

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



TESIS
FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL
PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE
CÁNCER DE CÉRVIX. LIGA CONTRA EL
CÁNCER CAJAMARCA. 2019

PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

ADRIANA JIMENA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ASESORA

Dra. Mg. Obstra. JULIA E. QUISPE OLIVA

CAJAMARCA, PERÚ

2022

Copyright © 2020 by
Adriana Jimena Sánchez Rodríguez
Derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO:

A Dios por ser mi fuente de amor fuerza y esperanza, por guiar y cuidar cada uno de mis pasos.

A mi abuela Olga Vigo, por ser mi primera maestra, por enseñarme el camino del esfuerzo y la perseverancia.

A mi madre por acompañarme y ser mi apoyo en cada momento de mi vida, por su confianza, amor y sacrificio constante; A mi padre por ser parte importante en mi formación, por su tiempo, amor y sustento.

ADRIANA JIMENA SÁNCHEZ

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca por acogerme en la carrera durante los años de estudio. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia quienes me han enseñado e instruido en el crecimiento como futura Obstetra, sobre todo a mi asesora, Julia Quispe Oliva quién me ha guiado y brindado sugerencias y valioso tiempo que me permiten concluir este proceso importante; y de manera especial a la obstetra Sonia Díaz Estacio, por su conocimiento brindado, su apoyo durante mi preparación y su atención en el desarrollo de la presente tesis.

Finalmente, a Xiomara Ruiz, por su apoyo, compañía y amistad durante esta importante etapa.

ADRIANA JIMENA SÁNCHEZ

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍTEMS	pág.
DEDICATORIA:	3
AGRADECIMIENTO:	4
ÍNDICE DE CONTENIDOS	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRAC	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos	17
1.4. Justificación de la Investigación	17
CAPITULO II	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Teorías sobre el tema	15
2.3. Hipótesis:	30
2.4. Variables	30
Conceptualización y Operacionalización de las variables	31
CAPITULO III	34
3.1. Tipo y Diseño de Estudio	34
3.2. Área de estudio:	35
3.3. Población	36
3.4. Muestra y muestreo	36

3.5. Muestreo	36
3.6. Unidad De Análisis	36
3.7. Criterios de inclusión y exclusión:	37
3.8. Procedimientos y Técnicas de recolección de datos:	37
3.9. Descripción del instrumento	37
3.10. Validez y confiabilidad	38
3.11. Técnicas de Procesamiento, Interpretación y Análisis de los datos	39
3.12. Aspectos Éticos De La Investigación	39
CAPÍTULO IV	40
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Ítem	Pág.
TABLA 1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE MUJERES QUE SE ATIENDEN EN LIGA CONTRA EL CÁNCER. CAJAMARCA, 2019	40
TABLA 2 FACTORES SUBJETIVOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. CAJAMARCA. 2019	43
TABLA 3 ABANDONO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX COMO TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO. LIGA CONTRA EL CÁNCER, CAJAMARCA 2019	44
TABLA 4 FACTORES SUBJETIVOS QUE PRESENTAN MUJERES DE LIGA CONTRA EL CÁNCER. CAJAMARCA, 2019	46

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo por objetivo determinar cuáles son los factores, tanto sociodemográficos como subjetivos, que se asocian al abandono de los procesos de atención en la prevención de cáncer de cérvix, en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca. Corresponde a una investigación realizada en una muestra de 197 historias clínicas de las pacientes atendidas por tamizaje de Papanicolaou en el centro de prevención Liga Contra el Cáncer Cajamarca. Se aplicó la prueba piloto, con un alto nivel de confiabilidad (Alfa de Cron Bach 0,97). Resultados: se encontró que los factores sociodemográficos fueron; la edad de 31 a 40 años (32,0%), grado de instrucción alcanzado superior incompleta (29,4%), estado civil conviviente (48,2%), empleado privado (28,9%) seguido de ama de casa (28,4%), ingreso mensual familiar 1000 soles (36,5%), seguro de salud SIS (Seguro integral de salud) (32,5%), si cuentan con apoyo familiar en casa (73,6%), viven en Cajamarca zona urbana (57,9%), tienen hijos (73,6%), vivienda tipo familiar (43,1%). Con respecto a los factores subjetivos del abandono del proceso de atención se halló que el 57,7% de mujeres que conocen sobre la enfermedad abandonaron el proceso de atención, el 56,6% de las pacientes manifiesta no tener temor al tratamiento, con respecto al temor 64,8% refiere que si tiene temor a la enfermedad y el 62,2% manifiesta temor a la muerte a causa de la enfermedad. Con los resultados obtenidos se confirma la hipótesis alterna.

Palabras Clave: Factores sociodemográficos, Factores subjetivos, Proceso de atención, Cáncer de cérvix.

ABSTRAC

The objective of this research study was to determine the factors, both sociodemographic and subjective, that are associated with the abandonment of care processes in the prevention of cervical cancer, in the Peruvian League for the Fight Against Cancer Cajamarca. It corresponds to a non-experimental, quantitative retrospective correlational research, carried out in a sample of 197 medical records of patients treated for Pap smears in the oncology preventorium of the Cajamarca cancer league. The pilot test was applied, with a high level of reliability (Cron Bach's Alpha 0,97). Results: it was found that the sociodemographic factors were; age from 31 to 40 years (32,0%), incomplete higher education level (29,4%), cohabiting marital status (48,2%), private employee (28,9%) followed by housewife (28,4%), family monthly income 1000 soles (36,5%), health insurance SIS (Comprehensive Health Insurance) (32,5%), if they have family support at home (73,6%), live in the Cajamarca urban area (57,9%), have children (73,6 %), family-type housing (43,1%). Regarding the subjective factors of abandonment of the care process, it was found that 57,7% of women who knew about the disease abandoned the care process, 56,6% of the patients stated that they were not afraid of treatment, with respect to Regarding fear, 64,8% refer that they are afraid of the disease and 62,2% express fear of death due to the disease. With the results obtained, the alternative hypothesis is confirmed.

Keywords: Sociodemographic factors, Subjective factors, Care process, Cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino en la actualidad, es una de las enfermedades oncológicas prevenibles en el mundo, gracias a pruebas como el Papanicolaou, la detección temprana y tratamiento oportuno de lesiones pre cancerosas pueden disminuir en gran manera las muertes por este tipo de cáncer, las cifras de muertes en todo el mundo por cáncer cervicouterino aún es alarmante, se estima que esta enfermedad causa la muerte de más mujeres que por problemas ligados a embarazo parto o puerperio; es importante resaltar que hay brechas de desigualdad, como las que existen en los países en vías de desarrollo, donde la precariedad de los servicios de salud o la escasa accesibilidad a la educación, no permiten que las mujeres y niñas puedan estar informadas sobre la importancia de la prevención del cáncer cervicouterino. (1)

Las fases siguientes a la toma de Papanicolaou incluyen la detección, diagnóstico, tratamiento y control en las pacientes. Cuando esta abandona en alguno de las fases siguientes al Papanicolaou, se desconoce el tipo de repercusiones que puede traer a futuro para la paciente según sea su resultado. Por lo general se puede suponer que se abandonen los procesos de atención si la paciente tuvo resultados anormales, en etapas primarias de lesiones malignas, por lo que no suelen presentar molestias ni síntomas, son las etapas tardías de la detección donde se considera difícil o imposible el tratamiento según el diagnóstico.

Actualmente se conoce poco acerca de la frecuencia con que las pacientes abandonan los procesos de atención siguientes al Papanicolaou en Cajamarca, y aún se conoce mucho menos cuáles son los factores que pueden favorecer el abandono de los procesos de atención, es necesario en la actualidad tener un control y seguimiento de las pacientes para así contribuir en aminorar las lesiones de más altos grados o cáncer cervical.

De ahí que el objetivo de este trabajo fue conocer los factores que se asocian al abandono del proceso de atención en la prevención del cáncer de cérvix.

Por este motivo, en esta investigación se trata de determinar cuáles son los factores que favorecen esta realidad poco abordada y de gran importancia para la salud de la mujer, específicamente en los factores asociados al abandono de los procesos de atención en la prevención del cáncer cervicouterino de las pacientes de la Liga de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca 2019. El presente estudio consta estructuralmente de cuatro capítulos descritos a continuación:

CAPÍTULO I: Se presenta el planteamiento y formulación del problema, objetivos y justificación del trabajo.

CAPÍTULO II: Contiene los antecedentes, las bases teóricas del tema, hipótesis, variables y la Operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: Se especifica el diseño metodológico, que está conformado por el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y muestreo, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas de recolección de datos, descripción del instrumento, validez y confiabilidad, procesamiento y análisis de datos y por último consideraciones éticas.

CAPÍTULO IV: Se detalla los resultados, la discusión y análisis de los datos obtenidos del presente estudio.

Por último, se exponen las conclusiones del presente trabajo de investigación, las recomendaciones a las entidades y/o autoridades correspondientes, las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente el cáncer cervicouterino viene siendo un problema que afecta la vida de las mujeres de todo el mundo, de acuerdo a datos hasta el año 2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de nuevos casos de todas las edades tiene la cifra de 604 127 que representa al 3,1% de la población de todo el mundo, siendo el número de mujeres que fallecen a causa de esta enfermedad es de 311365 (2).

El cáncer cervicouterino es una de las enfermedades neoplásicas prevenibles, pero, aun así, cada año fallecen 265 000 a causa de este cáncer en todo el mundo, esto como consecuencia de un limitado acceso a información sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento, tratándose justamente de los principales factores que previenen esta enfermedad. La tasa de mortalidad que es causada por el cáncer cervicouterino es alta alrededor de varios países en todo el mundo, se estima que esta enfermedad está relacionada a más muertes en mujeres que las complicaciones que se presentan por el parto o puerperio. Se conoce que esta enfermedad está relacionada a conductas sexuales en la mujer y su pareja, y además se distribuye con mayor proporción en las mujeres de estratos sociales más pobres y en regiones que se encuentran menos favorecidos económicamente (1).

La distribución de esta enfermedad es muy desigual según el nivel de desarrollo de cada país, son 4 veces más altas las tasas de incidencia de la enfermedad y muerte a causa del cáncer cervicouterino en países con bajo índice de desarrollo que a los países que presentan altos índices de desarrollo. De manera similar ocurre en el interior del país (3).

Una cobertura al diagnóstico alta y el compromiso en el tratamiento, tienen un mejor impacto en la reducción de la muerte de las mujeres a causa del cáncer cervicouterino, pero, es siempre un reto para el sector de salud en América Latina, el diagnóstico y tratamiento con tasas bajas de adherencia, la mayor parte de programas de prevención a nivel de todo el país no posee datos sobre el porcentaje real de mujeres

que padecen de lesiones precancerosas y reciben tratamiento (4).

Alrededor de dos tercios de las muertes por causa de cáncer se producen en países donde cuentan con ingresos económicos bajos, los lugares donde se presentan las tasas más elevadas, son precisamente debido a la tardía prestación y difícil acceso a los servicios de salud. Lo que traen consigo los retrasos en la atención y los casos de cáncer en etapa avanzada, son un aumento significativo de la mortalidad y morbilidad asociada al cáncer, es por ello la importancia de identificar cuáles son las barreras que impiden el oportuno diagnóstico y tratamiento, para así mejorar los programas de prevención y manejo de esta enfermedad (5).

El Papanicolaou es solo una parte técnica del proceso en la prevención del cáncer de cuello uterino, con respecto a las altas tasas de mortalidad se vinculan más a fallas en los procesos posteriores a la toma de Papanicolaou. La prevención del cáncer de cuello uterino se divide en etapas importantes como son: el tamizaje que viene a ser la toma de Papanicolaou, la prueba de virus del Papiloma Humano (VPH), el diagnóstico, la biopsia, entre otros procedimientos que pertenecen al proceso de la atención como puede ser la escisión electro quirúrgica con asa LEEP y el seguimiento posterior al tratamiento (4).

Las fases posteriores a la toma de Papanicolaou son críticas para prevenir realmente la enfermedad. Una investigación realizada en Colombia identificó que el seguimiento y tratamiento adecuados y oportunos tienen mayor impacto y efecto en reducir la mortalidad antes que una amplia cobertura solamente en tamizaje (6).

En Perú para el año 2018, se han diagnosticado 4103 casos nuevos de cáncer cervicouterino, teniendo una tasa anual de incidencia ajustada por edad de 23,2 por cada 100 000 mujeres, ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama como causa de cáncer en mujeres. La mortalidad a causa de cáncer de cuello uterino en el Perú es de 1836 hasta el 2018, siendo la tercera causa de muerte por cáncer en el país, y ocupando el primer puesto en mortalidad por cáncer en mujeres de 15 a 44 años (4).

El número de casos nuevos de cáncer según localización es de 1324, siendo el de cáncer de cuello uterino mayor a otros tipos de cáncer desarrollados en el Perú, esto según los registros del sistema de vigilancia en el año 2019 (5).

En Cajamarca región, se registraron un total de 974 casos de cáncer por localización topográfica y sexo durante el periodo 2018 – 2019, de los que en mayor proporción fueron mujeres. Registrándose el cáncer de cuello uterino como el segundo cáncer más frecuente en la región con un porcentaje del 16,3% (7).

Múltiples determinantes sociales y demográficas son influencia para aumentar la posibilidad de enfermar y morir por cáncer de cuello uterino. Actualmente la situación económica de muchas mujeres lleva consigo factores como su ocupación, grado de instrucción, ingresos económicos, tenencia de vivienda, atención de hijos, entre muchos otros factores, los cuales condicionan su acceso al tamizaje, diagnóstico y al tratamiento, donde la oferta y disponibilidad según el país o condición socioeconómica, es desigual. Por otro lado, también existen asimetrías y desigualdad en procesos de salud entre hombres y mujeres, por lo que las mujeres se vuelven mucho más vulnerables por diferencias en la posibilidad de enfermar, ser atendidas o morir (4).

Según análisis de la situación actual de los programas de cáncer cervicouterino en Cajamarca, muestra que no existen registros sistemáticos de las mujeres que presentan lesiones precursoras de cáncer y cáncer cervicouterino han continuado con su proceso de atención después del diagnóstico, ni cuantas mujeres, posterior al Papanicolaou saben su diagnóstico por falta de acceso a sus resultados ya sea por dificultades en servicios de salud o por motivos propios de cada paciente. De igual manera tampoco existen datos que confirmen el porcentaje real de mujeres con lesiones precancerosas que han abandonado el tratamiento en ningún sistema de salud actual (7).

En ese contexto, la presente investigación tiene como objetivo principal analizar los factores sociodemográficos y subjetivos que influyen en el abandono del proceso de atención en prevención de cáncer de cérvix; en el Centro de Prevención de la Liga Contra el Cáncer de Cajamarca a fin de que la información permita elaborar una propuesta al equipo de gestión del programa para el fortalecimiento del proceso de seguimiento y tratamiento de mujeres que acuden a la atención en prevención y que presenten lesiones pre malignas o cáncer de cérvix.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix, en mujeres que acuden a la Liga de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar los factores asociados al abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix, en mujeres que acuden al Centro de Prevención de la Liga Contra el Cáncer de Cajamarca. 2019

1.3.2. Objetivo Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos como; edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso mensual, seguro de salud, apoyo familiar, procedencia, tenencia de hijos y vivienda de mujeres que se atienden en Liga contra el cáncer. Cajamarca, 2019

- Determinar los factores subjetivos; conocimiento de la enfermedad, temor al tratamiento, temor al cáncer, temor a la muerte, asociados al tiempo de abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix en Liga de lucha contra el cáncer Cajamarca 2019

- Estimar el momento de abandono en el proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix como tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Liga contra el cáncer Cajamarca 2019.

1.4. Justificación de la Investigación

El cáncer de cérvix es un importante problema de salud pública aún vigente, a pesar de ser prevenible, cada año mueren muchas mujeres a causa de esta enfermedad que afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, con grados educativos bajos y sin cobertura de salud. Es un tipo de cáncer de lenta evolución con respecto a otros tumores, las lesiones cervicales pre cancerígenas tienen formas de tratarse y se ha comprobado que es un cáncer que puede bajar su incidencia con correctos y oportunos tratamientos; uno de los factores que impide el correcto seguimiento y tratamiento de las mujeres con estas lesiones son el abandono de los procedimientos siguientes a la detección o tamizaje y los siguientes momentos en el proceso de atención.

Las acciones posteriores al tamizaje de cáncer de cérvix son críticas para su prevención, si las pacientes que presentan lesiones precancerosas no recurren a un adecuado tratamiento y seguimiento según el grado de la lesión detectado, no es posible llegar a disminuir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. Investigaciones actualizadas demuestran que a lo largo del proceso que inicia desde la obtención de prueba de Papanicolaou anormal, se presentan algunas circunstancias y obstáculos que se relacionan con los factores socioeconómicos que pueden ocasionar el abandono del proceso de atención por parte de las pacientes, quienes quedan en situación de vulnerabilidad frente a esta enfermedad.

Esta investigación busca hallar los factores sociodemográficos y subjetivos que se asocian al abandono tanto del tamizaje, diagnóstico y tratamiento en pacientes con lesiones precursoras y cáncer de cérvix.

Por consiguiente, es importante y necesario realizar esta investigación con el fin de sugerir la implementación de estrategias de promoción de la salud y seguimiento a pacientes con énfasis en las poblaciones vulnerables. Los resultados también servirán como referencia bibliográfica para próximas investigaciones relacionadas con el tema. El adecuado seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés) y carcinoma son un aspecto clave para la reducción de la mortalidad por cáncer de cérvix.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nivel Internacional

Pérez P. (México, 2016), tuvo como objetivo determinar cuáles fueron las características epidemiológicas del cáncer cervicouterino durante un periodo de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria del hospital general de Tamaulipas. Se obtuvo como resultado que el 59,1% fueron casos probables y 40,9% casos confirmados de displasia y cáncer. El grupo de edad más afectado fue el de mujeres entre 25 y 44 años de edad. El porcentaje de abandono del tratamiento de 17,74% y una correlación citológica/histopatológica de 54,7%. Conclusiones: por ser el presente un estudio de carácter descriptivo solo permitió conocer la frecuencia del mismo y no el motivo que condicionó el abandono del tratamiento. Es necesario realizar un estudio posterior de seguimiento para determinar los motivos de abandono del tratamiento (8).

Álvares M. (Guatemala, 2016), tuvo como objetivo establecer la frecuencia y los factores principales que influyen en el abandono del tratamiento oncológico. El 57% de las pacientes del estudio, abandonaron el tratamiento. La causa principal de abandono de tratamiento fue la escasez de recursos, siendo el 41%, el 100% de las pacientes tienen un salario mensual menor a Q3000.0. La toxicidad que produce el tratamiento es la segunda causa de abandono, siendo el 23% y el 11 % es la muerte como causa de abandono influyendo notablemente la calidad de vida usando la escala de ECOG. Conclusiones: La frecuencia de abandono del tratamiento oncológico, en la Unidad Oncológica del Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios de Quetzaltenango, es de 57%. Es decir, más de la mitad de los pacientes atendidos abandonan el tratamiento, los 2 primeros factores asociados al abandono del tratamiento oncológico fueron: ingresos económicos bajos 39%, efectos adversos al tratamiento 21% (9).

Ruiz D. (Colombia, 2016), tuvo como objetivo analizar los procesos de atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, que han experimentado barreras de acceso a los servicios, y que fueron tamizadas en un programa de prevención del departamento del Cauca, Colombia. Todas las mujeres entrevistadas, independientemente de su lugar de residencia, se

enfrentaron a un proceso fragmentado de atención en salud con atributos de desarticulación entre actores, en dependencia de los contratos entre aseguradores y prestadores de servicios, afectación negativa de la oportunidad y la continuidad entre el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento, reprocesos en la atención, elevación del gasto en salud y desatención de las necesidades específicas. Los resultados obtenidos ponen en cuestión la implementación de programas de tamizaje y el sentido de los mismos en relación con los procesos de atención siguientes. La prevención efectiva, con disminución de las tasas de morbi-mortalidad de este tipo de cáncer, podrá alcanzarse solo al reducir las brechas en disponibilidad y acceso real a los servicios de salud (10).

Regiani C. (Brasil, 2018), tuvo como objetivo identificar las características sociodemográficas, individuales y programáticas presentes en la vida de mujeres que las hicieron vulnerables al cáncer de cuello de útero. El grupo de edad predominante fue entre 40 y 57 años. La mayoría inició actividad sexual entre 15 y 18 años, tuvo hasta cinco parejas sexuales y nunca usó preservativo. Prevalcían las de estado civil casadas, etnia blanca, enseñanza básica, católicas, renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y vivienda propia. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la toma de papanicolaou acudió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad. Se hace necesario el desarrollo de intervenciones eficaces de asistencia a la salud de la mujer pautaada en el concepto de integridad del cuidado prestado. (11)

2.1.2. Nivel Nacional

Gonzales J. (Trujillo, 2015), tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital Belén de Trujillo. En su estudio obtuvo los siguientes resultados: el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fue: estado civil soltera, instrucción primaria, procedencia rural, nivel socioeconómico bajo. Conclusiones: El estado civil soltera, el grado de instrucción primaria, la procedencia rural y el nivel socioeconómico bajo son factores de riesgo para abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino. (12)

Caqui M. (Lima, 2017), tuvo como objetivo determinar los factores socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou (PAP) en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Obtuvo los siguientes resultados: En relación a los Fact. Sociodemográficos: edad (p: 0.002), Estado Civil (p: 0.019), Lugar de nacimiento (p: 0.042), paridad (p: 0.002), número de pareja sexual (p: 0.015) son

significativos; Fact. Cognoscitivos: el nivel de conocimiento no se asocia para acudir a la toma muestra del PAP ($p=0,184$); Factores Familiares: la motivación de la pareja ($p=0,017$), automotivación ($p=0,000$) son significativos; Fact. Culturales: la vergüenza ($p=0,000$) y el temor hacia un resultado positivo ($p=0,000$) son significativos; Frecuencia con que acuden las mujeres para la toma de muestra del Papanicolaou: el 51% de las mujeres se realizan cada dos o tres años y el 30 % cada año. Conclusiones: existen diversos factores socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou (como la edad, estado Civil, lugar de nacimiento, paridad, número de pareja sexual, motivación de la pareja, automotivación, vergüenza y temor) (13).

Garagondo J. (Ayacucho, 2017), tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2016 – 2017. Los resultados obtenidos fueron: El riesgo de cáncer de cuello uterino aumentó con el número de parejas sexuales mayor o igual a 3 (OR = 3,39), primera relación sexual antes de los 18 años (OR = 3,21), primer parto antes de los 18 años (OR = 3,44), multiparidad (OR = 3,22), parto vaginal (OR = 3,35), residencia en área rural (OR = 5,35), bajo grado de instrucción (OR = 3,00) y no tener antecedente de Papanicolaou (PAP) (OR = 5,16). Conclusión: Los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino fueron: número de parejas sexuales mayor o igual a 3, primera relación sexual antes de los 18 años, primer parto antes de los 18 años, multiparidad, parto vaginal, residencia en área rural, bajo grado de instrucción y no tener antecedente de Papanicolaou (PAP) (14).

Aldave A. (Lima, 2019), tuvo como objetivo determinar los factores asociados al incumplimiento del Papanicolaou (PAP) en la detección temprana de cáncer de cérvix. Resultados: Se estudiaron a 130 mujeres de $25,4 \pm 2,9$ años, donde el 53,85% (N=70) eran incumplidas en PAP. Los factores asociados al incumplimiento de PAP fueron la percepción de susceptibilidad de desarrollar cáncer de cérvix (RP [razón de prevalencias]: 0,15; IC 95%: 0,04 - 0,49), percepción de barreras para realizarse el PAP (RP: 3,95; IC 95%: 1,34 - 11,60), y la percepción de realizarse el PAP (RP: 9,22; IC 95%: 2,78 - 30;51). Conclusiones: Existe una frecuencia elevada de incumplimiento de PAP, los cuales están principalmente asociadas a las percepciones sobre el cáncer de cérvix. (15)

Mamami T. (Lima, 2020), tuvo como objetivo identificar los factores asociados al no tamizaje de cáncer de cuello uterino, según los resultados obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018 realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados: Según el análisis de regresión

logística reveló que de los factores socioculturales las mujeres sin pareja tienen un 1,2 veces más riesgo de no realizarse el tamizaje de cáncer de cuello uterino (RP=1,272; IC:1,026 – 1,577), al igual que las mujeres con educación primaria o inferior (RP=2,622; IC:2,171-3,165) las mujeres con índice de riqueza compatible con pobreza (RP=2,726; IC:2,251 – 3,300) y el no usar algún tipo de método anticonceptivo (RP=4,938; IC: 3,285 – 7,420). En las variables de conocimiento sobre la enfermedad las mujeres que no han oído hablar del virus del papiloma humano (RP=3,776; IC:2,913 – 4,893) y las mujeres que no creen que el virus del papiloma humano causa cáncer de cuello uterino (RP=2,945; IC:2,438 – 3,558). Conclusiones: Las variables: “ha oído hablar del cáncer de cuello uterino”, “cree que el VPH causa el cáncer de cuello uterino”, nivel de educación, estado civil, uso de método anticonceptivo, índice de riqueza, presentaron asociación estadísticamente significativa con la no realización de PAP, además el mayor factor de riesgo lo encabezaba el uso de método anticonceptivo donde el no uso de éste presentaría 4 veces mayor riesgo. Por lo que se puede manifestar que éstas variables son altamente predictores de la no realización del tamizaje del CCU (16).

Bendezu G. (Lima, 2020), tuvo como objetivo estimar la asociación entre tener conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino (CaCu) y realizarse una prueba de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas mayores de 30 años. Se obtuvieron los siguientes resultados: Se analizaron datos de 21 563 mujeres. La prevalencia de haberse realizado un PAP en los últimos dos años fue 52,4%. Se encontró que, quienes respondieron que se puede prevenir el cáncer (RPa = 1,09; IC 95%: 1,01-1,17), que habían oído hablar del CaCu (RPa = 1,27; IC 95%: 1,14-1,40) o del VPH (RPa = 1,20; IC 95%:1,13-1,28) o que respondieron que el VPH podía causar CaCu (RPa = 1,21; IC 95%: 1,11 1,33) tuvieron una mayor prevalencia de haberse realizado un PAP en los últimos dos años. Conclusiones: Tener conocimientos sobre CaCu y VPH se asoció con haberse realizado un PAP en los últimos dos años (17).

Rivera M. (Tacna, 2021), tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino en mujeres entre 30 a 64 años en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2018. Resultados: Los factores sociodemográficos más relevantes fueron; el 65,4% edades de 30 a 41 años, el 61,5% tiene estudios de secundaria, el 69,3% son convivientes y no se asociaron al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Los factores ginecoobstétricos predominantes fueron; el 94,2% iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años, el 53,9% son multíparas, el 98,1% no tienen antecedentes de cáncer de cérvix, el 59,6% no tiene antecedentes de ITS, el 38,5% no usa ningún método anticonceptivo, el 94,2% no son pacientes inmunodeprimidas; no se asociaron al

desarrollo del cáncer de cuello exceptuando el 69,3% tiene de 2 a 3 parejas sexuales que se asocia al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Los factores conductuales predominantes fueron; el 86,5% no estuvieron expuestas al tabaco y no se asociaron al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Se concluye: se encontró relación entre uno de los factores ginecoobstétricos, pero no se encontró relación entre los factores sociodemográficos y conductuales con el desarrollo del cáncer de cuello uterino en mujeres entre 30 a 64 años en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2018 (18).

2.1.3. Nivel Local

Guevara K. (Cajamarca, 2017), el objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prácticas de autocuidado para prevenir el cáncer de cuello uterino, en mujeres que se atienden en el servicio de gineco-obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca - Cajamarca, durante el mes de abril del año 2017. Resultados: De acuerdo a los resultados, no existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado ($p=0,238$) a un nivel del 5% de las mujeres con bajo nivel de conocimiento los cuales el 83,3% no realiza prácticas de autocuidado. Por otro lado, podemos ver que las mujeres que tienen un alto nivel de conocimiento solo el 42,9% realiza prácticas de autocuidado. Concluyendo que no existe correlación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en las mujeres que se atendieron en el servicio de gineco- obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca. (19)

Cerquín L. (Cajamarca, 2019), la investigación tuvo como objetivo principal conocer la relación entre el nivel conocimiento y las actitudes de las pacientes frente a la prevención de la infección por Virus del Papiloma Humano en Usuaris del Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Pachacutec durante el periodo mayo – julio de 2019. Resultados: En relación al nivel de conocimiento predominaron en un 71,7% usuarias con un nivel de conocimiento medio, seguidas del 15,2% con un nivel de conocimiento bajo y el 13,0% con un nivel de conocimientos alto. Según las actitudes predominaron usuarias con actitud buena frente a la prevención de la infección por el Virus del Papiloma Humano con un 88,0% y sólo un 12,0% con actitud regular. Relacionando ambas variables mediante las pruebas estadísticas Chi Cuadrado ($\chi^2= 2,625$) y el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p= 0,244$) se demostró que no existe una relación directa y significativa entre ambas variables Conclusiones: No existe relación significativa entre las variables nivel de conocimiento y actitudes frente a la prevención de la infección por

el Virus del Papiloma Humano en Usuaras del Consultorio de Planificación Familiar en el Centro de Salud Pachacutec durante el periodo mayo – julio del año 2019 (20). **Mondragón N. (Cajamarca, 2019)**, el estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones precancerosas de cérvix, en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018. Entre los resultados se encontró que el grupo de estudio se caracterizó por ser convivientes, de religión católica, con grado de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes de la zona urbana. La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de IVAA fue de un 13,8%. En relación a los factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix, se evidencia el 55,6% inició sus relaciones sexuales entre 15 y 19 años; el 44,4% ha tenido de 3 a más parejas sexuales; el método anticonceptivo natural y el hormonal, fueron usados en el 33,3%, para ambos casos; en el 66,7% y 88,9%, respectivamente, no presentaron antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ni de Cáncer de Cérvix (21).

2.2. Teorías sobre el tema

2.2.1. Definición De Factores Sociodemográficos

Los factores sociodemográficos se expresan en indicadores, entonces un indicador sociodemográfico de esta manera es un dato que muestra o evidencia una situación social. Esta información se puede conseguir a través de encuestas, censos, entrevistas, o cifras que han sido registradas por organismos nacionales. Con el termino sociodemográfico se trata de referir a características en general y al tamaño de una población. Estas cualidades dan forma a la identidad de los miembros del grupo. La edad, el género, la ocupación, nivel de ingresos, son ejemplos claros de datos o factores sociodemográficos. (22)

2.2.2. Factores Subjetivos

La manera en que es percibida la enfermedad, es un elemento subjetivo importante para la adherencia al tratamiento; esto se evidencia en revisiones sistemáticas de investigaciones donde la incredulidad en el diagnóstico de cada paciente, la expectativa negativa al resultado y la angustia por los efectos secundarios negativos a la terapia y tratamiento, se han asociado la poca adherencia o deserción de los tratamientos. (23)

Son dos tipos condiciones del desarrollo social. Factores objetivos son las condiciones que, independiente de las personas, determinan su marco de actividad. Como por ejemplo las condiciones naturales, nivel de producción alcanzado, necesidad de desarrollo en el ámbito político, espiritual. Con respecto a los factores subjetivos pertenecen las actividades realizadas en masas, de partidos, de clases, de los individuos de un mismo estado, de su conciencia, su voluntad y manera de actuar. (24)

2.2.3. Conocimiento de la enfermedad

El conocimiento sobre la enfermedad, se refiere al conjunto de información que un individuo necesita tener para llevar su condición de salud. Además del conocimiento otras variables también interfieren en el cambio de comportamiento, tales como: el nivel de instrucción de cada paciente, tiempo de diagnóstico, creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, apoyo familiar, accesibilidad a los servicios de salud, entre otras. El conocimiento sobre la enfermedad y sobre la necesidad del autocuidado, es un aspecto fundamental del tratamiento de la enfermedad. Su importancia es reconocida en diversos estudios realizados, independientemente de las características socioeconómicas y culturales.

Aunque el conocimiento y las actitudes frente a la enfermedad constituyen factores

que interfieren en la adhesión al tratamiento, estudios han evidenciado que una reducida comprensión y conocimiento de cada paciente acerca de la enfermedad, y las dificultades experimentadas en su manejo, derivado de una actitud negativa frente a la misma. El conocimiento y la actitud frente a la enfermedad pueden estar influidos por variables sociodemográficas y clínicas de cada paciente. (25)

2.2.4. Temor al Cáncer

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar social es enorme. Se trata, por tanto, de una enfermedad estigmatizante, que genera sufrimientos y cambios en la vida de las personas. Los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer experimentan una variedad de estados afectivos, incluyendo ansiedad y depresión que pueden verse afectados por el dolor y otros síntomas físicos derivados del cáncer y sus tratamientos. En general, el desarrollo de consecuencias emocionales negativas se va sucediendo a medida que se van comunicando los resultados de pruebas médicas. A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de los pacientes que tienen que repetirse una prueba médica, o hacer otra que descarte el diagnóstico de cáncer. Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, la ansiedad disminuirá significativamente; mientras que si hay resultados positivos (o se continúan realizando más pruebas), se mantienen los niveles altos de ansiedad. Cuando se ha confirmado el diagnóstico y se inicia el tratamiento se inicia un proceso en el cual la ansiedad suele mantenerse elevada en el tiempo. Con frecuencia, el paciente presenta un estado de alerta o amenaza y ansiedad que puede llegar a ser patológica.

Como parte del temor al cáncer entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología ansiógena encontramos la percepción de cercanía de la muerte; el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma; problemas emocionales como la anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, los temores y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias, necesidad de trascendencia; y problemas del entorno como pueden ser la privación o el exceso de estimulación, el aburrimiento, la falta de cuidados o la sobreprotección familiar. También los problemas sociales de tipo económico, como son la pérdida del empleo, la situación de baja por larga enfermedad e incapacidad laboral; problemas familiares, de relación interpersonal, son una fuente importante de distrés y miedo profundo. Sin embargo, no podemos restar importancia a las diferentes condiciones médicas como posible causa: la pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional, como la mucositis, náuseas, anorexia y

vómitos, desencadenan en los pacientes el temor a no volver a recuperar nunca el estado de salud previo. Por último, algunos tumores cerebrales, tumores secretores de hormonas y los que por su localización invaden núcleos de síntesis hormonal, están entre los más relacionados con la generación de alteraciones afectivas y de ansiedad. **(25)**

2.2.5. Temor a la muerte

Una de las emociones que suscita la muerte con más frecuencia es el miedo. El miedo a morir se presenta a lo largo de la vida, sin que tenga que estar relacionado con una muerte real.

El miedo es la respuesta más típica e importante a la muerte, y ésta el estímulo aversivo o nocivo. Todas las respuestas de miedo derivarían de un origen común: la amenaza de la propia extinción. Este sería el miedo básico a la muerte. Las apreciaciones cualitativas ponen de manifiesto que el miedo a la muerte puede variar en intensidad, de tal manera que cierto miedo puede ser normal e incluso necesario, de lo contrario la vida estaría en un continuo peligro y la misma supervivencia expuesta a mil riesgos. En este sentido se consideraría que el miedo a la muerte tiene una función biológica o protectora de la vida. Un miedo excesivo cae ya en lo patológico cuando se vuelve obsesivo o demasiado intenso. **(26)**

2.2.6. Proceso De Atención

Se denomina atención en salud a los procesos a través de los cuales se completa la prestación y cuidados de salud a una persona, una familia, una comunidad y/o una población. La asistencia sanitaria supone que es posible colaborar con la salud garantizando un conjunto de atenciones que permitan, en primer lugar, mantener la salud de los individuos. En segundo lugar, evitar el desgaste o deterioro de la salud de la población. En tercer lugar, mejorar y recuperar la salud de las personas enfermas. En cuarto lugar, detectar oportuna y precozmente aquellas enfermedades para las cuales aún no se ha identificado una cura. En quinto lugar, aliviar el dolor y aminorar el sufrimiento de las personas con enfermedades graves o incurables. **(25)**

Es importante resaltar la prioridad que debe tener la orientación a la Atención Primaria de Salud, desde la Declaración de Alma Ata, la evidencia indica que las estrategias de Atención Primaria de Salud que logran mejores resultados, son las de cobertura universal en las que se responsabiliza a un servicio por brindar respuestas adecuadas a un grupo poblacional conocido. Si en un primer momento la ventaja se encontraba en la capacidad de organizar la forma de organizar el sistema al establecer una "puerta de entrada", luego se identifica que la responsabilidad nominada permite cambiar totalmente el modelo de atención. En

una población ya conocida, es más fácil asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas, que en las demandas espontáneas que se concretan en los servicios, es posible establecer cuidados programados y una lógica de cuidados progresivos en red, es más probable poder desplegar acciones extramurales o comunitarias, incorporar medidas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes. (25)

2.2.7. Abandono Del Proceso De Atención

El abandono del proceso de la atención en salud puede definirse como que desde que la paciente en algún punto del proceso, habiéndose realizado el procedimiento del Papanicolaou, deja de concurrir al servicio de salud. (26)

Dado esto, se detalla a continuación el abandono en los siguientes tiempos: En la etapa de tamizaje: más de 60 días desde la toma del Papanicolaou inicial sin recoger o conocer los resultados. En la etapa de confirmación diagnóstica: más de 90 días entre la entrega del resultado y la biopsia. En la etapa de tratamiento: más de 90 días entre la biopsia y la realización de tratamiento. (26)

2.2.8. Cuello Uterino

El cuello uterino es la fracción que se sitúa en la parte inferior del útero. En una mujer en edad fértil, no gestante, mide aproximadamente 3 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro. La parte inferior externa del cuello uterino llamada exocérvix, queda expuesta a la vagina y puede ser observada con la ayuda de un espéculo; los dos tercios superiores del cuello uterino reciben el nombre de endocérvix, y se encuentran por encima de la vagina y no son observables con la especuloscopia. La mayoría de los cánceres cervicouterinos tienen origen en el área donde el endocérvix se une al exocérvix. (27)

El cuello uterino se compone por tejido denso y fibromuscular. El conducto endocervical atraviesa el centro del cuello uterino, desde el orificio interno hasta el orificio externo. (27)

2.2.8.1. Epitelio del cuello uterino

El epitelio del cuello uterino consta de un epitelio escamoso estratificado, una capa gruesa y profunda cubierta por múltiples capas de células cada vez más planas y semejantes a placas. El epitelio cilíndrico, una capa única de células altas, tapiza el conducto endocervical y se extiende hacia el exterior hasta una porción variable del exocérvix. Es más delgado y más frágil que el epitelio escamoso del exocérvix y contiene múltiples glándulas que lubrican el conducto. En la unión escamoso-cilíndrica (UEC) se unen los dos tipos de epitelio. La ubicación de la UEC varía con la edad de la mujer, su estado hormonal, sus antecedentes de traumatismos, si está o no

embarazada y si utiliza anticonceptivos orales. (27)

Existen cambios normales en los epitelios del cuello uterino durante los años reproductivos de la mujer; cuando el epitelio se expone al ambiente ácido de la vagina, el epitelio cilíndrico más frágil que se extiende fuera del conducto endocervical hacia el exocérnix es reemplazado por epitelio escamoso que es más resistente. Este proceso de normal de reemplazo de epitelio se llama metaplasia escamosa y da lugar a una segunda unión escamoso cilíndrica. La zona de tamaño variable entre la unión escamocilíndrica original y la nueva se llama zona de transformación. Las células de la zona de transformación son especialmente sensibles a la infección por virus del Papiloma Humano y es donde se desarrolla la mayoría de los carcinomas escamocelulares. (27)

2.2.8.2. Apariencia Del Cuello Uterino A Lo Largo De La Vida De La Mujer

La unión escalocolumnar original está presente en las niñas al nacer, y se encuentra en el orificio externo del cuello uterino o cerca a este.

Desde la menarquia o primera menstruación hasta principios de la edad fértil en la pubertad, cuando los ovarios empiezan a secretar estrógeno, el cuello uterino aumenta en tamaño; las células cilíndricas del endocérnix y la unión escalocolumnar original se vuelven visibles en el exocérnix.

En las mujeres alrededor de los 30 años bajo la influencia del estrógeno, se ha dado proceso de maduración normal o metaplasia escamosa y hay una unión escalocolumnar original y una nueva, es en esta zona entre las dos uniones donde se forma la zona de transformación finalmente.

En la mujer en etapa del climaterio, específicamente peri menopaúsica, a medida que maduran y la influencia del estrógeno disminuye al aproximarse la menopausia, el tamaño del cuello uterino disminuye su tamaño y el epitelio cilíndrico junto con la zona de transformación retroceden del exocérnix al conducto cervical.

Sin estimulación de estrógenos en mujeres post menopaúsicas, la UEC original sigue siendo visible al examen con espéculo, pero la UEC nueva y una porción variable del epitelio metaplásico de la zona de transformación se han retirado más profundamente al conducto endocervical. Los cambios son progresivos aunque pueden no ser iguales, sin embargo, y en algunas mujeres posmenopáusicas el cuello uterino puede parecerse al perimenopáusico, y la UEC nueva puede mantenerse parcial o completamente visible. (27)

2.2.9. Lesiones Precancerosas

Las lesiones precursoras de cáncer del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a incrementarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por virus del Papiloma Humano. En la gran mayoría de otras neoplasias, aunque tengan una fase precursora, esta suele ser demasiado breve para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento. A diferencia de esto, el cáncer cervicouterino es uno de los pocos cuya fase precursora dura muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando bastas oportunidades para tamizaje y tratamiento. Lamentablemente, aunque sea prevenible, gran número de mujeres mueren todavía de cáncer cervicouterino en muchos países. (27)

2.2.10. Prevención De Cáncer De Cuello Uterino

El cáncer es un término basto usado para referir un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. Este último proceso se denomina «metástasis», y es una causa importante de muerte por cáncer. Otros términos comunes para designar el cáncer son «neoplasia» y «tumor maligno. El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2018 ocasionó 9,6 millones de defunciones, o sea una de cada seis personas mueren por causa del cáncer. (28)

2.2.11. Cáncer De Cuello Uterino

Este cáncer altera al cuello del útero que es la porción del cuello uterino que puede visualizarse por medio de la especuloscopia. El 99% de los casos de cáncer cervicouterino están altamente relacionados con la infección por el virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y se transmiten sexualmente. Aunque la mayor parte de las infecciones por el VPH se resuelven espontáneamente y no causan síntomas, son las infecciones persistentes o recurrentes las que suelen ocasionar cáncer cervicouterino. Por su frecuencia, este ocupa el segundo lugar entre los cánceres que más afectan a la mujer. Se valora que, en el año 2018, aproximadamente, 570 000 mujeres fueron diagnosticadas por cáncer de cuello uterino alrededor de todo el mundo y 311 000 murieron a causa de esta neoplasia. Los enfoques más eficaces de prevención primaria como la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano y secundaria como el tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas evitarán la incidencia de casos de cáncer cervicouterino. Es una de las formas de cáncer que responde mejor al tratamiento, siempre y cuando se detecte a tiempo y se trate

eficazmente. Los casos diagnosticados en etapas tardías también se pueden controlar con tratamiento adecuado y cuidados paliativos. El establecer un enfoque integral para prevenir, tamizar y tratar el cáncer cervicouterino es de gran importancia ya que podría eliminar en una generación este problema de salud pública. (29)

2.2.12. Historia Natural De La Enfermedad

El conocimiento de la historia natural de una enfermedad nos permite caracterizarla en términos cuantitativos, lo cual a su vez es necesario para; describir la severidad de una enfermedad para el establecimiento de prioridades en servicios clínicos y programas de salud pública, para brindar información a los pacientes acerca del pronóstico y evaluar el efecto de tratamientos. Se han propuesto varios modelos de historia natural de infección por VPH, los cuales han sido desarrollados y usados en evaluaciones de costo efectividad de tecnologías emergentes para prevenir y tamizar enfermedades relacionadas al VPH, tales como vacunación contra VPH, citología cervical líquida y tamizaje de VPH. En todos los modelos propuestos, el punto en común es el modelamiento base de la progresión y regresión de la infección de PVH hacia cáncer cervical y muerte; y el rol de pruebas diagnósticas y tratamientos. (30)

2.2.13. Epidemiología

El cáncer de cuello uterino es una de las causas más alarmantes de muerte en mujeres en todo el mundo. La historia del cáncer de cuello uterino inicia alrededor del año 1970, donde el científico alemán Harald zur Hausen retomó la hipótesis de que el cáncer de cérvix era producido por un virus de transmisión sexual, debido a este descubrimiento en la actualidad se dispone de vacunas capaces de evitar un número importante de infecciones relacionadas con el cáncer de cuello de útero. En 1983 identifica la cepa 16 y posteriormente la 18, y en la actualidad se realizan nuevos estudios para la comprensión de este cáncer y de los factores de predisposición de la persistencia viral y la transformación celular. Esta neoplasia es de alto impacto social, ya que, hay un caso nuevo cada 10 horas y la muerte de una mujer cada dos días por causa de esta enfermedad. El cáncer de cérvix se puede detectar en etapas tempranas con él, la prueba de Papanicolaou y con este se determina el paso a seguir para un manejo adecuado, el personal de salud debe estar actualizado con los nuevos métodos preventivos como lo es la vacuna contra el virus del papiloma humano. (31)

2.2.14. Etiopatogenia

EL VPH es un virus ADN, el cual es transmitido por vía sexual, induciendo lesiones que proliferan en el epitelio cutáneo y mucoso del cuello del útero. Pertenece a la familia Papovaviridae y se han identificado más de 100 subtipos. Empleando técnicas de detección vírica podemos encontrar ADN del VPH en más del 95% de

las lesiones pre malignas y del cáncer cervical. Los tipos de VPH más comunes en mujeres que padecen esta enfermedad, por orden descendente de frecuencia, son: 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52 y 53. Aquellos que se asocian con lesiones pre malignas y que, por tanto, pueden evolucionar a lesiones invasivas, se denominan VPH de alto riesgo. El VPH 16 se asocia al 54% de los carcinomas epidermoides y al 41% de los adenocarcinomas, lo que le convierte en el principal tipo de VPH de más alto riesgo. El VPH 18 es el segundo en frecuencia, responsable del 11% de los carcinomas epidermoides y del 37% de los adenocarcinomas. El cáncer de cuello uterino se origina en la zona de transición donde se unen el epitelio columnar primario del endocérvix y el epitelio escamoso del ectocérvix. (31)

La evolución de las lesiones intraepiteliales hacia la invasión requiere muchos años, lo cual permite detectar estas lesiones pre invasivas y tratarlas, esta característica de su historia natural convierte al cáncer de cérvix en una enfermedad evitable mediante la prevención. (31)

2.2.15. Factores De Riesgo

Dentro de los factores de riesgo se encuentran los siguientes: sexo femenino, inmunodepresión crónica como las secundarias a trasplantes o a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la promiscuidad sexual por su mayor riesgo de exposición a la infección por el VPH, la duración en la toma de anticonceptivos orales, tabaquismo, pocos exámenes de Papanicolaou, edad joven y hombres que tienen sexo con hombres. (31)

2.2.16. Clínica

El hallazgo más común es un examen de Papanicolaou anormal sin la presencia de síntomas, sin embargo, algunas veces en el examen macroscópico cuando ya el cáncer cervical se encuentra presente, se puede observar una apariencia anormal del cérvix con presencia de úlceras, masa exofítica o erosión gruesa. En estadios más avanzados el síntoma más frecuente son los sangrados vaginales anormales sobre todo de presentación postcoital, no son infrecuentes las secreciones malolientes serosanguinolentas o amarillentas, así como el dolor pélvico o lumbar, hematuria, tenesmo rectal o vesical y edema de miembros inferiores. (31)

2.2.17. Prevención

En primer lugar, la educación sobre la salud, con el propósito de aumentar la conciencia y conocimiento acerca de cómo mantener la salud y prevenir enfermedades. La educación al reforzar la conciencia, mejorar la accesibilidad a los servicios, aumentar la eficacia de las personas y potenciar las elecciones futuras, resaltar la importancia de las medidas preventivas de la enfermedad, como es la realización del Papanicolaou. (31)

El uso del preservativo evita el contagio, pero en un 60-70% de los casos debido a contacto de zonas genitales no cubiertas o por uso inadecuado.

La vacuna contra el VPH que se desarrolla utilizando tecnología recombinante de ADN, fabricadas en un laboratorio a partir de proteínas L1 de la cápsula viral purificadas. Estas proteínas L1 se autoensamblan para formar "partículas parecidas a virus" o virus like particles (VLP), estas conforman esferas estructuralmente semejantes a los VPH, pero se encuentran vacías en su interior. Ninguna de las vacunas existentes contiene productos vivos biológicos o ADN viral, esto quiere decir, que no son infecciosas y no causan enfermedad, no contienen antimicrobianos ni agentes conservantes.

La respuesta inmunológica generada por la administración de la vacuna inicia con la aplicación intramuscular de los VPH L1 VLP's, estas partículas son reconocidas por las células presentadoras de antígenos estromales y las células de Langerhans musculares, posteriormente accede a los ganglios linfáticos, donde tiene lugar la activación de las células B con su posterior diferenciación a células plasmáticas o anticuerpos. La generación de anticuerpos depende de la activación de células T, esta respuesta es iniciada por las células presentadoras de antígeno que tienen epítipo derivado del VLP, por medio del complejo mayor de histocompatibilidad tipo II se permite la diferenciación a Th2, estas liberan IL-4 e IL-10 que culminan con la liberación de células B. La respuesta de células T consta de 3 señales, la primera la da la activación del receptor de células T, la segunda proviene de moléculas coestimuladoras y la tercera señal dada por las citoquinas pro inflamatorias liberadas por las células presentadoras de antígeno, esta última señal en la forma natural de la infección por VPH deriva de los receptores tipo Toll, en las personas vacunadas esto es generado por adyuvantes agregados a la vacuna, de manera que, la adición de estos adyuvantes como los derivados de sales de aluminio, explican la mayor efectividad de la respuesta inmune. Por otra parte, un beneficio que se ha observado es que no solo existe protección contra los serotipos administrados en la vacuna, sino que, se ha demostrado existencia de protección cruzada contra otros serotipos, aunque no estén incluidos en la vacuna. (31)

Actualmente se dispone de tres vacunas diferentes que protegen contra algunos serotipos del VPH, a pesar de que previenen de los virus que contienen, no modifican la historia natural de infecciones en curso por los tipos de VPH incluidos, por esta razón es que el potencial preventivo es mayor cuando se administra en personas que no han sido expuestas. En personas ya infectadas por algún tipo vacunal, se puede administrar la vacuna con el fin de prevenir reinfecciones o reactivación, esto debido a que la inmunidad natural no confiere protección

duradera; los controles con el Papanicolaou deben seguir a pesar de haberse administrado la vacuna. (31)

Las vacunas comerciales disponibles son:

Cervarix (tipo 16 y 18) indicada en lesiones genitales premalignas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer de cérvix causados por determinados tipos específicos del VPH en mujeres a partir de los 9 años de edad, lesiones anales pre neoplásicas y cáncer anal relacionados con ciertos tipos de VPH en hombres y mujeres a partir de los 9 años; su pauta de colocación es a los 0 y 6 meses de 9-14 años de edad y a los 0, 1 y 6 meses en personas mayores de 15 años. (31)

Gardasil (tipo 6, 11, 16 y 18) posee las mismas indicaciones de la Cervarix, pero además se indica en las verrugas genitales, se coloca a los 0 y 6 meses en personas entre los 9 a 13 años y a los 0, 2 y 6 meses en mayores de 14 años.

Gardasil 9 (tipo 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58) tiene como indicaciones las lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello del útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna en hombres y mujeres a partir de los 9 años, verrugas genitales (condiloma acuminado) ocasionados por tipos específicos del VPH en hombres o mujeres a partir de los 9 años; su colocación es a los 0 y 6 meses de los 9-14 años, y a los 0, 2 y 6 meses en mayores de 15 años. (31)

Los grupos de riesgo que deben recibir la vacuna son personas con inmunodeficiencia primaria, mujeres con trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos hasta los 26 años, infección por VIH en la población infantil con pauta de 3 dosis y en la población adulta hasta los 26 años con pauta de 3 dosis, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres hasta los 26 años, personas en situación de prostitución y mujeres con tratamiento escisional de cérvix. En cuanto a la vacunación en hombres, en el 2009 la FDA autorizó su vacunación en varones entre los 11-26 años. (31)

2.2.18. Detección

Los diferentes métodos de tamizaje son el principal medio en la identificación temprana de lesiones pre malignas. Dentro de las estrategias de tamizaje se encuentran tres opciones:

Citología cervical o Papanicolaou

Prueba conjunta Papanicolaou/VPH

Prueba de VPH la cual examina la presencia de 1 o más de los 13 o 14 tipos de alto riesgo, aprobadas por la FDA existe el test de Cobas® de Roche y el test de Digene Hybrid Capture 2.

El propósito de las estrategias es poder identificar las lesiones precancerosas en

estadios tempranos, antes de su evolución a cáncer de cérvix. (31)

La citología mediante la técnica de Papanicolaou, la cual es de gran relevancia y fundamental en el tamizaje, contribuye de forma determinante en la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino en más de un 75% en poblaciones donde esta se utiliza de forma sistemática y continua. Hay algunos países de América Latina, aunque la prueba de Papanicolaou se encuentra al alcance de las mujeres de forma gratuita en los servicios públicos de salud, no se ha observado que haya una disminución real de la mortalidad por cáncer cervicouterino, de manera que, se ha establecido que el éxito de esta prueba radica no en la sensibilidad sino en la repetición constante de esta. (31)

En el año 1956 se propuso el término de “displasia” para denominar las anomalías cuyo aspecto histológico era intermedio entre el epitelio normal y el cáncer in situ (CIS). Estas displasias fueron clasificadas como ligeras, moderadas y graves, pero; dado que hay una correlación directa entre el riesgo de progresión y la gravedad del grado histológico, en el año 1968 Richart introdujo el término NIC el cual se divide en tres subgrupos que son:

NIC I: displasia leve

NIC II: displasia moderada

NIC III: combina la displasia grave y el CIS.

Las citologías se deben clasificar según el sistema de Bethesda de manera que, las células escamosas atípicas se dividen en:

Atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US)

Las que no se puede excluir una lesión de alto grado (ASC-H).

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) engloba los cambios citológicos consistentes con atipia coilocítica o NIC I.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) denota los hallazgos citológicos correspondientes a NIC II y NIC III.

En las pautas para la realización y discontinuidad del Papanicolaou se sugiere lo siguiente:

En mujeres entre los 21-29 años de edad, se recomienda una prueba de Papanicolaou cada 3 años, las pruebas de VPH no deben realizarse en este grupo etario. Las mujeres de 30 años y mayores deben someterse a detección con citología y pruebas concurrentes de VPH cada 5 años, o pruebas de Papanicolaou mínimo cada 3 años. Con respecto a la discontinuidad de la detección se debe detener en mujeres mayores de 65 años con resultados negativos consecutivos en los últimos 10 años, pero, en las mujeres que han concluido con la vigilancia pos tratamiento para NIC II/III o mayor, deben continuar con la detección de rutina

durante al menos 20 años, incluso si estas pruebas ocurren después de los 65 años. Las citologías también deben discontinuarse en mujeres sometidas a histerectomía total y que no han tenido antecedentes de NIC II/III o mayor. (31)

Todas las pruebas anormales de citología cervical requieren valoración posterior, esta misma debería repetirse cada 6 meses hasta que se obtengan dos frotis normales consecutivos. Todas las pacientes con ASCH, LSIL pre menopáusica, HSIL, AGC o frotis con sospecha de cáncer deben enviarse para colposcopia inmediata. (31)

Las indicaciones para realizar la colposcopia son:

Anormalidades en el frotis citológico cervical o en la prueba de VPH, cuello uterino anormal en sentido clínico o con apariencia sospechosa, hemorragia intermensual o poscoital sin explicación, neoplasia vulvar o vaginal, antecedentes de exposición al dietilbestrol (DES) dentro del útero. Es necesario realizar una biopsia en las áreas de anomalía. (31)

Diagnóstico por colposcopia

Desde los comienzos se han observado importantes progresos en el diagnóstico colposcópico. La utilización del ácido acético al 5 % y visión bajo colposcopio (microscopio estereoscópico) y el índice de Reid permiten detectar lesiones que se han categorizado en negativas y positivas y no satisfactorias. Sirve también este procedimiento para corroborar de una inspección visual con ácido acético al 5 % (IVA). Es útil también cuando existen resultados citológicos no útiles repetidos, y para realizar biopsias dirigidas. Entre los resultados anormales o positivos se citan la lesión aceto blanca que puede variar en intensidad y tiempo de tinción en dependencia de la cantidad de proteínas (generalmente anómalas) acumuladas en el epitelio, el punteado, el mosaico y la presencia de vasos atípicos, entre otras. Al momento de realizar la colposcopia es importante tener en cuenta la edad y si hay presencia o no de embarazo. Como la colposcopia tiene resultados variables en sensibilidad y especificidad, y por supuesto, este es un hecho a afrontar, la auditoría de las colposcopias es también obligatoria para lograr mejor rendimiento del programa de pesquise de lesiones cervicales. El resultado de la biopsia no solamente permite un diagnóstico preciso, sino que también permite evaluar los resultados de la citología y la colposcopia. (32)

Rutas seguidas por el cáncer invasor a lo largo del cuerpo a medida que progresa: Hay cuatro rutas, generalmente secuenciales, a lo largo de las cuales evoluciona el cáncer invasor. i. Dentro del cuello uterino: Un foco diminuto de cáncer microinvasor se propaga hasta ocupar todo el cuello uterino, que puede agrandarse a 8 cm de diámetro o más. El cáncer puede ser ulceroso, exofítico (crece hacia afuera) o

infiltrante (invasor hacia adentro). ii. A las estructuras adyacentes: Es posible la propagación directa en todas las direcciones, hacia abajo a la vagina, hacia arriba al útero, lateralmente a los tejidos que sostienen el útero en la pelvis y a los uréteres, hacia atrás al recto y hacia adelante a la vejiga urinaria. iii. Vía linfática: En un 15% de los casos, cuando el cáncer se mantiene confinado todavía dentro del cuello uterino, hay una propagación a los ganglios linfáticos pelvianos y esta aumenta a medida que el cáncer se disemina. Las metástasis de ganglios linfáticos al principio se limitan a la región pelviana, posteriormente pasan a la cadena ganglionar a lo largo de la aorta, y con el tiempo llegan al espacio situado por encima de la clavícula (fosa supraclavicular). Los ganglios linfáticos, una vez invadidos por el cáncer, se agrandan y, si están cerca de la piel, se pueden palpar. Por ejemplo, si el cáncer ha avanzado hasta el tercio inferior de la vagina, los ganglios inguinales se pueden encontrar afectados y agrandados a la palpación, y los ganglios supra cervicales también se sentirán notoriamente agrandados. iv. Metástasis distantes por las vías sanguínea y linfática. Las células del cáncer cervicouterino pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático y reproducirse por metástasis a distancia en hígado, huesos, pulmones y cerebro. Mientras el cáncer invasor se mantenga confinado inicialmente dentro del área pelviana, todavía es posible curar muchos casos con un tratamiento apropiado. (27)

2.2.19. Carga Social Y Económica del Cáncer de Cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud que afecta a mujeres alrededor de todo el mundo hasta la actualidad, sobre todo en los países en desarrollo, donde en muchas mujeres se presentan en estadios avanzados de la enfermedad con bajas tasas de curación. Además de la prueba de Papanicolaou, la prueba de inspección visual con ácido acético y, la detección del ADN viral como una técnica de pesquiasaje son las pruebas más deseables. Sin embargo, las mujeres son reacias a asistir a las consultas de referencia, ya por falta de conocimiento, o porque no es una prioridad para ellas. Es necesario conocer más sobre la percepción de las comunidades, y sobre la comprensión sobre el cáncer cervical. (32)

Dada la magnitud del problema, en Europa, por ejemplo, el Consejo Europeo recomienda programas de pesquiasaje organizados a todos los estados miembros, ya que continúan apareciendo mujeres con cánceres invasores del cuello uterino y siguen muriendo miles de mujeres, sobre todo más en los países del este de Europa. (32)

El tratamiento del cáncer cervical en los países en desarrollo es altamente dependiente de los recursos y la experiencia disponibles, y son muy caros ambos, lo que produce una carga adicional, no solamente a las mujeres si no a los estados

que tratan de solucionar el problema con programas sociales de atención. La prevención siempre será más barata que el tratamiento de un solo caso de cáncer. Es importante señalar que además de la carga económica y social que presuponen los costos de los programas y de los tratamientos, existe también una carga psicológica que no debe obviarse. (32)

Comunicarle a una mujer que el resultado de su prueba citológica es normal, no la excluye de tener alguna lesión cervical, dada la presencia de falsos negativos. También decirle que su prueba es anormal, no la exime de que al examen colposcópico y la biopsia definitiva, no tenga nada más que una lesión inflamatoria, por lo tanto, en ambos casos se transmite inicialmente, en algunos casos falsa seguridad de normalidad, y en otros la ansiedad de tener algún "problema" que repercute en la psiquis de la mujer, en dependencia de su grado educacional, y de la percepción del riesgo que tenga. Decirle a una mujer que es portadora del virus del papiloma humano y que puede desarrollar un cáncer, produce también una carga de ansiedad y stress, así como problemas familiares y todo ello puede repercutir en la familia. (32)

2.2.20. Tratamiento

Las opciones de manejo se colocan dentro de dos categorías generales, las cuales son manejo expectante o tratamiento. El primero puede aplicarse en casos de NIC I cuando le precede una citología cervical que sugiere lesión de bajo grado (ASCUS, LSIL o ASCH), sin embargo, para las lesiones de bajo grado entonces, si los elementos diagnósticos son concordantes y la unión escamo cilíndrica es bien visible, también se puede realizar, la vaporización con láser que es destructora o un control por frotis y colposcopia a los 6 meses, si existe discordancia entre los elementos diagnósticos, debe practicarse una conización con objetivo diagnóstico. Ciertas displasias moderadas e incluso graves pueden beneficiarse de tratamientos destructores siempre que no superen los 2 cm², si los límites se visualizan bien, si la unión epitelio glandular es bien visible y, sobre todo, si se trata de pacientes observables y accesibles a un seguimiento riguroso. En todos los demás casos, la conización sigue siendo el método de referencia. (31)

La crioterapia es una de las formas terapéuticas ablativas basado en la destrucción de tejidos mediante necrosis producida por nitrógeno líquido a baja temperatura (-196°C), la técnica consiste en aplicar ciclos completos de congelación-descongelación, que varían según el tipo de lesión.

El láser de dióxido de carbono se puede utilizar para la ablación de la zona de transformación o como una herramienta para las biopsias por conización. El láser destruye el tejido en una zona muy estrecha de la lesión alrededor del tejido tratado

y, por ende, es tanto preciso como flexible. (31)

El flujo vaginal posterior al tratamiento puede durar de 1 a 2 semanas, un pequeño porcentaje de mujeres experimentan hemorragia que requiere reexaminación. El procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) se suele utilizar para NIC II y NIC III. El LEEP usa una pequeña asa delgada de alambre que se fija a un generador de electrocirugía para extirpar el tejido de interés. Existen asas de alambre de varios tamaños. Después de la escisión con LEEP de la zona de transformación, es frecuente que se retire una muestra endocervical estrecha (“sombbrero de copa”) para permitir la valoración histológica, al tiempo que se evita un daño excesivo al estroma cervical. (31)

2.3. Hipótesis:

H1: los factores asociados al abandono del proceso de atención en prevención de cáncer de cérvix son; edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso mensual, seguro de salud, apoyo familiar, procedencia, tenencia de hijos, vivienda y el conocimiento de la enfermedad, temor al tratamiento, temor al cáncer y temor a la muerte en mujeres que acuden a la Liga de Lucha contra el Cáncer Cajamarca 2019

H0: los factores asociados al abandono del proceso de atención en prevención de cáncer de cérvix no son; edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso mensual, seguro de salud, apoyo familiar, procedencia, tenencia de hijos, vivienda y el conocimiento de la enfermedad, temor al tratamiento, temor al cáncer y temor a la muerte en mujeres que acuden a la Liga de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca 2019.

2.4. Variables

Variable 1: Factores asociados al abandono

Variable 2: Abandono del proceso de atención en la prevención del cáncer de cérvix.

Conceptualización y Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Factores asociados al abandono	Toda circunstancia o situación individual, familiar y/o ambiental, que aumenta la probabilidad que una persona abandone el tratamiento: factores sociodemográficos y subjetivos.	<p>Condiciones que disminuyen la probabilidad de éxito en proceso de atención de prevención de cáncer de cérvix</p> <p>Factores sociodemográficos:</p> <p>Se refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación</p>	<p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p> <p>Ingreso mensual</p> <p>Tenencia de hijos</p> <p>Seguro de salud</p> <p>Apoyo familiar</p>	<p>Menor de 30 De 31 a 40 De 41 a 50 De 50 a mas</p> <p>Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior incompleta</p> <p>Soltera Casada Conviviente Separada/divorciada Viuda</p> <p>Ama de casa Empleado publico Privado Independiente</p> <p>Menos de 500 Más de 500 Más de 1000 Más de 2000</p> <p>Si no</p> <p>SIS Essalud Sin seguro de salud Sanidades Particular Otros</p> <p>Si No</p>	<p>intervalo</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Intervalo</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>

			<p>Procedencia</p> <p>Vivienda</p> <p>Conocimiento de la enfermedad</p> <p>Temor al tratamiento</p> <p>Temor al cáncer</p> <p>Temor a la muerte</p>	<p>Cajamarca Urbano Cajamarca Rural Provincia</p> <p>Propia Alquilada Familiar</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
<p>ABANDONO DE PROCESOS DE ATENCION</p>	<p>La paciente, deja de concurrir al servicio de salud.</p> <p>1) Más de 60 días desde la toma del Pap</p> <p>2) Desde Confirmación diagnóstica más de 90 días entre la entrega del resultado y la biopsia.</p> <p>3) Tratamiento: más de 90 días entre la biopsia y el tratamiento.</p>	<p>La paciente deja de concurrir al servicio de salud por un periodo de más de 60 días desde la toma del Pap, más de 90 días entre la entrega del resultado y la biopsia, más de 90 días entre la biopsia y la realización de tratamiento</p>	<p>Tiempo desde la toma de muestra de Pap y el recojo de resultados</p> <p>Tiempo desde el recojo de resultados de Pap y la indicación de biopsia</p> <p>Tiempo entre la toma de biopsia y el inicio de tratamiento</p>	<p>> 60 días, < de 60 días</p> <p>> 90 días < de 90</p> <p>> 60 días, <90 días</p>	<p>intervalo</p> <p>Intervalo</p> <p>De intervalo</p>

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de Estudio

El presente estudio fue diseñado como una investigación no experimental, cuantitativa retrospectiva correlacional.

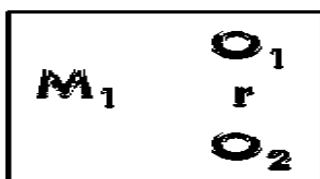
No experimental: Estudios que se realizaron sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.

Cuantitativo: Porque utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

Retrospectivo: Fue un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados.

Correlacional: Se asociaron variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. La utilidad principal de los estudios correlacionales fue saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas.

ESQUEMA DE DISEÑO:



- M : Muestra con quien(es) vamos a realizar el estudio.
- O1 : Variable 1.
- O2 : Variable 2.
- r : Relación de las variables de estudio

3.2. Área de estudio:

Centro de prevención oncológica de la Liga Peruana de Lucha Contra el cáncer Cajamarca, ubicada en Jr. Daniel A. Carrión Nro. 220, urbanización el Bosque, Cajamarca. Viene realizando sus actividades de prevención y despistaje oncológico y de salud en general desde el año 2004, dirigido y fundado por la Mg. Obsta. Sonia Díaz Estacio. El equipo de trabajo consta de 2 médicos oncólogos, un médico gastroenterólogo, un médico patólogo, una obstetra, una psicóloga y un técnico en enfermería. El trabajo y el esfuerzo de todos aquellos que componen la Liga van encaminados a alcanzar estos objetivos estratégicos clave:

Educar, informar y concienciar a la población y los profesionales de salud sobre los factores que facilitan la prevención y detección precoz del cáncer con la finalidad de disminuir las tasas de incidencia y/o mortalidad por cáncer en nuestro país.

Mejorar la calidad de vida de los enfermos de cáncer y sus familias, paliando los problemas derivados de la enfermedad oncológica.

Promover la participación y formación entre los colectivos profesionales y voluntarios que trabajan en la lucha contra el cáncer.

Proteger y difundir los derechos de los pacientes de cáncer, reforzando el papel del enfermo de cáncer como parte activa en la lucha contra esta enfermedad.

Promover, apoyar y adoptar las estrategias de planificación nacional de prevención y control del cáncer.

La misión de la Liga es la lucha contra el cáncer en todas las modalidades conocidas o que en el futuro se conozcan, a través de la investigación, la educación, la defensa, y el servicio. Su Visión es eliminar el cáncer como un problema de salud importante. Previniéndolo, detectándolo tempranamente y disminuyendo el sufrimiento que causa. Sus funciones se articulan en tres pilares básicos: Representar a la sociedad civil ante los poderes constituidos para facilitar la adopción de medidas y políticas que garanticen servicios para la prevención de la enfermedad, la investigación y mejor asistencia de los afectados por ella.

Promover la participación y la movilización ciudadana con el objeto de implicar a la comunidad en la búsqueda de soluciones en la lucha contra el cáncer.

Planificar y ejecutar estrategias, programas y servicios de atención a los enfermos y sus familias de prevención, de formación e investigación. (33)

3.3. Población

La población estuvo conformada por 256 pacientes atendidas por tamizaje de Papanicolaou en centro de prevención Liga Contra el cáncer Cajamarca

3.4. Muestra y muestreo

La muestra se obtuvo mediante la fórmula de cálculo que se utilizará para el tamaño de la muestra, el cual 1.96 representa el nivel de confianza, 0.51 la proporción del éxito, 0.49 el complemento de P, y un margen de error de 0.029.

Para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Z= nivel de confianza (1.96)

p= proporción de éxito (0.5)

q= complemento de p (0.5)

N= población (265)

E= margen de error (0.028)

n= muestra

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 358}{(0.028)^2 \times (398-1) + ((1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 197$$

3.5. Muestreo

Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple ya que se tuvo acceso al marco muestral y todos tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionado.

3.6. Unidad De Análisis

Cada paciente atendida para Tamizajes, Diagnóstico, tratamiento o seguimiento en el proceso de atención de prevención de cáncer de cérvix en el Centro de Prevención de

La Liga Contra el Cáncer Cajamarca 2019.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión:

- 3.7.1. Criterios de Inclusión:

Pacientes que se hayan atendido en Liga Contra el Cáncer para Tamizaje, Diagnóstico, tratamiento o seguimiento en el proceso de atención de prevención de cáncer de cérvix

Historias clínicas de pacientes en proceso de atención de prevención de cáncer de cérvix

- 3.7.2. Criterios de Exclusión:

Pacientes que se hayan atendido en Liga contra el Cáncer para otras pruebas que no correspondan a tamizaje, diagnóstico, tratamiento o seguimiento en el proceso de atención de prevención de cáncer de cérvix.

Historias clínicas de pacientes en procesos de atención diferentes a prevención de cáncer de cérvix.

3.8. Procedimientos y Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó, fue la encuesta a las pacientes por vía telefónica y se solicitó la autorización a la directora de la Liga de Lucha contra el Cáncer Cajamarca para poder realizar la investigación con el uso de historias clínicas.

3.9. Descripción del instrumento

Para la recolección de datos en esta investigación se empleó la entrevista que constó de 20 ítems, los cuales se dividen en dos partes, la primera; variable independiente; factores asociados al abandono que constó de 13 preguntas que se dividen a la vez en factores sociodemográficos entre ellos edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, ingreso mensual, tenencia de hijos, vivienda, procedencia; y subjetivos como temor al tratamiento, al cáncer o a la muerte; y una tercera parte que es la variable dependiente abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix que constó de 3 preguntas respectivamente que buscan saber el tiempo en que las pacientes continúan o abandonan su proceso de atención posterior al Papanicolaou.

3.10. Validez y confiabilidad

- 3.10.1. Validez

Para la validez del instrumento se aplicó el método de agregados individuales, es decir la validez por juicio de expertos; para ello se contó con tres profesionales dos con grado de maestro y uno con doctorado, los cuales hicieron las correcciones necesarias según su experiencia.

- 3.10.2. Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante prueba piloto con 15 historias clínicas las cuales tenían características similares a la población de estudio, posteriormente se analizó con Alfa de Cron Bach por consistencia interna; cuyo valor encontrado es 0,97 esto indica que la información obtenida con este instrumento es altamente confiable; es decir, su uso repetido obtendrá resultados similares.

3.11. Técnicas de Procesamiento, Interpretación y Análisis de los datos

Descripción del proceso de digitación

Cuando se obtuvo la información, se procedió a pasar de forma manual en la laptop gracias al programa Microsoft Excel, para luego traspasar la base de al programa SPSS v0.25 y poder codificarlos, en el cual, se tabuló y analizaron los resultados obtenidos mediante el Chi cuadrado, ya que, es usado para variables de tipo nominal y ordinal, consiguiendo asociación significativa en algunas variables, y así se obtuvo las tablas estadísticas para su respectivo análisis, dando respuesta a la hipótesis planteada en relación a los objetivos del presente trabajo de investigación.

3.12. Aspectos Éticos De La Investigación

Para la ejecución del estudio, se consideró los aspectos éticos:

- **Principio de participación voluntaria:** Este principio consiste en que el sujeto integrante de la muestra de estudio, participe voluntariamente en la investigación, sin obligación alguna. (34)
- **Principio de equidad:** Consiste en dar a cada uno de los sujetos de la muestra de estudio, lo que se merece en función de sus méritos o condiciones, en no favorecer en el trato a una persona perjudicando a otra. Durante toda la investigación se tendrá en cuenta la igualdad y trato digno de cada alumno. (34)
- **Principio de confidencialidad:** Este principio se refiere a la garantía de que la información personal será protegida durante toda la investigación y no se dará a conocer a nadie. (34)
- **Principio de beneficencia:** Se refiere que se realizó la recolección de datos sin causar daño alguno. (34)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1 Factores sociodemográficos de mujeres que se atienden en Liga contra el cáncer. Cajamarca, 2019

Facto sociodemográfico	N°	%	
Edad	25 a 30 años	46	23,4
	31 a 40 años	63	32,0
	41 a 50 años	51	25,9
	51 a más	36	18,3
	Datos perdidos	1	0,5
Grado de instrucción	Sin instrucción	15	7,6
	Primaria incompleta	3	1,5
	Primaria completa	19	9,6
	Secundaria incompleta	13	6,6
	Secundaria completa	40	20,3
	Superior incompleta	58	29,4
Estado civil	Superior completa	49	24,9
	Soltera	21	10,7
	Conviviente	95	48,2
	Casada	38	19,3
	Separada	24	12,2
	Divorciada	14	7,1
	Viuda	3	1,5
Datos perdidos	2	1,0	
Ocupación	Ama de casa	56	28,4
	Empleada pública	30	15,2
	Empleo privado	57	28,9
	Independiente	52	26,4
	Datos perdidos	2	1,0
Ingreso mensual	Menos de 500 soles	21	10,7
	Más de 500 soles	60	30,5
	Más de 1000 soles	72	36,5
	Más de 2000 soles	42	21,3
	Datos perdidos	2	1,0
Seguro de salud	SIS	64	32,5
	EsSalud	46	23,4
	Sanidad	5	2,5
	Particular	36	18,3
	No cuenta	46	23,4
Apoyo familiar	Sí	111	56,3
	No	85	43,1
	Datos perdidos	1	,5
Procedencia	Cajamarca urbano	114	57,9
	Cajamarca rural	46	23,4
	Provincia	37	18,8
Tenencia de hijos	Sí	145	73,6
	No	47	23,9
	Datos perdidos	5	2,5
Vivienda	Propia	49	24,9
	Alquilada	63	32,0
	Familiar	85	43,1
Total	197	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de Centro de Prevención de la Liga Contra el Cáncer

En la tabla 1 se observa que el mayor porcentaje de mujeres que acuden a atenderse en la Liga contra el cáncer tiene entre 31 a 40 años (32%); Estos resultados tienen similitud con los estudios realizados por Rivera M (Tacna, 2021) donde evidencia que las características sociodemográficas en su estudio fueron mujeres con edad entre los 30 a 41 años.

Con respecto al grado de instrucción alcanzado, la gran mayoría cuentan con estudios de secundaria completa y superior completa e incompleta (20,3%; 29,4% y 24,9% respectivamente); resultados similares al estudio realizado por Regiani C. (Brasil, 2018) donde el grupo de mujeres estudiadas presentaban nivel de estudios básicos; sin embargo, también se registró un 7,6% de pacientes sin instrucción educativa, valor casi similar al nivel nacional (8%) lo que indica que todavía existe una brecha que cubrir en cuanto al acceso a educación de la mujer de Cajamarca procedente sobre todo de la zona rural (18,8%) o de las provincias (23,4%).

En cuanto al estado civil, al igual que los reportes nacionales se encuentran en mayor proporción aquellas que tienen estado civil conviviente (48,2%), estos resultados muestran similitud a los datos encontrados por Mondragón N (Cajamarca, 2019) mujeres quienes indicaron ser de estado civil conviviente.

Datos parecidos a los encontrados en los estudios de Regiani C. (Brasil, 2018) en su mayoría son mujeres que trabajan ya sea en el sector privado (28,9%), en forma independiente (26,4%) o como empleadas del sector público (15,2%) la condición de ser empleada sea en el sector que la mujer se desempeñe, guarda relación con la carencia de tiempo que una mujer pueda llegar a tener con respecto al cuidado de su salud o el cumplimiento de sus controles ya que ésta tiene más funciones como atender a los hijos o ser en muchas ocasiones responsable del hogar al mismo tiempo.

Es importante indicar que el ingreso mensual de más del 80% de la entrevistadas es superior a los S/.500 soles pero menor a los 1000 soles, dato que refiere que es un aproximado del salario mínimo vital por familia, así mismo estos resultados coinciden con estudios como de Alvares M (Guatemala, 2016) y Regiani C. (Brasil, 2018) donde el salario del mayor porcentaje de mujeres era un aproximado al mínimo vital por familia (alrededor de 250 dólares), de mismo modo se encuentran datos similares en estudios realizados en Perú por Gonzales J (Trujillo, 2015) y Mamani T (Lima, 2020) donde indican que el ingreso económico de las mujeres por familia era aproximadamente un salario mínimo (alrededor de 230 dólares).

Finalmente, se tuvo datos sobre el tipo de vivienda, en este caso 43,1% indica que es familiar, a diferencia de los datos encontrados por Regiani C. (Brasil, 2018) donde refiere que la vivienda de las mujeres del estudio era propia en su mayoría; y además 56,3% manifiesta que cuenta con apoyo de su familia, el 73,6% de las mujeres del estudio muestra que tienen hijos, en contraste a otros estudios similares, la tenencia de hijos, no ha sido tema de estudio en su población objetivo. No obstante, la tenencia de hijos constituye un tema de gran importancia a nivel de cuidado de la salud, ya que se demuestra que la mayoría que las mujeres del presente estudio tienen hijos, y también más de la mitad de las mujeres entrevistadas trabajan, esto nos proporciona una información valiosa con respecto al tiempo que podría emplear una mujer en el cuidado de su salud y la relación con el seguimiento a los procedimientos que esta pueda requerir, ya que de muchas maneras se evidencia que una mujer predispone su papel de madre y ama de casa en la sociedad, esto combinado con el tiempo empleado en sus actividades laborales, son factores sociodemográficos que si repercuten en las mujeres actualmente.

Tabla 2 Factores subjetivos asociados al abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix en Liga de lucha contra el cáncer. Cajamarca, 2019

Factores subjetivos		Abandono al proceso de atención de prevención del cáncer de cérvix						Prueba de χ^2
		Más de 60 días		Menos de 60 días		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Conocimiento de la enfermedad	Sí	113	57,7	2	1,0	115	58,7	0,784
	No	76	38,8	2	1,0	78	39,8	
	Datos perdidos	0	0,0	0	0,0	3	39,8	
Temor al tratamiento	Sí	81	41,3	2	1,0	83	42,3	0,566
	No	111	56,6	2	1,0	113	57,7	
Temor al cáncer	Sí	127	64,8	3	1,5	130	66,3	0,587
	No	65	33,2	1	0,5	66	33,7	
Temor a la muerte	Sí	122	62,2	3	1,5	125	63,8	0,541
	No	70	35,7	1	0,5	71	36,2	
Total encuestas aplicadas						197	100,00	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de Centro de Prevención de la Liga Contra el Cáncer

En la tabla 2 se muestra la asociación entre los factores subjetivos y el abandono del proceso de atención de prevención de cáncer de cérvix, se halló que 57,7% de mujeres que conocen sobre la enfermedad abandonaron el proceso de atención, ya que, no acudieron al establecimiento de salud dentro de los 60 días posteriores a la toma de Pap, es decir que pese a que las mujeres tenían el conocimiento de los riesgos de un resultado sospechoso o positivo ya no recurrieron al establecimiento para el recojo de sus resultados, a diferencia del estudio de Cerquin L (Cajamarca, 2019) donde los resultados mostraron que el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad era de un 13% ; también se visualiza que 56,6% de ellas manifiesta no tener temor al tratamiento, se asocia al porcentaje de pacientes con conocimiento acerca de la enfermedad lo que nos indicaría que también conocen acerca del tratamiento por lo que no tienen temor a éste. Referente al temor que tiene la mujer a padecer esta enfermedad es de 64,8% dato similar al estudio realizado por Rodríguez S (Lima, 2017) donde la mayoría de mujeres refirieron temor a la enfermedad, y 62,2% manifiesta temor a la muerte; sin embargo, a pesar de ello, abandonan el proceso de atención después de realizado el procedimiento de Papanicolaou.

Tabla 3 Abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix como tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Liga contra el cáncer, Cajamarca 2019

Tiempo de abandono de proceso de prevención del cáncer		N°	% del total
Tiempo que dejó de concurrir al establecimiento desde la toma de Papanicolaou y el recojo de resultados	Más de 60 días	163	82,7
	Menos de 60 días	33	16,8
	Datos perdidos	1	0,5
Tiempo que dejó de ir al establecimiento desde el recojo de resultado de PAP y la indicación de biopsia	No requirió biopsia	160	81,2
	Más de 60 días	30	15,2
	Menos de 60 días	7	3,6
Tiempo en que dejó de ir al establecimiento entre la toma de biopsia e inicio de tratamiento	No requirió tratamiento	189	95,9
	Más de 60 días	6	3,0
	Menos de 60 días	2	1,0
Total encuestas aplicadas		197	100,00

Fuente: encuesta aplicada a mujeres de la Liga de Lucha contra el Cáncer

En la tabla 3 se muestra el abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix, en este caso se midió según el tiempo que ha demorado la mujer en acudir tanto al recojo de resultados, toma de biopsia si es el caso, e inicio del tratamiento si lo requirió; se tiene entonces que, para conocer los resultados de la muestra de PAP, 82,7% se considera que abandonaron el proceso de atención, esto quiere decir que la mayor parte de pacientes realizaron su prueba de Papanicolaou, conociendo que es de gran responsabilidad realizarse esta prueba para detectar a tiempo si es que hubiera alguna lesión pre maligna, tratarla tempranamente y así prevenir el cáncer, sin embargo al realizarse la prueba y no obtener los resultados después de ella nos muestra que no solo es necesario el conocimiento de la importancia de la prueba, sino también el seguimiento post Papanicolaou para prevenir el cáncer de cuello uterino. De toda la población estudiada, 18,8% de pacientes requirieron un examen de biopsia y, al igual que en el caso anterior un porcentaje (15,2%) abandonó el proceso de atención, podemos ver en este caso que las pacientes tienen que conocer el resultado de su Papanicolaou, por si necesitan alguna otra prueba como la biopsia, el cáncer de cuello uterino es un cáncer prevenible y de lenta evolución, es por eso que de requerir biopsia, las pacientes cuanto antes deben acudir para realizarse una, y completar los procesos siguientes que sean necesarios, de esta manera será posible tratar oportunamente lesiones precancerosas o detectar a tiempo un cáncer en el cuello uterino.

También, se visualizó que 4% de la población investigada, tuvo la necesidad de recibir tratamiento para lesiones precancerosas o cáncer cervical, difiere de los resultados obtenidos por Armijos G. (Ecuador, 2018) donde el porcentaje de mujeres que abandonaron el seguimiento de Papanicolaou con resultados anormales fue de un 50%; sin embargo los resultados obtenidos son realmente alarmantes ya que, se evidencia un alto porcentaje de abandono de los procesos de atención en el preventivo de la Liga de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca.

Dado el impacto que tiene el adecuado seguimiento y tratamiento en la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, la disminución de los porcentajes de abandono se presenta como un desafío para todos los programas de prevención de cáncer de cuello uterino. La mayoría de los programas en Perú priorizan la realización de acciones tendientes a lograr altas coberturas de tamizaje, pero no demuestran esfuerzos similares para el logro del adecuado diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas.

Por otra parte, en el presente estudio, la mayor parte de las mujeres, han abandonado el proceso de atención en la primera etapa, es decir, antes de haber recibido el resultado de su prueba de Papanicolaou y antes de acceder a la biopsia. Estos resultados son consistentes con otras investigaciones y pueden ser considerados indicadores de falencias en el traspaso de información y responsabilidades entre los servicios de tamizaje y los de diagnóstico y tratamiento, reveladas en diversos estudios. La identificación de profesionales responsables del seguimiento de las mujeres con lesiones precancerosas, en la institución, la implementación de sistemas de aviso/alarma frente a estos casos, son estrategias posibles para mejorar la trayectoria de las mujeres en la institución y para evitar los abandonos en momentos claves del proceso. A su vez, estas estrategias requieren de un sistema de información que permita el monitoreo del proceso. La ausencia de registros sistemáticos sobre seguimiento y tratamiento es un problema que abarcan muchas más instituciones prestadoras de servicios de salud.

Tabla 4 Factores subjetivos que presentan mujeres de Liga contra el cáncer. Cajamarca, 2019

Factor subjetivo		N°	%
Conocimiento de la enfermedad	Sí	115	58,4
	No	79	40,1
	Datos perdidos	3	1,5
Temor al tratamiento	Sí	83	42,1
	No	114	57,9
Temor al cáncer	Sí	131	66,5
	No	66	33,5
Temor a la muerte	Sí	126	64,0
	No	71	36,0
Total		197	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de Centro de Prevención de la Liga Contra el Cáncer

En la tabla 4 se muestran los factores subjetivos referidos a los conocimientos y temores que pueda tener la mujer ante el cáncer de cérvix; al respecto se obtuvo que un 40,1% de la población estudiada no tiene conocimiento de la enfermedad, similar a los datos encontrados por Mamani T (Lima, 2020) donde las pacientes estudiadas presentaban una alta razón de prevalencia con respecto al desconocimiento de la enfermedad.

En cuanto al temor que puedan generar el cáncer, se observó que similar porcentaje de mujeres refiere sí tener temor a la enfermedad y la muerte por su causa, alcanzándose 66,5% y 64,0% respectivamente; datos que pueden compararse con los obtenidos por Rodríguez S (Lima, 2017) donde los factores que se asocian también consideran al temor en sus causas de abandono del proceso de atención.

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud que afecta a mujeres alrededor de todo el mundo hasta la actualidad, sobre todo en los países en desarrollo, donde en muchas mujeres se presentan en estadios avanzados de la enfermedad con bajas tasas de curación. Sin embargo, las mujeres son reacias a asistir a las consultas de referencia, ya por falta de conocimiento, o porque no es una prioridad para ellas. Es necesario conocer más sobre la percepción de las comunidades, y sobre la comprensión sobre el cáncer cervical. (32)

Estos resultados reflejan la importancia de considerar los aspectos simbólicos de la enfermedad al momento de plantear las estrategias de salud pública tendientes a reducir las tasas de abandono. Los motivos por los cuales las mujeres utilizan o no los servicios estarán superditados a las percepciones acerca de su salud, sus dolencias y la existencia o no de soluciones para sus problemas. Eliminar las barreras subjetivas para la atención requiere de estrategias integrales que incluyan espacios de consejería en

donde las necesidades de las mujeres sean escuchadas e incorporadas en las estrategias para la resolución del problema. (31)

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se determinaron las siguientes conclusiones:

1. En esta tesis se analizaron los factores asociados al abandono del proceso de atención en la prevención de cáncer de cérvix, en mujeres que acuden al Centro de Prevención de la Liga Contra el Cáncer de Cajamarca. 2019
2. Los factores sociodemográficos de las pacientes del estudio se caracterizaron por tener entre 31 y 40 años, ser convivientes, tener como grado de instrucción principalmente superior incompleto, proceder de la zona urbana de Cajamarca, y tener un ingreso mensual aproximado al sueldo mínimo vital. Su ocupación es empleo por el sector privado y amas de casa, y no tener hijos menores.
3. Se identifica en las pacientes factores subjetivos de abandono a los procesos de atención en la prevención de cáncer tales como temor al cáncer y temor a la muerte, y un porcentaje de pacientes con desconocimiento de la enfermedad.
4. Se determinó a través del análisis estadístico que las pacientes del presente estudio abandonan el proceso de atención en su mayoría en las diferentes etapas de la atención, sobretodo en la etapa posterior a la toma de Papanicolaou, aun cuando un porcentaje de ellas requirió biopsia o tratamiento.
5. Se demostró que los factores sociodemográficos y subjetivos no se asocian significativamente al abandono de los procesos de atención en la prevención del cáncer de cuello uterino, corroborando con ello la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se sugiere:

A los directivos a cargo de la institución prestadora de servicios de salud Liga de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca, para que prioricen la realización de mejoras en el control y seguimiento de las pacientes ya que condicionará un mayor grado de control y ayudará en la prevención en la salud de las mujeres en Cajamarca.

A los médicos, obstetras, y demás profesionales de salud encargados de brindar los servicios en el centro de prevención Liga de Lucha Contra el Cáncer Cajamarca, se recomienda que continúen brindando información de educación y promoción de la salud en prevención del cáncer cervicouterino.

A los gobiernos regionales, Diresas, y autoridades pertinentes, se recomienda invertir creando esfuerzos en promocionar con participación activa de las mujeres de Cajamarca, campañas de educación y prevención en cáncer cervicouterino, ya que reducirá a futuro la deserción de mujeres en su atención en salud.

A futuras líneas de investigación, se recomienda seguir abordando el tema para mayor enriquecimiento de la información en el desarrollo de próximos trabajos relacionados a fin de que la información permita elaborar una propuesta al equipo de investigación para el fortalecimiento del proceso de seguimiento y tratamiento de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Referencias Bibliográficas

1. The Global Cancer Observatory. Cervix uteri. [Online]; 2019. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-she>.
2. Capote NL. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en América Latina. [Online]; 2015. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/JIMENA/Downloads/ecancermedicalscience-2015-article-577.es.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Cáncer Cervicouterino. [Online]; 2018. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
4. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. [Online]; 2020. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100017#B8.
5. Willy Cesar Ramos Muñoz NNGR. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. [Online]; 2018. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/asis/asis_2020.pdf.
6. Valencia-Arredondo M HPDMRD. Seguimiento a mujeres con resultado citológico. [Online]; 2017. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n1/0120-386X-rfnsp-35-01-00027.pdf>.
7. Enrique Octavio Marroquín Osorio YMA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. [Online]; 2019. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A%C3%91O_2019.pdf?r=1606503282.
8. Joice Gaspar SQ. Factores sociodemográficos y clínicos de mujeres con el VPH y su asociación con el VIH. [Online]; 2015. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Xfn6VjGYyHWGXQzBMynQdCd/?format=pdf&lang=es>.
9. Pedro Pérez Ponce LL. Cáncer cervicouterino. [Online]; 2016. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1405887116300694?token=1C6559BA836F49AB4ADD42ACAB7AECB7505AED984DD6ED8942FABD300906F958EEB683A9873756605508C9CA647A5C93&originRegion=us-east-1&originCreation=20220309222249>.
10. XURUC MA. FRECUENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL. [Online]; 2016. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9898.pdf.
11. Arrivillaga M. Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia. [Online]; 2019. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20\(2019-II\)/54561490009/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20(2019-II)/54561490009/).
12. Armijos Gabriela VL. Determinantes que influyen en el seguimiento de mujeres con Pap anormal en el hospital Vozandes Oriente. [Online]; 2018. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5894/T-PUCE-6052.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Carla Regiani Conde TMRL. Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. [Online]; 2018. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100348.
14. Flores JAG. Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el hospital Belén de Trujillo. [Online]; 2015. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1261/1/GONZALES_JOSEPH_ABANDONO_TAMIZAJE_CUELLO%20UTERINO.pdf.
15. CAQUI CRISOSTOMO MA. FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS PARA ACUDIR A LA TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAOU EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, NOVIEMBRE 2017. [Online]; 2017. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1876/TITULO%20%20Caqui%20Crisostomo%2C%20%20Made%20moisselle%20Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. SOLÍS JOT. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO. [Online]; 2017. Acceso 9 de marzo de 2022. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6664/Garagondo_BJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Aldave-Zamora A. Acta Médica Peruana. [Online]; 2019.
18. Telma MS. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma Medicina Humana. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2963/TMAMANI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Bendezu-Quispe G. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [Online].; 2020.. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100017.
20. Zegarra MR. Repositorio de la Universidad Nacional Jorge Basadre Tacna. [Online].; 2021.. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4183?show=full>.

21. Ruiz KIG. CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PRACTICAS ED AUTOCUIDADO PARA PREVENIR EL CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. [Online]; 2017. Acceso 9 de Marzode 2022. Disponible en:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/368/TESIS%20%20FINAL%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
22. Cerquín Alcántara LM. Conocimiento y actitudes frente a la prevención de la infección por virus del papiloma humano. Centro de Salud Pachacutec. Cajamarca 2019. [Online]; 2019. Acceso 9 de Marzode 2022. Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3691>.
23. Mondragón N. LESIONES PRE-CANCEROSAS DE CÉRVIX Y FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL PREVENTORIO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. [Online]; 2018. Acceso 9 de marzode 2022. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2713>.
24. Porto. JP. Indicadores sociodemograficos. [Online]; 2019. Acceso 9 de marzode 2022. Disponible en:
<https://definicion.de/sociodemografico/#:~:text=Puede%20decirse%20que%20lo%20sociodemogr%C3%A1fico,la%20edad%20son%20datos%20sociodemogr%C3%A1ficos>.
25. ZEVALLOS ME. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO. [Online]; 2017. Acceso 9 de MARZOde 2022. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1030/Factores_ZevallosRomero_Maritza.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. FILOSOFICO D. Factores objetivos y factores subjetivos de la Historia. [Online]; 1965. Acceso 9 de Marzode 2022. Disponible en:
<https://www.filosofia.org/enc/ros/fact.htm#:~:text=Pertenecen%20a%20los%20factores%20subjetivos,acci%C3%B3n%20de%20los%20factores%20subjetivos>.
27. Tobar F. La atención de la salud. [Online]; 2017. Acceso 9 de marzode 2022. Disponible en:
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud#:~:text=Se%20denomina%20atenci%C3%B3n%20o%20asistencia,comunidad%20y%20Fo%20una%20poblaci%C3%B3n>.
28. Paolino M. DETERMINANTES SOCIALES DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL EN AVELLANEDA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. [Online]; 2011. Acceso 9 de MARZOde 2022. Disponible en:
<https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/382/313>.
29. Salud OPd. Control integral del Cancer cervicouterino. Guia de practicas escenciales segunda edicion. [Online]; 2016. Acceso 9 de Marzode 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf.
30. OMS. CÁNCER. [Online]; 2018. Acceso 9 de MARZOde 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1.
31. OMS. CANCER DE CUELLO UTERINO. [Online]; 2018. Acceso 9 de MARZOde 2022. Disponible en:
https://www.who.int/es/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
32. Romani F. Historia natural de la infección por Papilomavirus Humano (PVH). [Online]; 2014. Acceso 9 de marzode 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355002.pdf>.
33. REVISTA MEDICA SINERGIA. ACTUALIZACION DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CANCER DE CERVIX. [Online]; 2020. Acceso 9 de MARZOde 2022. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395/747>.
34. Negrín JGS. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Online]; 2011. Acceso 9 de MARZOde 2022. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400026.
35. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer. [Online]; 2020. Disponible en: <https://ligacancer.org.pe/>.
36. HONDURAS RM. PRINCIPIOS DE LA ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN. [Online]; 2012. Acceso MARZO de 9de 2022. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-9.pdf>.
37. Paolino M SRAS. Determinantes sociales del abandono del. [Online]; 2013. Acceso 9 de Marzode 2022. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2013.v34n6/437-445/es>.
38. Ana Giselle Posso Moar MARP. Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. [Online]; 2014. Acceso 9 de marzode 2022. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000300008.
39. filosofico d. filosofia en español. [Online]; 1984. Acceso 9 de marzode 2022. Disponible en:
<https://www.filosofia.org/enc/ros/fact.htm#:~:text=Pertenecen%20a%20los%20factores%20subjetivos,acci%C3%B3n%20de%20los%20factores%20subjetivos>.

ANEXOS

ANEXO 01



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



ENTREVISTA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX.

DATOS GENERALES Nº FICHA: _____ Institución: Liga contra el cáncer Cajamarca

INFORMACION SOBRE LAS VARIABLES

A. Factores objetivos asociados al abandono

1. EDAD:
a. De 25 a 30 () b. de 31 a 40 () c. de 41 a 50 () d. de 51 a más ()

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN
a. Sin instrucción () b. Primaria incompleta () c. Primaria completa () d. Secundaria incompleta ()
e. Secundaria completa () f. Superior incompleta () g. Superior completa ()

3. ESTADO CIVIL
a. Soltera () b. conviviente () c. () d. casada () e. separada () f. divorciada () g. viuda ()

4. OCUPACION
a. Ama de casa () b. empleado público () c. empleado privado () d. independiente ()

5. INGRESO MENSUAL
a. Menos de 500 () b. más de 500 () c. más de 1000 () d. más de 2000 ()

6. SEGURO DE SALUD
a. SIS () b. ES SALUD () c. Sanidad () d. particular () e. No cuenta ()

7. Apoyo familiar
a. Si () b. No ()

8. PROCEDENCIA
a. Cajamarca urbano () b. Cajamarca Rural () c. Provincia ()

9. Tenencia DE HIJOS
a. Si () b. No ()

10. Vivienda
a. Propia () b. alquilada () c. familiar ()

B. Factores subjetivos asociados al abandono

11. Conocimiento de la enfermedad
a. Si () b. No ()

12. Temor al tratamiento
a. Si () b. No ()

13. Temor al cáncer
a. Si () b. No ()

14. Temor a la muerte
b. Sí () b. No ()

C. ABANDONO DE PROCESOS DE ATENCION

FECHA DE TOMA DE PAP: / /

NUMERO DE PAPS

15. TIEMPO QUE DEJO DE CONCURRIR AL ESTABLECIMIENTO DESDE LA TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAU Y EL RECOJO DEL RESULTADO
a. Más de 60 días () b. menos de 60 días ()

16. TIEMPO QUE DEJO DE IR AL ESTABLECIMIENTO DESDE EL RECOJO DEL RESULTADO DE PAP Y LA INDICACIÓN DE BIOPSIA.
a. Más de 90 días () b. menos de 90 días ()

17. TIEMPO QUE DEJO DE IR AL ESTABLECIMIENTO ENTRE LA TOMA DE LA BIOPSIA Y EL INICIO DEL TRATAMIENTO.
a. Más de 90 días () b. menos de 90 días ()

ANEXO N°02



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



AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD

*SOLICITO: PERMISO PARA APLICACIÓN
DE ENCUESTA*

SEÑORA: MSc. OBSTA. SONIA DIAZ ESTACIO

DIRECTORA DE LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER CAJAMARCA

Yo, Adriana Jimena Sánchez Rodríguez, identificada con DNI 71252946, domiciliada en Jr. Luis Alberto Sánchez 260, en el departamento de Cajamarca, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, por ser de gran importancia para continuar con mi proceso de investigación titulado: "Factores Asociados Al Abandono Del Proceso De Atención En Prevención De Cáncer De Cérvix. Liga Contra El Cáncer Cajamarca", para obtener mi título profesional, me conceda el permiso necesario para aplicar a las pacientes atendidas en la institución que usted lidera, la base de datos correspondiente a las pacientes atendidas en el año 2019 para toma de Papanicolaou.

POR LO EXPUESTO:

Segura de contar con su total apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecer su acto de buena fe para conmigo.

Pido a usted, acceder a dicha petición por ser de justicia.

Cajamarca, febrero de 2020

Adriana Jimena Sánchez Rodríguez

71252946

ANEXO N°03

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS: PRUEBA PILOTO

El indicador de confiabilidad de Alpha de Cron Bach probado en 15 pacientes con sus respectivas historias clínicas, para el instrumento, es 0,97 mayor a 0,90, está dentro de la categoría de excelente, por tanto, cumple con el requisito de confiabilidad.

Estadística de Confiabilidad del Instrumento	
Estadística de Fiabilidad	
Alfa de Cron Bach	N° de elementos
0.97	15

