palacio C. (Colombia, 2015), en su investigación tuvo como objetivo determinar los índices de malestar emocional, ansiedad y depresión y examinar su relación con la competencia percibida concluyendo que el 44% presentaba ansiedad (18).

2.1.1. Antecedentes nacionales

Escobar A, Pariona M y Poma F. (Huancayo, 2017), en su investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino que acuden al Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, obtuvo como resultados que el 53,8% de las mujeres presentaban un nivel de ansiedad moderado y el 19,2% presentaban un nivel leve de ansiedad (19).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Ansiedad

2.2.1.1. Definición

Se define ansiedad como aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. La ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que es una respuesta emocional de cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin. Puede ser conceptualizada como rasgo de personalidad cuando se expresa como respuesta emocional crónica, en donde está presente una relativa propensión ansiosa y tendencia marcada a percibir las situaciones como amenazadoras, manifestando efectos psicofisiológicos en cualquier tipo de situación (20).

Como sostiene Schmidt et al. (21) “La ansiedad es una emoción natural, experimentada como desagradable, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza, con posibles consecuencias negativas. Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas la persona se pone en alerta” (p18).

La ansiedad es una situación emocional a la que todos se han sometido en algún momento de su vida, ésta es una manifestación normal que lleva al conocimiento propio del ser, que modifica las acciones defensivas del propio organismo siendo base para el aprendizaje, estimulando el desarrollo de la personalidad y elevado el nivel de conducta. Sin embargo, la ansiedad en exceso es nociva y mal adaptativa comprometiendo la salud y conduciendo a la evolución de la enfermedad (22).

2.2.1.2. Clasificación

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus propias características:

- **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (23).

Se trata de una tensión crónica aun cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses (22).

- **Trastorno por estrés postraumático (TEPT)**

Se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático: Es un estado emocional con exaltada vigilancia y reducción general de interés por los sucesos cotidianos. Los trastornos de ansiedad descritos previamente se presentan tanto en adultos como en niños; sin embargo, existe un trastorno que sólo se presenta en niños que es el trastorno de ansiedad por separación (TAS) (22).

- **Trastorno de pánico o ataque de angustia (TP)**

El paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la

padece crea que va a morir o que va a sufrir un ataque cardíaco o se va a volver loco. Estos episodios repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque. Es la llamada “ansiedad anticipatoria” (22).

- **Trastorno fóbico simple (TFS)**

Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar en avión, a los pájaros o a los espacios abiertos (22).

- **Trastorno fóbico social (TFSO)**

Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante situaciones sociales, actuaciones en público, a la exposición a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. La persona teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Los niños y adolescentes son considerados como “muy tímidos” (22).

- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)**

Se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer y que generan ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones, pero no puede evitarlos. Por ejemplo: pensar que está contaminado y lavarse las manos excesivamente (22).

- **Trastorno de ansiedad de separación (TAS)**

Los síntomas de ansiedad en el niño ocurren ante la separación real o probable de las figuras a las que se halla vinculado por temor a que les ocurra algo terrible. El paciente puede desarrollar pesadillas en las que ocurren eventos trágicos para él mismo o las figuras de vinculación por el hecho de haberse separado; estos síntomas pueden dificultar la asistencia del paciente a la escuela o desencadenar crisis de ansiedad cuando los padres asisten al trabajo (22).

- **Fobia social**

Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás presentando el temor de actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad y malestar intensos (23).

- **Fobia específica**

Temor persistente y acusado que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, sangre, alturas, tormentas, aviones, elevadores) (23).

- **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (23).

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco (23).

2.2.1.3. Etiopatogenia de la Ansiedad

En el pasado, los de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología (23).

a) Factores Biológicos

Predisposición genética

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (23).

b) Factores Psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada (23).

c) Factores Traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático (23).

d) Factores Psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar

síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan). Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (23).

e) Factores Cognitivos y Conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (23).

2.2.1.4. Características

a) síntomas motores

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil (13).

b) Síntomas de hiperactividad vegetativa

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta" (13).

c) Síntomas de hipervigilancia

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad (13).

2.2.1.5. Significados de Ansiedad

- Ansiedad como sentimiento es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas (23).
- Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no se que", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión (23).
- Ansiedad como síndrome, es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad (23).
- La ansiedad como enfermedad es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.) (23).

2.2.2. Cáncer cervicouterino

2.2.2.1. Definición

El cáncer cervicouterino es el resultado de una infección genital con el VPH, que es un carcinógeno humano conocido (24).

En sus etapas tempranas, el cáncer cervicouterino a menudo no presenta síntomas y es más probable que se detecte a través de pruebas de detección cervical (25).

Alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino y que se manifiesta a través de lesiones precursoras, que se sucede generalmente en estadios (26).

2.2.2.2. Clasificación

2.2.2.2.1. Grado I (Estadio I)

El carcinoma está confinado al cuello uterino (la extensión al cuerpo uterino debe ser ignorada) (26).

- IA Carcinoma invasor que solo puede ser diagnosticado por microscopia, con invasión más profunda ≤ 5 mm y extensión máxima ≤ 7 mm
 - IA1 Invasión estromal medida ≤ 3 mm en profundidad y extensión ≤ 7 mm
 - IA2 Invasión estromal medida más de 3 mm en profundidad y extensión no mayor a 7 mm

- IB Lesiones visibles clínicamente limitadas al cuello uterino o cáncer preclínico mayor que el estado IA*
 - IB1 Lesión visible clínicamente ≤ 4 cm en su dimensión mayor
 - IB2 Lesión visible clínicamente de más de 4 cm en su dimensión mayor

2.2.2.2.2. Grado II (Estadio II)

Carcinoma cervical que invade más allá del útero pero no hasta la pared pélvica ni tercio inferior de la vagina (26).

- IIA Sin invasión parametrial
 - IIA1 Lesión visible clínicamente ≤ 4 cm en su dimensión mayor
 - IIA2 Lesión visible clínicamente de más de 4 cm en su dimensión mayor

- IIB Evidencia de invasión parametrial.

2.2.2.2.3. Grado III (Estadío III)

El tumor se extiende hasta la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina (25).

- IIIA El tumor invade el tercio inferior de la vagina, sin compromiso parametrial.
- IIIB Extensión hasta la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionante.

2.2.2.2.4. Grado IV (Estadío IV)

El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha invadido la mucosa vesical o rectal (comprobado mediante biopsia). El edema buloso, como tal, no permite que un caso no pueda ser asignado como estado clínico IV (26).

- VA Extensión hacia órganos adyacentes.
- IVB Extensión a órganos distantes.

2.2.3. Escala de Hamilton - Ansiedad

2.2.3.1. Definición e historia

Fue creada por el profesor de psiquiatría Max R. Hamilton en el año 1959, y hasta hoy es una de las pruebas más utilizadas para determinar el nivel de ansiedad de una persona. Este psicólogo llegó a comprobar que todos los estados de ansiedad son diferentes. Mediante su trabajo, él solo quería definir una herramienta muy precisa con la capacidad de evaluar el nivel o grado de severidad de la ansiedad en una persona y no la para diagnosticar este trastorno. Otro de sus objetivos era diferenciar la ansiedad psíquica de la ansiedad somática, debido a la importancia que tienen para determinar la capacidad de control que las personas poseen sobre la realidad extenuante (27).

Para el año 1969, Hamilton quiso profundizar y mejorar la escala y se concentró en ítems que valoran la ansiedad somática, llevó a cabo una separación entre los signos de tipo somáticos musculares y los signos somáticos sensoriales. Cada persona tiene una manera muy particular de experimentar los síntomas de la ansiedad, no existen dos casos similares por ello no sirven a todos el mismo tipo de estrategias terapéuticas, por ello, en estos casos los tratamientos deben ser personalizados nivel máximo de acuerdo con los síntomas y necesidades de cada persona (27).

La escala de ansiedad de Hamilton es una herramienta de evaluación clínica usada para evaluar el nivel de ansiedad que experimenta una persona. Se puede usar en niños y adultos. Además, se puede utilizar por médicos y psiquiatras, con la advertencia de que no proporciona un diagnóstico del trastorno específico, pero sí puede ayudar en este. Esta es una escala de libre entrada y cualquier persona tiene acceso a ella, cualquiera puede descargarla de la red o ejecutarla de manera online. Lo que trae como consecuencia un problema que ya muchos médicos han detectado y es que los pacientes llegan a la consulta con un diagnóstico de ansiedad ya hecho y esta no es una situación adecuada. Este tipo de test o prueba debe ser ejecutado por un profesional especializado (27).

La escala de Hamilton posee un ítem en el cual el propio investigador tiene la tarea de evaluar y valorar el estado en la que el paciente ha realizado la prueba. Es de suma importancia ser estricto en este aspecto, ya que es clave y fundamental para poder llegar a realizar un diagnóstico acertado (27).

2.2.3.2. Composición

- **Mente ansiosa:** Cuando la persona presenta preocupaciones permanentes, angustia por pensamientos o imaginación de lo que puede suceder en diferentes situaciones, anticipación a resultados catastróficos y negativos.
- **Tensión:** la persona presenta llanto, tensión, sentimiento de alarma.
- **Miedo:** temor a la soledad, temor a situaciones imprevistas o inesperadas.
- **Insomnio:** No puede conciliar el sueño.
- **Problemas a nivel cognitivo:** Falta de concentración, reflexión, problemas de memoria.
- **Humor:** pensamientos negativos, desánimo, irritabilidad al levantarse, pensamientos acerca de un mal día y mal humor.
- **Somático muscular:** temblores, rigidez en los músculos, dolor muscular bruxismo, temblor en la voz.
- **Somático sensorial:** Sensación de frío o calor, visión borrosa, sensación de debilidad.
- **Cardiovasculares:** Taquicardia y/o punzadas inesperadas en el pecho.
- **Respiratorios:** Presión, ahogo, sensación de falta de aire.
- **Gastrointestinales:** Diarrea, estreñimiento, problemas con la digestión, problemas para tragar.

- Genitourinarios: Falta de libido, micción constante.
- Síntomas autónomos: Palidez, sudoración excesiva, piel encrespada, boca seca.
- Valoración del especialista: En este punto el profesional de la salud hace una evaluación y valoración acerca de cómo observó en general al paciente.

2.3. Hipótesis

Ho: Las mujeres con cáncer cervicouterino grado I tienen un nivel de ansiedad leve y las mujeres con cáncer cervicouterino grado II un nivel de ansiedad severo.

2.4. Variables

- Cáncer cervicouterino
- Ansiedad

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Variables	Descripción conceptual	Descripción operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Técnica e instrumento de recolección de datos
Ansiedad	Sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida (19).	Mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino que experimenta conmoción, irritabilidad, nerviosismo o preocupación. Y estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo Síntomas somáticos generales (TOC) y fobias.	Ansiedad	Ausente	0 - 5 puntos	Ordinal	Técnica: Observación Instrumento: Cuestionario (Test de Hamilton)
			Tensión				
			Miedo				
			Insomnio				
			Dificultad en la concentración y memoria	Leve	6 - 14 puntos		
			Ánimo deprimido				
			Síntomas somáticos generales (musculares)				
			Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Grave	> 15 puntos		
			Síntomas cardiovasculares				
			Síntomas respiratorios				
			Síntomas genitourinarios				
			Síntomas autonómicos	Grado I	SI		
Conducta durante la entrevista	Grado I	NO					
Cáncer cervicouterino			Alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino y que se manifiesta a través de lesiones precursoras, que se sucede generalmente en estadios (26).	Grado I	Cáncer en el Cuello Uterino	Grado I	SI
	Grado II	Cáncer alrededor del Cérvix		Grado II	SI		
					NO		
	NO						

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo no experimental, retrospectivo de corte transversal (28).

Descriptivo: porque se describió el nivel de ansiedad de las 27 mujeres que formaron parte de la muestra.

No experimental: porque no se manipuló ninguna de las variables.

Retrospectivo: porque hace un año atrás se solicitó el permiso para tener el acceso a las Historias Clínicas y seleccionar la muestra de acuerdo con los criterios de inclusión.

Transversal: porque luego de seleccionar la muestra se aplicó el instrumento en un momento determinado.

3.2. Área de estudio y población

Área de estudio: se llevó a cabo en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca categorizado con el nivel II-2, ubicado en Av. Larry Jhonson, Av. Mártires de Uchuracay de la ciudad de Cajamarca.

Población y muestra: en ambos casos el tamaño es el mismo, constituida por las 27 mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino grado I y II, y que fueron atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2021.

3.3. Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada una de las mujeres oncológicas que cumplió con los criterios de inclusión.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

Mujer con diagnóstico de cáncer cervicouterino grado I y II.

Mujer que participe voluntariamente de la investigación.

Mujer atendida en preventorio de Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.4.2. Criterios de exclusión

Mujer con lesiones cervicales no cancerosas.

Mujer no desee participar de la investigación.

Mujer con cáncer cervicouterino grado III.

Mujer con cáncer cervicouterino grado IV.

3.5. Consideraciones éticas de la investigación

Los datos obtenidos para la realización de la investigación fueron tomados de la entrevista aplicada a las mujeres seleccionadas en el periodo de estudio según los siguientes principios éticos generales (29):

Confidencialidad: la información recolectada no será revelada ni expuesta, siendo utilizada solo para fines de la investigación.

No maleficencia: la información obtenida para la investigación se realizó sin causar daño alguno a las mujeres con cáncer cervicouterino.

Veracidad: toda la información esta con su respectiva bibliografía, dándoles los respectivos créditos al autor.

Valor científico: la presente investigación proporciona información relevante, confiable y validada.

3.6. Procedimiento para la recolección de datos, interpretación y análisis de datos

La investigación se desarrolló en dos momentos:

En una primera etapa se presentó la solicitud al comité de ética e investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para su evaluación y autorización en el desarrollo de la investigación. De esta manera al tener la aprobación, desde el 5 de diciembre del 2021 se accedió a las historias clínicas de las pacientes para la selección de la población de acuerdo con los criterios de inclusión (Anexo 2).

Información que fue registrada en la tercera parte del instrumento, que incluye los datos clínicos como el grado de cáncer cérvico uterino, el tratamiento y la paridad de las mujeres.

En una segunda etapa, luego de realizar la selección de la población y muestra, a partir del 14 de enero del 2022 se solicitó el apoyo de cada una de las 27 mujeres seleccionadas, instando a su colaboración para acceder a la entrevista; este consentimiento fue verbal. En consecuencia, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera presencial a cada mujer con una duración de 20 min, quienes manifestaron en todo momento su participación voluntaria. Esta etapa tuvo una duración de un mes en el que se aplicó el cuestionario a las 27 mujeres.

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa Microsoft Excel, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso estuvo orientado a resumirlos en tablas simples descriptivas, una vez obtenidos estos datos tabulados y clasificados se procedió a la interpretación y análisis de la información.

3.7. Técnica e instrumentos para el recojo de información

En cuanto a la técnica se utilizó la observación. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario compuesto por tres partes (Anexo 1):

La primera parte, en donde se consignó los datos sociodemográficos de la paciente como: edad, ocupación, procedencia, estado civil y grado de instrucción.

La segunda parte conformada por el Test de Hamilton que es una herramienta de escala para evaluar el nivel de ansiedad, ésta incluye 13 preguntas desde el ítem 7 al 19 donde

las palabras complejas fueron reemplazadas para facilitar el entendimiento y comprensión de las interrogantes, es así que:

1. Cada ítem o pregunta tiene una puntuación de 0 - 4 puntos.
2. Cada puntuación corresponde a la intensidad acorde a los sentimientos o comportamientos de la persona evaluada, siendo:
 - Ausente: 0
 - Intensidad leve: 1
 - Intensidad media: 2
 - Intensidad elevada: 3
 - Intensidad máxima: 4
3. Finalmente, luego de sumar la calificación de cada ítem o pregunta se obtuvo como resultado del test la siguiente clasificación para determinar el nivel de ansiedad:
 - Ausente: 0 - 5 puntos
 - Leve: 6 - 14 puntos
 - Severo: > 15 puntos

La tercera y última parte del instrumento registra la información sobre CACU, conteniendo datos sobre el grado y el tratamiento, información obtenida de las historias clínicas de las pacientes.

CAPITULO IV

INTEPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas en mujeres con cáncer cervicouterino grado I y II, atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N°	%
Edad	20 - 30	1	3,7
	31 - 40	5	18,5
	41 - 50	19	70,4
	Más de 50	2	7,4
Procedencia	Rural	2	7,4
	Urbana	25	92,6
Estado civil	Soltera	3	11,1
	Casada	1	2,7
	Divorciada	6	21,1
	Conviviente	17	65,1
Grado de instrucción	Sin Instrucción	8	29,7
	Primaria Completa	3	11,1
	Primaria Incompleta	13	48,1
	Secundaria Completa	1	3,7
	Secundaria Incompleta	1	3,7
	Técnico Superior	1	3,7
	Total	27	100

Fuente: Instrumento aplicado a la población en estudio.

En la presente tabla se observan los factores sociodemográficos de la población en estudio, en la que hubo un mayor porcentaje de mujeres con cáncer cervicouterino en los intervalos de 41 a 50 años, lo que se relaciona con la investigación de Palacios N. (2018) en la que el intervalo de edad de las pacientes en estudio fue de 30 a 50 años (14). Los resultados del ASIS 2019 del HRDC refieren que la incidencia de CACU aumenta en mujeres a partir de los 35 años, el intervalo de edad en la que se diagnosticaron más casos fue de 65 a 69 años (12), y el promedio de edad de diagnóstico es de 50 años (9).

El 92,6% de las pacientes provienen de la zona urbana, dato que coincide con las estadísticas del Análisis Situacional de Salud reportado en el 2019 por el Hospital Regional Docente de Cajamarca (12), donde se menciona que el 36,1% de casos de cáncer notificados provienen de la zona urbana de la región, lo que podría deberse a que las zonas urbanas se cuentan con más métodos de diagnóstico mientras que en las zonas rurales la falta de instrucción en las mujeres para tomar decisiones sobre el cuerpo y salud, puede generar que no accedan a los servicios de salud de manera oportuna.

El 65,1% son convivientes y 48,1% tienen grado de instrucción primaria incompleta, sin embargo, el 29,7% son pacientes sin grado de instrucción, aunque esta incidencia viene disminuyendo a través de los años, es importante mencionar que la educación es la fuente de recursos sociales y psicológicos que influyen en las personas para la toma de decisiones respecto a la salud, pudiendo ser un impedimento para acceder a la educación e información en cáncer cervicouterino, planificación familiar y pruebas de tamizaje como el Papanicolau.

Se ha demostrado que la aceptación frente a la enfermedad está influenciada por factores como la edad de la paciente, grado de instrucción, características de su personalidad, la relación con la familia y en especial con la pareja (30). Deduciendo así que, las características antes mencionadas pueden provocar aumento de ansiedad en la paciente, aumentar la evolución de enfermedad y como consecuente el deceso de las mujeres con CACU.

Tabla 2. Datos clínicos de mujeres con cáncer cervicouterino grado I y II, atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.

DATOS CLÍNICOS		N°	%
Grado de Cáncer	Grado I	6	22,3
	Grado II	21	77,7
Recibe tratamiento	Si	27	100
	No	0	0
Paridad	0 – 2 hijos	5	18,5
	3 – 4 hijos	6	22,2
	5 o más hijos	16	59,3
Total		27	100

Fuente: Instrumento aplicado a la población en estudio.

En la siguiente tabla se muestra que, del total de 27 mujeres entrevistadas el 77,7% de ellas tienen diagnóstico oncológico de cáncer cervicouterino grado II y el 22,3% cáncer cervicouterino grado I. La tasa de incidencia de cáncer cervicouterino a nivel mundial en el año 2020 es de 604 000 nuevos casos (8), en la región de las Américas, más de 72 000 mujeres son diagnosticadas con CACU mientras que en el Perú al menos 4 270 mujeres son diagnosticadas (11), en la región Cajamarca representa el 16,3% del total de todas las neoplasias, siendo el tipo de oncología con mayor índice en las mujeres (12), constituyendo un problema de salud pública de prioridad nacional y regional.

El ASIS del HRDC muestra que el 17,3% del total de mujeres con cáncer cervicouterino de encuentran en grado II y el 6,6% en grado I (12). El mayor porcentaje de pacientes tienen CACU en grado II, esto podría deberse al diagnóstico tardío, a la ausencia de sintomatología significativa en los primeros grados de cáncer y a la influencia de los factores sociodemográficos como la procedencia, estado civil y grado de instrucción, que como consecuencia provocan el acceso tardío a los servicios de salud.

El 59,3% tienen al menos 5 hijos, se considera la multiparidad como un factor de riesgo importante para el desarrollo de cáncer cervicouterino (26). Esto podría relacionarse también con los datos sociodemográficos que contribuyen a la falta de decisión y educación para acceder a los servicios de planificación familiar.

Tabla 3. Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado I. Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.

NIVEL DE ANSIEDAD	N°	%
Ausente	1	16,7
Leve	4	66,6
Severo	1	16,7
Total	6	100%

Fuente: Instrumento aplicado a la población en estudio.

En esta tabla se muestra que las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino grado I presentan un nivel de ansiedad leve en el 66,6% y el 16,7% tienen un nivel de ansiedad severo. Resultados similares a los de Escobar A. (2017) quien en su investigación realizada a obtuvo que el 19,2% presentaba un nivel de ansiedad leve.

Esto podría deberse al pronóstico de vida favorable que corresponde al 92% en mujeres con cáncer cervicouterino grado I y al tratamiento menos intensivo en este grado de CACU (4). La asociación de la ansiedad es muy común en pacientes con cáncer cervicouterino esto debido a su relación con el miedo o temor a la enfermedad, muerte, tratamiento, reincidencia o secuelas (24). Lo que provoca la aparición síntomas físicos y psicológicos la cual influyen decididamente en la determinación del progreso de las pacientes y en la forma de afrontar la enfermedad.

La ansiedad puede afectar la capacidad del paciente de hacer frente a un diagnóstico de cáncer o su tratamiento, volviéndose continuo e intenso lo que puede hacer que en la mujer aumente el nivel de ansiedad de leve a moderado o severo. Por ello la importancia del acompañamiento familiar y el apoyo multidisciplinario del personal de salud.

Tabla 4. Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer cervicouterino grado II. Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Año 2021.

NIVEL DE ANSIEDAD	N°	%
Ausente	5	23,8
Leve	6	28,5
Severo	10	47,7
Total	21	100%

Fuente: Instrumento aplicado a la población en estudio.

En la presente tabla se puede observar que el 47,7% las mujeres con cáncer cervicouterino grado II presentan nivel grave de ansiedad. Resultados similares a los de Escobar A. (2017) donde obtuvo que el 53,8 % presentaba un nivel de ansiedad moderado o grave. Esto puede deberse a la sintomatología y al tratamiento en este grado de cáncer, así como también en los cambios en el estilo de vida luego del diagnóstico.

Esta investigación coincide con el estudio realizado por Castro L; donde realizo una pesquisa en Colombia durante el año 2007, sobre las mujeres con cáncer cervicouterino y su repercusión en la calidad de vida de las mujeres, donde la salud mental es una de las dimensiones afectadas, concluyendo que la ansiedad es uno de los trastornos emocionales con más relevancia y frecuencia en las pacientes oncológicas (34). Al igual que el estudio realizado por Moreno A. (2015) quien luego de haber realizado su investigación identifico la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las pacientes con CACU que fueron su población de estudio y concluyó que al menos el 44% de las pacientes presentaba ansiedad (18).

Así mismo el estudio realizado por Abduch S. (2017) y la investigación de Yanha, C (2021), ambas concluyen que el 50% de las pacientes en estudio presentaban ansiedad. La presencia de trastornos psicológicos como la ansiedad es frecuente en pacientes oncológicos; sin embargo, es escasamente identificado de manera oportuna (32). Esto podría deberse a que muchos de los profesionales de salud consideran normal la presencia de este trastorno en la paciente o carecen de destrezas para la identificación de esta patología.

El nivel alto de ansiedad puede provocar náuseas y vómitos antes de cada tratamiento, más dolor de lo normal e incluso insomnio, causando que las pacientes puedan retrasar el tratamiento del cáncer o no asistir a los controles cuando sientan ansiedad (33). Lo que podría, en casos severos de ansiedad provocar autolesiones o lesiones intensas propia de la enfermedad.

Estudios han determinado que este trastorno está acompañado de mayor hiperactividad y al tener la paciente un nivel severo de ansiedad perturba no solo su bienestar psicológico sino también físico suprimiendo el sistema inmune por un exceso de activación fisiológica, haciéndolo incapaz de defenderse (31). Lo que ocasiona la evolución en el proceso de la enfermedad, intensificación de la sintomatología, aparición de secuelas (1) y por ende el aumento de morbilidad y mortalidad por CACU.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se determinó los niveles de ansiedad ausente, leve y severo en las pacientes con cáncer cervicouterino grado I y II, aceptándose la hipótesis de investigación.
2. La población en estudio se caracterizó por ser pacientes oncológicas con un grado de instrucción primaria incompleta, provenientes de la zona urbana y convivientes.
3. Se identificó que en su mayoría las pacientes se encontraban en cáncer cervicouterino grado II, lo que corresponde al 77,7%.
4. Las mujeres con cáncer cervicouterino grado I en su mayoría presentan un nivel de ansiedad leve, correspondiendo al 66,6%.
5. Mujeres con cáncer cervicouterino grado II indican mayor proporción en el nivel de ansiedad severo (47,7%).

RECOMENDACIONES

De la presente investigación se considera algunas recomendaciones para futuras investigaciones relacionados al tema, las cuales puedan complementarse y actualizarse para llenar vacíos teóricos y prácticos dentro del campo de la Obstetricia. Las recomendaciones son:

1. **A los directivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca;** socializar los resultados obtenidos para fortalecer las capacidades del personal de salud, ampliar y promover proyectos de promoción y prevención en salud, enfocándose en la salud mental de las pacientes oncológicas. De esta manera implementar los test de salud mental en consultorios externos para identificar esta patología para reducir complicaciones o agravar la enfermedad.
2. **A los profesionales de salud** en especial a los Obstetras, garantizar el seguimiento y consejería, favoreciendo el autocuidado para disminuir riesgos de severidad de la enfermedad o complicaciones. Promover la integración y uso de los test de salud mental y realizar campañas preventivo – promocionales de salud mental, en la atención tanto de mujeres en edad fértil, en pacientes que acuden para Papanicolaou y también en aquellas mujeres con diagnósticos de cáncer cervicouterino.
3. **A los alumnos de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia;** mantener la inclinación por el área de la investigación en salud mental dentro de la Obstetricia, para que de esta manera se pueda obtener información actualizada respecto a los trastornos psicológicos y sus agravantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilar F, Quinde Y. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Enfermería]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. [Citado el 05 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1115>
2. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Anales de salud mental - estudio epidemiológico de salud mental en hospitales regionales 2015. Instituto Nacional de Salud Mental. 2019 [Citado el 05 de noviembre de 2020]; 35(1): 24-145. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%202019%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>
3. Ramírez P, Salvo G. Cáncer del cuello uterino. Washington: Manual MSD. 2022 [Citado el 19 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/c%C3%A1nceres-del-aparato-reproductivo-femenino/c%C3%A1ncer-del-cuello-uterino>
4. Amengual J, Montañó J, Franch P, Ramos M. Supervivencia por estadio del cáncer de cuello uterino en Mallorca y factores asociados recogidos por el Registro de Cáncer Gaceta Sanitaria. Rev Gac Sanit. 2020 [Citado el 2 de noviembre de 2021]; 34(6): 589–594. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.007>
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Washington: WHO; 2022 [Citado el 11 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
6. SingleCare Team. Estadísticas de la ansiedad en 2022 [Citado el 11 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.singlecare.com/es/recursos/estadisticas-de-ansiedad>
7. El Comercio. Trastorno de ansiedad: pautas para reconocerlo y tratarlo a tiempo. El Comercio Perú. 2022 Nov 02 [Citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/casa-y-mas/trastorno-de-ansiedad-pautas-para-reconocerlo-y-tratarlo-a-tiempo-noticia/>

8. Organización Mundial de la Salud. Cáncer cervicouterino. Washington: WHO; 2022 [Citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
9. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino. Estados Unidos: American Cancer Society; 2022 [Citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>
10. Océano Medicina. Cáncer de cuello uterino: tendencias para el 2030 en América Latina [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pe.oceanomedicina.com/magazine/actualidad-pe/cancer-cuello-uterino-tendencias-2030/>
11. World Health Organization. Perú Source: Globocan 2020. Perú: International Agency for Research on Cancer; 2021 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-factsheets.pdf>
12. Hospital Regional Docente Cajamarca. Análisis de situación de salud año 2019. Cajamarca: Hospital Regional Docente De Cajamarca; 2019 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_AÑO_2019.pdf?r=1606503282
13. Ministerio de Salud del Perú MINSA. Plan nacional de prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017 – 2021. Lima: Ministerio de Salud, 2017 [Citado el 06 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf>
14. Cu Menes M, Galindo O, Lerma A, Barquet S, Costas R, Isla D. Factores predictores de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes con cáncer cervicouterino. Rev Medicina Conductua. 2021 [citado 11 de noviembre de 2022];10(2): 1-11. Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/79732>
15. Yanca C, Encalada G, Caranqui J, Macas J y Morán B. Influencia del cáncer cérvico-uterino y la alteración de la salud mental en pacientes menores de 25 años en Ecuador. Revista Salud y Bienestar Colectivo. 2021 [citado 11 de noviembre de 2022];5(1):18-31. Disponible en: <https://revistasaludybienestarcologico.com/index.php/resbic/article/view/118/111>

16. Palacios N. Identificación de Factores Psicológicos prevalentes en mujeres diagnosticadas Cáncer de Cuello Uterino. [Tesis para optar el Título Profesional en Psicología]. Quito: Universidad San Francisco de Quito USFQ; 2018. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/7996/1/141377.pdf>
17. Abduch S, Centenaro D, Nocchi A. Ansiedad, depresión, percepción y sentimientos de mujeres con cáncer indicadas para cirugía de exenteración pélvica. *Rev Psicooncología*. 2017. [citado 11 de noviembre de 2022]. 14(2): 279-294. Disponible en: <http://www.ankalil.com/artigos/20180116180248.pdf>
18. Moreno A, Krikorian A, Palacio C. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2015. [Citado el 07 de diciembre del 2019]. 33(3): 517-529. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10>.
19. Escobar A, Poma F, Pariona M. Nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, 2017. [Tesis para optar el Título de segunda especialidad en Enfermería Oncológica]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2018. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5534/ESCOBAR%20QUISPE%2C%20POMA%20ORE%2CPARIONA%20PARIONA-2DA%20ESPEC-FCS-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Álvarez-Bobadilla M. Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2014 [Citado el 09 de diciembre del 2019] 37(1): 152-154. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141ap.pdf>
21. Schmidt V, Shoji A. La ansiedad estado-rasgo y el rendimiento académico en adolescentes de 14 a 16 años. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicopedagogía]. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina; 2018. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/558/1/doc.pdf>
22. Reyes-Ticas A. Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras: Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica, 2006 [Citado el 06 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
23. Martínez M. Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología*. 2011 [Citado el 10 de diciembre del 2019] 44(3): 101-107. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>

- /pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf
24. Arévalo A, Arévalo D, Villarroel C. El cáncer de cuello uterino. Rev. Méd. La Paz. 2017 [Citado el 11 de diciembre del 2019]; 23(2): 45-56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726_89582017000200009&lng=es.
 25. European Society for Medical Oncology ESMO. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?. Ginebra: Serie de guías ESMO para pacientes. 2018 [Citado el 18 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://esmo.org/content/download/6673/115548/file/ES-Cancer-de-CuelloUterino-Guia-para-Pacientes.pdf>
 26. Seguro Social de Salud. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Lima: EsSalud, 2011. [Citado el 18 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_c_cuello_uterino2011.pdf
 27. Psonríe. La escala de ansiedad de Hamilton. [Citado el 19 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://www.psonrie.com/noticias-psicologia/la-escala-de-ansiedad-de-hamilton>
 28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: Mc Graw Hill Educación; 2014 [Citado el 19 de noviembre del 2022] Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B7fKI4RAT39QeHNzTGh0N19SME0/view?resourcekey=0-Tg3V3qROROH0Aw4maw5dDQ>
 29. Osorio J. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. Revista Medicina. 2000 [Citado 19 de diciembre del 2019]; 60(): 255-258. Disponible en: https://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf
 30. Martínez A. Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería Oncológica]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016 [Citado el 19 de diciembre del 2019]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5275/Martinez_va.pdf?sequence=3
 31. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Revista Psicooncología. 2004 [Citado el 19 de diciembre del 2019], 1(2): 211-230. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A>
 32. Engender Health Improving Women's Health Worldwide. Cuidado Paliativo para mujeres con cáncer de cuello uterino: Un manual para personal de salud que

- trabaja en la comunidad. New York: PATH y EngenderHealth, 2003 [Citado el 19 de diciembre del 2019]. Disponible en: https://path.azureedge.net/media/documents/RH_palliative_care_part1_sp.pdf
33. Instituto Nacional del Cáncer. Adaptación al cáncer: Ansiedad y sufrimiento (PDQ®)–Versión para pacientes. Washington: Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU., 2021 [Citado el 19 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq#section/all>
34. Castro L. El cáncer de Cérvix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Psicología de la Salud]. Chia: Universidad de la Sabana, 2007 [Citado el 19 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47066455.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CUESTIONARIO

La presente entrevista está dirigida a mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino, consta de una serie de preguntas propuestas con la finalidad de obtener el título de obstetra, garantizando la privacidad, confidencialidad y empleo de la información solo para el desarrollo de la investigación.

I. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Nº: _____

FECHA: _____

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____

2. Ocupación: _____

3. Procedencia:

Rural Urbana

4. Estado Civil:

Soltera Conviviente Casada

Viuda Divorciada

5. Número de Hijos: _____

6. Grado de Instrucción:

Sin instrucción Primaria completa Primaria incompleta

Secundaria completa Secundaria incompleta

Superior universitario Superior técnico

III. INFORMACIÓN SOBRE EL NIVEL DE ANSIEDAD – TEST DE HAMILTON

7. ¿En los últimos meses o semanas ha sentido preocupación, inseguridad, irritabilidad o aprensión con terror sobrecogedor?	
0	No
1	Más de lo usual
2	Sí, en situaciones difíciles de controlar, pero no interfiere en su vida cotidiana.
3	Sí, en situaciones más difíciles de controlar, con preocupación por daños o lesiones a futuro.
4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente en su vida cotidiana.

8. ¿Logra relajarse? ¿Ha sentido nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga?	
0	No
1	Más de lo usual
2	Incapacidad para relajarse acompañado de inquietud difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en su vida cotidiana.
3	La inquietud y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente interfieren en su vida cotidiana.
4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo en su vida y trabajo cotidiano.

9. ¿Se ha sentido intranquila o nerviosa cuando se ha encontrado en espacios abiertos o cerrados? O ¿Siente alivio al evitar estas situaciones?	
0	No
1	Raras veces
2	Sí, pero ha sido capaz de combatirla.
3	Sí, ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidiano.
4	Sí, ha interferido notablemente con su vida y trabajo cotidiano.

10. ¿Logra tener sueño profundo y continuo?	
0	Sí
1	Hay ligera dificultad para conciliar el sueño acompañado de adecuada profundidad del sueño.
2	El sueño en general está algo trastornado y superficial.
3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiados, con periodos discontinuos de sueño.
4	El sueño es muy ligero con periodos cortos de adormecimiento.

11. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse, tomar decisiones o alteraciones de memoria?	
0	No
1	Ocasionalmente
2	Es difícil concentrarse en su trabajo o vida cotidiana.
3	Mayor dificultad para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones.
4	Durante la entrevista muestra dificultad para concentrarse o responde con mucha tardanza.

12. ¿Ha tenido sentimientos de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza?	
0	No
1	Más deprimida de lo usual
2	La paciente cuenta experiencias desagradables, pero no se siente inútil ni desesperanzada.
3	La paciente muestra signos no verbales de depresión y/o desesperanza.
4	La paciente enfatiza su desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual la paciente no puede distraerse.

13. ¿Ha sentido debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor muscular difuso?	
0	No
1	Rara vez
2	La paciente ha experimentado debilidad incapaz de combatirla.
3	Ha sido difícil para la paciente combatir o controlar su ansiedad, acompañada de episodios frecuentes de tensión y dolor muscular.
4	Sí, ha interferido notablemente con la vida y trabajo cotidiano.

14. ¿Ha tenido la sensación de opresión en el pecho, taquicardia o desmayo?	
0	No
1	Rara vez
2	La paciente ha experimentado debilidad incapaz de combatirla.
3	La paciente tiene dificultad para controlar los síntomas cardiovasculares, lo cual interfiere en su trabajo y vida cotidiana.
4	Sí, los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo y ha interferido notablemente con la vida y trabajo cotidiano.

15. ¿Ha sentido dificultad para respirar, opresión en el pecho o suspiros continuos?	
0	No
1	Rara vez
2	Los síntomas respiratorios están presentes, sin embargo, la paciente puede controlarlos.
3	La paciente tiene frecuentes dificultades para controlar los síntomas respiratorios.
4	Sí, los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con su vida laboral y cotidiana.

16. ¿Tiene dificultad para deglutir, sensación de ardor en estómago, ruidos intestinales audibles y/o diarrea?	
0	No
1	Rara vez
2	Una o más de las molestias descritas, pero la paciente puede controlarlas.
3	La paciente tiene leve dificultad en controlar los síntomas gastrointestinales.
4	Sí, los síntomas gastrointestinales están frecuentes en la mayor parte del tiempo y ha interferido notablemente con la vida y trabajo cotidiano.

17. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: aumento de micciones, irregularidades menstruales o dolor durante las relaciones coitales?	
0	No
1	Rara vez
2	Una o más de las molestias descritas, pero la paciente puede controlarlas.
3	La paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genitourinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con su vida diaria y laboral.
4	Sí, los síntomas genitourinarios están presentes la mayor parte del tiempo y ha interferido notablemente con la vida y trabajo cotidiano.

18. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: sequedad de boca, enrojecimiento facial, transpiración y/o mareos?	
0	No
1	Rara vez
2	Una o más de las molestias descritas, pero la paciente puede controlarlas.
3	Una o más de las molestias autonómicas están presentes e interfieren hasta cierto grado en su vida y trabajo cotidiano.
4	Sí, los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren notablemente con su vida cotidiana y laboral.

19. Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista (EVALUADO POR EL ENTREVISTADOR) ¿Estaba la paciente tensa, nerviosa, impaciente, agitada, temblorosa, hiperventilada o transpirando?	
0	La paciente no parece ansiosa.
1	Es dudoso que la paciente esté ansiosa.
2	La paciente está moderadamente ansiosa.
3	La paciente está claramente ansiosa.
4	La paciente esta abrumada por la ansiedad. Tiritando y temblando.

IV. INFORMACIÓN SOBRE CACU (Revisión de Historias Clínicas)

20. Grado de cáncer de cuello uterino:

Grado I Grado II

21. Recibe tratamiento

Si No

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN DE HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cajamarca, 02 de noviembre de 2021

OFICIO N°002 – 2021-CEI-HRDC Sra.

Dra. MARISOL ROJAS TORRES

Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación

Presente.-

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarle y acusar recibo de su documento de protocolos de investigación:

- "NIVEL DE ANSIEDAD EN CÁNCER CERVICOUTERINO GRADO I Y II. PREVENTORIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2021"

Dicho proyecto ha sido revisado por el Comité de Ética en Investigación el día 02 de noviembre de 2021, acordando su APROBACIÓN, porque no constituye mayor problema ético en la ejecución del mismo.

Sin otro particular, agradezco su atención

CC. Archivo


Dr. Fernando Cabrerá Brizuela
MIEMBRO DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
N° 00134 RNE N° 012300

