



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina  
Unidad de Posgrado  
Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Conocimiento y actitudes de las pacientes con cáncer  
de cuello uterino hacia el tratamiento oncológico.  
Departamento de Oncología y Radioterapia.  
Hospital Goyeneche Arequipa, 2007**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

**AUTOR**

Liliana Beatriz MIRANDA VALDIVIA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Miranda L. Conocimiento y actitudes de las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia el tratamiento oncológico. Departamento de Oncología y Radioterapia. Hospital Goyeneche Arequipa, 2007 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2007.

---

*A Dios...*

*Mi agradecimiento*

*A las docentes de la Facultad de Enfermería  
de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*

*A mis amados Padres  
por su comprensión y cariño*

*A mi esposo Héctor  
y mi hijo Hector Miguel  
Con todo mi amor.*

*Liliana*

# INDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. PROBLEMA	09
B. OBJETIVOS	11
C. HIPÓTESIS	12
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	13
B. BASE TEÓRICA	14
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	44
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	46
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	46
F. PERFIL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	47
B. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	47
D. MÉTODOS E INSTRUMENTOS	48
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	49
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	66
B. RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

## RESUMEN

El estudio de investigación titulado: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO HACIA EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO. DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA. HOSPITAL GOYENCHE AREQUIPA, 2007 se realizó con el objetivo de Determinar el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino acerca del tratamiento oncológico en el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche de Arequipa. Se aplicó el diseño descriptivo y de corte transversal. Concluyendo que, en relación a los conocimientos que tienen las pacientes investigadas sobre cáncer de cuello uterino y específicamente sobre el tratamiento oncológico a recibir, éstos son satisfactorios en razón de que las dos terceras partes refieren tener conocimiento en los niveles alto y medio; Que, en cuanto a las actitudes, menos de la mitad de las pacientes investigadas demuestran favorable susceptibilidad personal hacia el desarrollo del cáncer de útero, más de la mitad a la gravedad del cáncer del cuello uterino, hecho que las induce a tomar medidas oportunas como: perseverancia, continuidad y estilo de vida saludable; Que en cuanto al tratamiento quirúrgico, quimioterapia, y radioterapia, las pacientes investigadas demuestran actitudes desfavorables. Se recomienda que en base a las conclusiones se recomienda a las instituciones de salud en general programas ciclos educativos a la población, utilizando la radiodifusión, ya que es el medio de comunicación más accesible, difundir e incrementar campañas de prevención de cáncer, por medio de examen de papanicolau, y brindar conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y su tratamiento; Que, en la Facultad de Enfermería de las Universidades se continué con está línea de investigación a fin de lograr conocer gradualmente la problemática oncológica en nuestro medio.



## **ABSTRACT**

The titled investigation study: KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF THE PATIENTS WITH CANCER OF UTERINE NECK TOWARD THE TREATMENT ONCOLÓGICO. DEPARTMENT DE ONCOLOGÍA AND RADIOTHERAPY. HOSPITAL GOYENCHE AREQUIPA, 2007 were carried out with the objective of Determining the level of knowledge and attitudes that have the patients with cancer of uterine neck about the treatment oncológico in the Department of Oncología and Radiotherapy of the Hospital Goyeneche of Arequipa. The descriptive design was applied and of traverse court. Concluding that, in relation to the knowledge that have the patients investigated on cancer of uterine neck and specifically on the treatment oncológico to receive, these are satisfactory in reason that the third two parts refer to have knowledge in the high and half levels; That, as for the attitudes, less than half of the investigated patients they demonstrate favorable personal susceptibility toward the development of the uterus cancer, more than the half to the graveness of the cancer of the uterine neck, fact that induces them to take opportune measures as: perseverance, continuity and healthy lifestyle; That as for the surgical treatment, chemotherapy, and radiotherapy, the investigated patients demonstrate unfavorable attitudes. It is recommended that based on the conclusions it is recommended to the institutions of health in general you program educational cycles to the population, using the broadcasting, since it is the means of more accessible communication, to diffuse and to increase campaigns of cancer prevention, by means of papanicolau exam, and to offer knowledge has more than enough cancer of uterine neck and their treatment; That, in the Ability of Infirmary of the Universities you continued with it is investigation line in order to be able to know the problematic oncológica gradually in our means.

## INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello de Útero en la sociedad occidental y comenzando el actual siglo XXI viene adquiriendo una dimensión relevante y progresiva desde el punto de vista sanitario, social y secundariamente, económico.

Es nuestro medio, el cáncer de cuello uterino, es un gran problema de morbimortalidad elevada, a pesar de los esfuerzos realizados sigue siendo la neoplasia más prevalente.

El cáncer de cuello uterino en el Perú, ocupa el primer lugar de incidencia en la mujer, es así que las estadísticas reportan una tasa del 26% por cien mil habitantes y de estas cifras, la tasa de mortalidad es de 9.1% por cien mil habitantes.<sup>1</sup>

Es un gran problema al que nos estamos refiriendo, el cáncer de cuello uterino porque se presenta en un número grande de mujeres que desconocen aspectos esenciales de esta enfermedad y por lo tanto, sus actitudes van a ser inadecuadas; es necesario que conozcan más de cerca de esta enfermedad para que sus actitudes sean las más apropiados.

---

<sup>1</sup> Oficina de Estadística del Ministerio de Salud, 2002

Es en este sentido que el estudio sobre “Conocimiento y Actitudes de las Pacientes con Cáncer de Cuello Uterino hacia el Tratamiento Oncológico” tiene como objetivo el determinar el nivel de conocimientos y las actitudes que tienen las pacientes con Cáncer de Cuello Uterino hacia el tratamiento oncológico y el propósito es obtener información que nos permita incrementar los conocimientos de la población femenina acerca del cáncer y modificar sus actitudes en relación a la enfermedad, su prevención.

El estudio contiene en el primer capítulo: el problema, con su respectivo planteamiento y formulación, la justificación del estudio, los objetivos, propósito, marco teórico, hipótesis, la definición operacional de términos y las variables. El segundo capítulo: Material y método expone el tipo, nivel y método, área del estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos, plan de recolección, análisis e interpretación de datos, así como las consideraciones éticas.

El tercer capítulo: Aspectos Administrativos que da referencia a los recursos necesarios, el cronograma y el presupuesto. El capítulo que contienen los resultados, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presenta la bibliografía y los anexos que incluyen el instrumento de recolección de datos, el consentimiento informado, el procedimiento de validez del instrumento y la determinación del tamaño de la muestra. El trabajo de investigaciones llevo a cabo en los meses de mayo a agosto del 2007.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### A. PROBLEMA

El cáncer es la segunda enfermedad degenerativa más frecuente a nivel mundial, las estadísticas señalan que existe 1.05 millón de casos. El cáncer de Cuello de Útero, últimamente ha tenido una incidencia de 1.20 (mujeres, ocupando el segundo lugar como causa de muerte).

Asimismo, en Perú la tasa de cáncer de Cuello de Útero es del 26% por cien mil habitantes y la tasa de mortalidad es de 9.1% por cien mil habitantes.

En Arequipa, el cáncer de Cuello de Útero alcanzar el 21% de la población femenina que oscila entre los 35 y 50 años.<sup>2</sup>

Por otro lado, se tiene que el Cáncer, en este caso de cuello uterino, afecta a las mujeres en las dimensiones biofísica, psicosocial y espiritual, no solo por la enfermedad sino también por las reacciones que las produce el tratamiento, muchas veces desconocidos por las pacientes. Esta situación las induce a tomar actitudes de ansiedad, estrés, depresión, rechazo al tratamiento,

---

<sup>2</sup> Oficina de Estadística del Ministerio de Salud, 2002

desesperanza. Actitudes que repercuten negativamente en el entorno familiar y social.

En el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche de Arequipa se atienden 89 pacientes con Cáncer de Cuello de Útero durante el presente año, estando sujetas al programa de tratamiento oncológico que incluye la cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia y estilos de vida.

Las pacientes que reciben tratamiento carecen de una información completa que les permita tomar actitudes positiva hacia él.

El Cáncer de Cuello de Útero afecta a más de 250 mujeres por año y este número tiende a aumentar con el envejecimiento de nuestra población, mayor frecuencia en las mujeres de baja situación socioeconómica, las que en considerable proporción constituyen el único sostén de sus familias.

Se tiene también que nuestras tasas de incidencia y mortalidad aún que han experimentado una leve disminución, todavía son varias veces más altas que en los Estados Unidos y Europa.

En nuestro medio, es un hecho real el que las mujeres con cáncer de cuello de útero llegan al hospital en estadios avanzados, esto por falta de conocimiento. Es aquí, en que Enfermería juega un rol importante, ya que no sólo es una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componentes humanista y social fundamental que guía su función educadora, permitiéndole en este caso, como en otros más, el de brindar información a la paciente y a su familia acerca de lo que deben conocer, entender el por qué? y comprender el para qué a fin de que tengan la claridad absoluta y la objetividad para la toma de decisiones, como escoger alternativas de tratamiento respetando los principios éticos y bioéticos.

Considerando el problema expuesto anteriormente, es que se decidió realizar el estudio del problema:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y cuáles son las actitudes de las pacientes con Cáncer de Cuello de Útero del Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche, hacia el tratamiento Oncológico?

El presente estudio es relevante científica y socialmente debido a que va a contribuir a lograr una mejor comprensión de la problemática que viven las personas con cáncer acerca de los conocimientos y actitudes, no sólo en relación al tratamiento sino a la prevención. Por otro lado, los resultados ayudarán a la población a tomar actitudes y medidas sobre este tipo de cáncer, contribuyendo así a enfrentar la enfermedad en forma apropiada y segura.

## **B. OBJETIVOS**

Para el desarrollo del estudio se elaboran los siguientes objetivos:

### **B.1. General**

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino acerca del tratamiento oncológico en el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

### **B.2. Específicos**

- Identificar los conocimientos que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino acerca del tratamiento oncológico en el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

- Identificar las actitudes que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino acerca del tratamiento oncológico en el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

### **C. HIPOTESIS**

Dado que el cáncer de cuello uterino afecta gravemente la salud de la mujer y su maternidad y que los tratamientos repercuten en su estado físico, social y mental produciéndoles reacciones y actitudes diversas de aceptación y/o rechazo.

Es probable que las pacientes con cáncer de cuello de útero que acuden al Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche, por el bajo a mediano nivel cultural tengan un bajo nivel de conocimientos sobre el cáncer y su tratamiento, así como actitudes desfavorables.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**Mallqui Peralta, Tatiana y Valdez Pacheco, Rosario.** Arequipa (1999) investigaron sobre la “Actitudes de las pacientes hacia el Autoexamen de Mama, Centro de Salud de Hunter”, llegando a las siguientes conclusiones:

- Que habiendo realizando el estudio de investigación con una muestra de 300 mujeres de diversas edades, más de la mitad de las mujeres tenían un grado de instrucción secundaria o superior.
- Que, un 3% referían no tener conocimiento acerca del cáncer de mama, un 35% no sabían sobre el autoexamen de mama y que un 40% lo practicaba esporádicamente, lo que demostró que el conocimiento es insuficiente en la población.

**Nogueira Ríos, Arturo** en Iquitos (2003) realizó un estudio sobre: “Factores epidemiológicos asociados a cáncer de cerviz en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Loreto”. Determina los factores epidemiológicos



asociados a la presentación de cáncer de cerviz en mujeres hospitalizados en el Hospital Regional de Loreto en el período de tiempo comprendido entre enero del año 1998 a diciembre del 2002. El diseño que se empleó fue el descriptivo-transversal-retrospectivo.

**Reátegui Dávila, Lorenzo.** Iquitos (2005). Prevalencia de factores de riesgo en mujeres de 20-30 años con lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino en el Hospital Regional de Loreto; enero 1999 – diciembre 2000. Tesis presentaba a la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Determina la prevalencia de los factores riesgo en pacientes con lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino en el Hospital Regional de Loreto.

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. CANCER**

Podemos definir al cáncer como: una neoplasia maligna en la que existe una multiplicación celular sin control (la molécula mas importante de la célula, el ADN, sufre una alteración estructural) que hará que se constituya una masa o tumor, el cual llega a comprometer las estructuras vecinas, destruyéndolas y estas células neoplásicas además pueden ingresar al torrente sanguíneo y/o linfático, con la posterior colonización de órganos a distancia. Este conjunto de alteraciones puede presentarse en diferentes tejidos; de allí que llega a presentarse variedad de tumorizaciones, así como de localizaciones.

#### **1.1. Definición de Cuello Uterino**

El cáncer Cervicouterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El útero es el órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el

feto. El cuello o cérvix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina (canal de nacimiento). El cáncer cervicouterino empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales. Una citología con tinción de Papanicolaou generalmente encontrará estas células pre-malignas. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes. Ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer cervicouterino, suelen ser necesarias una serie de pruebas para diagnosticarlo.<sup>3</sup>

## **1.2. Epidemiología descriptiva**

El cáncer es una enfermedad temida, que hace tiempo dejó de ser una enfermedad rara para convertirse en un problema relativamente común que afecta gravemente la salud humana. El cáncer tiene gran relevancia sanitaria en los países económicamente desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo va incrementando sus cifras a medida que se controlan los problemas de nutrición y las enfermedades transmisibles.

### **a. El problema de cáncer de cuello uterino en el mundo**

Las tasas globales en el mundo de incidencia y mortalidad por cáncer aumentan con la esperanza de vida (superior a 70 años) llegando la tasa de incidencia de 300 por 100000 habitantes de todas las edades.

---

<sup>3</sup> CACERES, E: "Registro del Cáncer en Lima Metropolitana 1990-1991". INEI. Lima, 1995

En los países desarrollados el cáncer ocupa el primer lugar en incidencia y el segundo en mortalidad.

#### **b. El problema de cáncer de cuello uterino en el Perú**

Actualmente el cáncer ocupa en nuestro país uno de los primeros lugares en lo que se refiere a la morbimortalidad en el adulto, constituyendo un problema de salud pública prioritario.

El número de casos nuevos se debe fundamentalmente a la mejora en el diagnóstico de la enfermedad, aumento general de la población, aumento de la edad promedio de vida, aumento real de la enfermedad, del medio ambiente, hábitos, alimentación, trabajo, etc.

#### **1.3. Epidemiología analítica. Etiología**

Si bien no se conoce con exactitud la etiología, los estudios en el mundo han acumulado observaciones y pruebas experimentales muy importantes para sostener que toda neoplasia es un proceso multifactorial y no el resultado de un solo factor aun este sea un factor potencial.

Las neoplasias como cualquier otro proceso patológico que afecte a un ser vivo, son el resultado final de dos series de circunstancias interrelacionadas: la primera engloba la dotación o constitución genética del sujeto (factores endógenos) y la segunda hace referencia con los aspectos relacionados con el ambiente (factores exógenos). Estos factores son múltiples y algunos de ellos aun desconocidos o no interpretados adecuadamente, se denominan carcinógenos o cancerígenos y pueden ser:

**a. Factores de riesgo.**

- Inicio de relaciones sexuales a edad temprana: Se acepta actualmente como factor de riesgo elevado de padecer lesiones pre-malignas y cáncer de cuello uterino el inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años.
- Primer embarazo a edad temprana. Aparentemente debido a inmadurez de las células del cuello, durante el trauma obstétrico.
- Promiscuidad sexual de alguno de los cónyuges: El individuo promiscuo está más expuesto a adquirir infecciones de transmisión sexual las que a su vez parecen jugar papel importante en la transformación neoplásica cervical.
- Infecciones por virus del Papiloma Humano: Existe una asociación causal entre el desarrollo de lesiones intraepiteliales y el Virus del Papiloma Humano.
- Cigarrillo: existen elevadas concentraciones de Nicotina en moco cervical y disminución de células de Langerhans en tejido cervical en pacientes fumadoras. El antecedente de tabaquismo incrementa el riesgo de infección por V. P. H.
- Ingesta de anticonceptivos orales. En algunos estudios epidemiológicos se ha encontrado un riesgo mayor en quienes toman anticonceptivos orales, al controlar por la presencia del Virus del Papiloma Humano
- Embarazo en la adolescencia
- Parto antes de los 19 años
- Multiparidad
- Promiscuidad (dos o más compañeros sexuales)
- Infecciones genitales frecuentes
- Compañero no circuncidado

- Compañero con IVPH genital o cáncer de pene
- Compañero con factores de riesgo
- Tabaquismo (más de 15 cigarrillos al día)<sup>4</sup>

#### 1.4. Etapas o Estadíos

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

**Estadío 0** o carcinoma in situ. El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino

**Estadío I.** El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

**I-a:** una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

**I-b:** una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

**Estadío II.** El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

**II-a:** el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

**II-b:** el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

**Estadío III.** El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

---

<sup>4</sup> CACERES, E: "La Investigación en Cáncer en el Perú". Acta Cancerológica. Vol. XXII. N° 1. Perú 1992.

**Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

**IV-a:**Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

**IV-b:**Diseminación a órganos distales como los pulmones.

**Recurrente.** Enfermedad recurrente (**recidiva**) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.

## 1.5. Sintomatología

- Leucorrea (flujo blanquecino y viscoso con mal olor)
- Hemorragia vaginal.
- Hemorragia post´coito
- Anemia ferropénica.
- Dolor pélvico.
- Metrorragias (hemorragias uterinas profusas)
- Síntoma de Obstrucción urinaria.

## 1.6. Métodos de diagnóstico

### a. Examen de Papanicolao (PAP)

**Definición:** La prueba PAP, cuyo nombre deriva de su inventor Dr. George Papanicolao, es uno de los métodos más eficaces para determinar si hay células anormales en el cuello uterino. Es una prueba sencilla, rápida y barata mediante la cual es posible ver al microscopio si hay células anormales antes que la mujer tenga algún síntoma y se realiza de la siguiente forma

- Con un espéculo, se inspecciona el cuello uterino y se toma una muestra de la célula para analizar.
- Se utiliza un hisopo) espátula de madera para obtener células de la superficie del cuello uterino.
- Estas células se colocan sobre una lámina de vidrio y se envía al laboratorio para que un citólogo lo analice.

**b. Frecuencia:** Toda mujer debe someterse a la prueba PAP luego de haber iniciado su actividad sexual. Las vírgenes no requieren el test. Si después de 3 años consecutivos los resultados son normales, la prueba se puede hacer con menos frecuencia, según lo indique el médico. Las mujeres con mayor riesgo de tener cáncer de cérvix y las que han sido tratadas por este tipo de cáncer anteriormente, deben ser examinadas con más frecuencia. También deben hacerse la prueba aquellas mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía por cáncer cervical, así como las que han entrado en la menopausia o ya la han pasado. Interpretación. Los resultados de la prueba PAP se pueden expresar según distintas clasificaciones:

- **"Negativo" o "Normal"** Cuando las células son normales y no ha habido cambios en ellas.
- **"Anormal Inflamatorio"** Cuando las células son ligeramente anormales. Una prueba "anormal" se debe muchas veces a una ligera inflamación del cuello uterino. Por lo general estas células vuelven a la normalidad sin tratamiento alguno. Normalmente, el médico recomienda que se haga una nueva prueba PAP a los tres o seis meses para ver si ha habido

cambios en las células. Su médico podrá hacerle una biopsia para confirmar los resultados de la prueba PAP."

- **"Displasia"**. Cuando existe alteración celular. Esta alteración puede encontrarse en tres etapas:

**Displasia leve:** Cuando hay células anormales de aspecto neoplásico en el extendido citológico referidos a la capa basal del epitelio. Por lo general se requiere que se repita la prueba cada seis meses.

**Displasia moderada:** Cuando hay una mayor concentración de células anormales en la superficie del cuello uterino. Luego de confirmar este diagnóstico por colposcopia y/o biopsia. El tratamiento indicado suele ser congelamiento de las células anormales o la terapia con rayo láser o la extirpación de la zona (LEEP). Deberá hacerse nuevas pruebas PAP después de estos tratamientos.

**Displasia grave:** Cuando ocurren serios cambios en las células de la superficie del cuello uterino. El tratamiento indicado suele ser la eliminación quirúrgica de la zona afectada o la conización u otros métodos diversos de tratamiento. Siempre debe realizarse confirmación biopsia con o sin colposcopia. En relación con la displasia, es necesario tener en cuenta lo siguiente:<sup>5</sup>

- La displasia no es cáncer.
- La evolución de la displasia es imprevisible: a veces mejora sin tratamiento médico, otras veces persiste o

---

<sup>5</sup> CERQUERIRA, M.: "Las Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas". Salud Mundial. Vol. 49. Nro 4. 1996



empeora hacia cáncer. Por eso es muy importante hacerse la prueba PAP con regularidad.

- Las mujeres entre 25 y 35 años de edad corren un riesgo mayor de tener Displasia
- "Carcinoma in Situ" o "Cáncer Invasor". Un resultado "positivo" de la prueba PAP indica la presencia de células cancerosas de un carcinoma in situ (cáncer localizado solamente en la capa superior del tejido, sin invadir tejidos profundos) o un cáncer invasor (tumor maligno que destruye los tejidos normales cercanos). Tanto el carcinoma in situ como el cáncer invasor requerirán tratamiento, pero previamente deberá realizarse una biopsia (que consiste en extraer una muestra de tejido y analizarlo en el laboratorio) para determinar el tipo de células. La prueba PAP permite el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. Es importante seguir los consejos del médico. Mientras más pronto se diagnostique y se trate, mayores son las posibilidades de curarse.

### **c. Test de Schiller**

Es de gran utilidad en el estudio de la patología del epitelio cervical. Para efectuar esta prueba se coloca el especulo y se eliminan las secreciones que puedan cubrir el cuello uterino, luego se practica una embrocación del cérvix con una solución de lugol; en muy pocos segundos el epitelio normal toma una coloración caoba oscura por la presencia del glicógeno, mientras que el epitelio anormal o el cilíndrico endocervical, dada la carencia de este polisacárido, se destaca claramente por su color blanco o amarillo rosado. La prueba de Schiller es positiva

cuando hay zonas que no se colorean con el yodo, es decir que son iodo negativos, mientras que cuando se colorea todo el ectocervix es iodo positivo, la prueba de Schiller es negativa, lo cual permite descartar la existencia de lesiones epiteliales ectocervicales.

#### **d. Colposcopía**

Consiste en el estudio de la superficie epitelial Cérvico uterina, mediante el empleo del colposcopio. El colposcopio es un instrumento con lentes de aumento y luz adecuada para visualizar ciertas lesiones en el cuello uterino y partes vecinas. Si se identifican lesiones o infecciones se le indicará su tratamiento. Suelen ser sometidos a esta prueba las pacientes con PAP positivo y con ella se puede detectar hasta un 90% de las lesiones displásicas.

#### **e. Biopsia**

El Papanicolao y la colposcopía son métodos de detección, pero la única certificación de la naturaleza de una lesión cervical se obtiene mediante el examen histológico. Si se encuentran células anormales en el PAP, se extrae una muestra de tejido del cuello uterino y se observa a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Hay distintas formas de biopsia de las lesiones cervicales, las que se emplean de acuerdo con las circunstancias del caso.

- **Biopsia Simple:**

Consiste en la toma de uno o mas fragmentos de la mucosa cervical mediante una pinza sacabocados o bien con un

bisturí. En este caso se obtiene un fragmento cuneiforme con base en la superficie de la mucosa. La toma con bisturí puede ser mas dificultosa, pero el fragmento obtenido sufre menos atricción.

En el caso de una lesión maligna evidente, las biopsias se dirigen hacia las zonas microscópicas mas características, debiendo cuidarse, cuando se trate de lesiones ulceradas, que las tomas alcancen sus bordes, ya que una toma central puede comprender solamente una zona de necrosis, no apta para el diagnostico histológico. En el caso de imágenes colposcopicas sospechosas, las tomas deben dirigirse hacia ellas bajo el control del colposcopio. Cuando se realiza mas de una toma, cada una debe ser individualizada marcando en el esquema colposcópico del cuello el sitio en que se realizo. Los fragmentos obtenidos deben adherirse, por su cara cruenta, a un pequeño fragmento del papel de filtro o una cartulina de superficie rugosa, para permitir la adhesión, a fin de evitar su enrollamiento antes de ser sumergidos en el liquido fijador. Este puede ser solución de formol al 10% alcohol de 96 o liquido de Bouin (solución picroformol - acético)

- **Biopsia Anular:**

Consiste en obtener un fragmento anular del cuello alrededor del orificio externo; sería intermedia entre la biopsia simple y la conización, pero no se utiliza entre nosotros, pues sus inconvenientes son mayores que sus ventajas.

#### **f. Conización.**

La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.

Es una forma de biopsia ampliada por excelencia del cuello uterino. Consiste en extraer un cono con base en el exocervix, centrada en el orificio externo, cuyo eje es el conducto endocervical y su vértice el extremo superior de este. De tal manera se extrae el orificio externo, con el exocervix que lo rodea y el endocervix, es decir, todo el sector de mucosa donde topográficamente se encuentran lesiones displásicas y carcinoma in situ, con el fin de efectuar el estudio histológico seriado del material obtenido para determinar la extensión de la lesión y detectar la posible infiltración del estroma.

Es importante destacar que la conización constituye un procedimiento fundamentalmente diagnóstico, aunque también puede ser terapéutico en el caso que el cono resulte suficiente y por lo tanto, el material que se extrae debe ser tratado con sumo cuidado durante todo el acto quirúrgico, evitando su atrición, desgarramiento o desprendimiento de los epitelios. El cirujano debe tener presente en todo momento que está obteniendo un material destinado a un estudio microscópico seriado.

La conización está indicado en las siguientes circunstancias:

- a. Cuando por biopsia se ha hecho el diagnóstico de displasia intensa, carcinoma in situ o carcinoma con invasión inicial del estroma.

- b. Con citología sospechosa o positiva reiterada, con Colposcopía y biopsia del exocervix y endocervix negativa.<sup>6</sup>

## 1.7. Tratamiento Oncológico

### a. Tratamiento por etapas

Los tratamientos para cáncer cervicouterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

**Estadio 0** (carcinoma in situ). El tratamiento puede consistir de:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de escisión electro quirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

**Estadio I.** El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

I-a:

1. Histerectomía Abdominal Total, con o sin salpingooforectomía bilateral.
2. Conización.
3. Histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia.

---

<sup>6</sup> COHEN, L.: "Dieta y Cáncer". Revista Medicina Integral. Cuba. 1998.

I-b:

1. Radioterapia.
2. histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.

**Estadio II.** El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

II-a:

1. Radioterapia.
2. histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomía bilateral.

II-b:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

**Estadio III.** El tratamiento podría consistir en:

**III-a:** Radioterapia.

**III-b:** Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

**Estadio IV.** El tratamiento podría consistir en: IV-a:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

**IV-b:**

1. Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor.
2. Quimioterapia.

**Recidivas.** El tratamiento de la recidiva local podría consistir en:

1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina.

**b. Radioterapia – Quimioterapia:** Si el cáncer ha recurrido fuera de la pelvis, se puede optar a una prueba clínica con quimioterapia sistémica.

- **Admisión del Paciente para el tratamiento Oncológico:**

Durante la admisión, la enfermera manifestará un recibimiento cordial y amable, brindando una buena impresión tanto a la paciente como a sus familiares, ya que la paciente generalmente se muestra nerviosa, ansiosa y angustiada, por el temor a todo lo desconocido.

El primer paso, para que el tratamiento sea puesto en marcha con la aceptación familiar, y la confianza de la paciente es mantener una relación enfermera – paciente afectiva.

- **Preparación Psicológica frente a los tratamientos Oncológicos**

Una terapia tranquilizadora implica el trato ético y amable de parte de la enfermera, brindando tranquilidad y serenidad ante la inminencia terapéutica.

Explicar sobre la enfermedad, para lograr la aceptación y el optimismo de la paciente, que todo saldrá bien disipando sus dudas al respecto y dando a conocer que el cáncer y propiamente el cáncer de cuello uterino son curables.

## **1.8. Tratamiento Quirúrgico**

La paciente es sometida a la valoración física, exámenes y pruebas de diagnóstico, con el objetivo de evaluar en forma exacta, en que condiciones va la paciente a sala de operaciones, así también descubrir cualquier enfermedad previa que pueda obstaculizar el acto quirúrgico y repercutir en su salud.

### **1. Enfermería en el Tratamiento de Radioterapia**

Es curioso que las pacientes presenten reacciones psicológicas intensas, cuando se enfrenta con el hecho de ser irradiadas que cuando sufre la mutilación de sus órganos sexuales.

Los pacientes con Cáncer de Cuello Uterino son extremadamente sensibles. Por ello es la actitud de la enfermera que cobra importancia, ya que brinda calma, comprensión, confianza, ayudando a la paciente a que se adapte a la situación.

Al ofrecer el apoyo emocional, la enfermera permanecerá con la paciente durante las situaciones de tensión, ayudará a la paciente a tomar sus propias decisiones y limitaciones, tratando de ser sensible a sus sentimientos y necesidades; así mismo, la simpatía expresada en un determinado momento a la paciente será un estímulo cuando se sienta deprimida.

Es así que la enfermera cuya práctica se basa en comprender las leyes físicas que rige la radiación, podrá protegerse de posibles daños producidos de la radiación, su capacidad para aplicar principios en que se basa el cuidado de enfermería es necesario para el uso seguro y eficaz de radioterapia.



### **a. Antes del Tratamiento**

- Conocer diagnóstico, localización y extensión del tumor.
- Presencia de metástasis y donde se encuentra.
- Observar el estado biopsico emocional y nutricional del paciente.
- Educar al paciente y familia sobre tratamiento y efectos colaterales.
  - La paciente estará sola, ya que el personal debe permanecer en un lugar protegido pero podrá mantener contacto mediante la voz.
  - Deberá permanecer acostada, tranquila durante la aplicación, sin tener objetos radiopacos.
  - Informar a la paciente, las posibles reacciones cutáneas; explicar que no debe frotarse dicha área, proteger el área de los rayos solares y no lavar las marcas de la piel.

### **b. Fase de Administración**

- Trasladar al paciente al consultorio de radioterapia para su programación (marcado de la zona a irradiarse)
- Tener conocimiento de la dosis, frecuencia y tipo de radiación.
- Higiene corporal: baño de esponja teniendo precaución de no borrar las marcas.
  - Uso de ropa holgada.
  - Usar almidón de maíz en zonas enrojecidas y en zonas de compresión.
- Evitar el uso de pomadas y talcos cosméticos.

- Brindar cuidados en la necesidad de eliminación de desechos del cuerpo, náuseas, vómitos y diarreas.
- Controlar la administración de dieta adecuada al estado general de la paciente.
- En la cabeza y cuello observar: alopecia, enrojecimiento de la piel y mucosas, disfagia, conjuntivitis, dolor de garganta, sequedad y tos.
- Se le realizará a la paciente gárgaras con antisépticos o bicarbonato para brindar comodidad, quitar el sabor metálico de la boca y sequedad.
- Registrar en forma estricta los ingresos y egresos, balance hidroelectrolítico.

#### **c. Respuesta del tratamiento**

- Educación sanitaria sobre alimentación y descanso.
- Control hematológico periódicamente a cualquier signo de alarma acudir al médico.
- Controlar sangrado.
- Realizar higiene perineal y ducha vaginal.
- Controlar náuseas y vómitos.

La comunicación con la paciente estará presente en todo momento, no debe evitarse las preguntas e inquietudes, dejándola expresarse sin interrumpir ni cambiar de tema, esta medida ayuda a encontrar la respuesta quitando el sufrimiento y negativismo como defensa propia.

### **1.9. Enfermería en el tratamiento de Quimioterapia**

El tratamiento con quimioterapia tiene como primordial objetivo impedir la reproducción de células cancerosas, por ello es necesario

conocer como actúa la quimioterapia biológicamente, ventajas del tratamiento, aplicaciones con una correcta técnica de administración, los efectos colaterales de los medicamentos citostáticos y fines: curación, control y paleación.

El rol de la enfermera especializada en quimioterapia se encuadra por tanto en una perspectiva diferente a lo convencional, pues el conocimiento adecuado a la quimioterapia es indispensable para contrarrestar efectos colaterales y errores en la administración.

#### **a. Antes del tratamiento**

- Informar a la paciente y familiares sobre la terapéutica que recibirá, formas empleadas, modalidad de administración y efectos colaterales en forma sencilla.
- Brindar apoyo psicológico al paciente y familia para que supere los inconvenientes desagradables del tratamiento.
- Explicar sobre la ejecución de los exámenes hematológicos, bioquímicos y electrocardiogramas antes del tratamiento.
- Evaluar y vigilar el estado nutricional, higiene personal y ambiental del paciente para reducir en el mínimo complicaciones.

#### **b. Fase de Administración**

- Identificar al paciente, brindarle comodidad y confort, en un ambiente tranquilo.
- Seleccionar el lugar de la infusión, se recomienda el siguiente orden: dorso de mano, en el antebrazo, muñeca y antecubital.
- Desinfectar la piel en el lugar donde se va a introducir la aguja, mariposa o vasocap N° 21, 22, 23 de preferencia en un solo intento.

- Comprobar la permeabilidad e integridad de la vena y el flujo así como la adecuada colocación del catéter o mariposa; ante cualquier anomalía, seleccionar otro lugar.
- Aplicar la droga muy lentamente aspirando sangre cada 3 cm. de la solución administrada para asegurarse la adecuada posición.
- Preguntar a la paciente si siente dolor, ardor, cefalea, náuseas, sabor salubre, etc.
- Cuando hay que administrar drogas irritantes y vesicantes, iniciar por las irritantes, ya que estas provocan menos lesión a las venas. En esta forma se prueba el buen flujo de la venoclisis, luego se lava bien y por último se administran las más vesicantes, el tiempo de administración debe ser entre 20 a 30 minutos y siempre preguntar a la paciente si tiene sensación de dolor o de quemadura. Si hay duda de la permeabilidad de la vena es preferible canalizar otra vena y detener de inmediato la administración del tratamiento.
- Al finalizar la administración del citostático, lavar el equipo y vena con el suero de la infusión, cuando es vesicante agregar en los últimos 100 cc. 16 mlgs. de Dexametasona para desinfectar la vena.
- Aplicar compresas de calor al paciente que se ha extravasado o bolsa de hielo para determinar la activación del antídoto, buscando también signos de inflamación y necrosis tisular, realizando limpieza quirúrgica cuando haya ulceraciones.

### **c. Después del tratamiento**

- Valorar la temperatura corporal, en caso de hipertermia (más de 38°C) aplicar cuidados de enfermería, toma muestras para hemocultivo y comunicar al médico tratante.

Observar las características, contenido y recolección de muestra de heces y enviarlo al laboratorio y reportar al médico.

## 2. ACTITUD

### A. Definiciones

Para entender el comportamiento humano la psicología social ha estudiado desde hacia varias décadas la actitud. A principios del siglo pasado ya se utilizaban conceptos semejantes al de actitud y las ciencias sociales introducen el término actitud en el sentido del que hoy se utiliza. Pero es recién después de la segunda guerra mundial que tiene auge e importancia utilitaria su estudio; alcanzando las investigaciones su mayor desarrollo en Los Estados Unidos de Norteamérica.

Existen muchas definiciones según sea la corriente psicológica estudiada:

D. KATZ nos señala que actitud es: "... es la predisposición del individuo para valorar la manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo".<sup>7</sup>

T. NEWCOMB define a la actitud como: "... predisposición a ejecutar, percibir, pensar y sentir en relación con algo"<sup>8</sup>

R. KILLIAN la actitud define como: "... la forma de estado mental que afecta a la interpretación como a la respuesta a los estímulos que le rodean", basado no tanto en la situación presente como en el complejo conjunto de circunstancias que pueden haber surgido a lo largo de la vida del individuo.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> KATZ, D. Formación de las actitudes. Ed. Limusa. Mexico 1995

<sup>8</sup> NEWCOMB, T.: Manual de la Psicología social. Ed Universitaria. Argentina. 1994

<sup>9</sup> KILLIAN R.: Direccion de la administración. Ed. Reverte. Mexico. 1992

H. EYSENCK considera a la actitud como: "... estado mental y nervioso de disposición organizado a través de la experiencia y que ejerce influencia determinante o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos cuantos objetos y situaciones estén en relación con él".<sup>10</sup>

D. KRECH explica que: "... los conocimientos, sentimientos y tendencias relativas, forman como una estructura. Pues bien es a esta estructura a la que llamamos actitud".<sup>11</sup>

K. YOUNG afirma que la actitud es: "... la tendencia o predisposición generalizada y de tono afectivo, a responder de modo bastante persistente característico, por lo común positiva o negativamente a una situación, idea, valor, objeto o a una persona".<sup>12</sup>

## **B. Elementos de las actitudes**

La actitud tiene dos elementos y son:

- **Elemento cognitivo**

Son los conocimientos logrados desde los primeros años de vida. Lo conforman: ideas, conceptos y concepciones concretas del mundo y de todo lo que le rodea. Con juicio de valor (por o contra).

- **Elemento afectivo**

Son las emociones, sentimientos y vivencias que se expresan en términos de agrado o desagrado, simpatía o antipatía.

- **Elemento reactivo**

Es la tendencia a actuar en forma determinada frente a algo.

Estos tres elementos están interrelacionados entre si y se ponen de manifiesto frente a determinados estímulos. Es necesario remarcar que las corrientes psicológicas han evolucionado en cuanto a la

---

<sup>10</sup> EYSENCK H.: Psicología de la decisión política. Ed. Ariel. España. 1995

<sup>11</sup> KRECH D.: Psicología de las actitudes. Ed. Polidos. Argentina. 1991

<sup>12</sup> YOUNG K.: Psicología de las actitudes. Ed. Polidos. Argentina. 1991

definición de actitud, en un principio se priorizaba la experiencia interna. Luego la conducta, posteriormente la predisposición o tendencia o resaltaba los componentes para definirla. Ahora para definir a la actitud se integra todas estas acepciones y pueden sintetizarse así

"Una actitud es una predisposición aprendida para responder positiva o negativamente a cierto objeto, situación, institución o persona; por lo que, consiste en componentes cognoscitivos (de conocimientos o intelectuales), afectivos (emocionales y motivacionales) y de desempeño (conductuales o de acción)".

### **C. Proceso de la formación de la Actitud**

La socialización comienza en el núcleo familiar y se continúa durante toda la vida. Las personas durante su desarrollo y crecimiento se relacionan con distintas personas, situaciones y/o objetos. Esta interacción conlleva experiencias gratificantes o frustrantes, como producto de la satisfacción de necesidades. Durante este proceso, la persona adquiere ideas (elementos cognoscitivos), sentimientos (elementos afectivos), y condiciona una predisposición a actuar (elementos reactivos) positiva o negativamente frente al objeto.

Las actitudes se adquieren:

- **Por socialización primaria**

Las personas adquieren sus primeras actitudes en la niñez dentro de su núcleo familiar y se continúa en la escuela, las consigue a través del tiempo (edad).

- **Por socialización secundaria**

Resulta de la interacción con otras personas, quienes ya poseen determinadas actitudes (experiencia).

- **Por contacto directo**  
Surge por el contacto con el objeto, situación o problema.
- Por el nivel cultural  
Instrucción, creencias, etc.

#### D. Características de la actitud

Las actitudes precisan de varias características:

- **Son aprendidas:** No son innatas son resultado de las necesidades, percepciones y experiencias y del aprendizaje de creencias, valores y sentimientos.
- **Son relativamente estables:** Las actitudes se fijan y persisten, por tanto son duraderas, pero están sujetas a los efectos de nuevas experiencias, por eso se habla de cambio de actitud pero este cambio no se da con facilidad.
- **Son inobservables:** La actitud es una construcción hipotética: se refiere a algo que no es observable en forma directa, puede deducirse indirectamente a partir de sus efectos sobre las acciones conductuales (como los juicios y elecciones) las cuales son directamente observables
- **Tiene tendencia afectiva:** Las actitudes están vinculadas a sentimientos, emociones o afectos.
- **Tienen intensidad:** Por el grado de su acercamiento o alejamiento; por el grado de fuerza positiva o negativa hacia el objeto.
- **Son dirigidas:** Las actitudes están orientadas a favor o en contra, agrado o desagrado, positivas o negativas, aceptación o rechazo.



- **Son reactivas:** Las actitudes suponen una predisposición a determinada forma de conducta. Esta relación solo es de tipo probable, es decir la existencia de una actitud no significa necesariamente la emisión de una conducta.
- **Son selectivas:** Ya que conlleva una elección o discriminación determinada.
- **Tienen relación sujeto-objeto:** Las actitudes están vinculadas con un objeto, el cual incluye símbolos, personas, grupos, instituciones, hechos o situaciones concretas.

#### E. Tipos de Actitud

Las actitudes pueden clasificarse de acuerdo:

- **Al objeto al que se dirige:** Las actitudes pueden estar orientadas: a Dios, a la Nación, al hombre, etc.
- **Al sector al que se dirige:** La orientación puede ser más específica como: la familia, lo sexual, la política, lo económico, lo cultural, etc.
- **A la situación a la que se refiere:** Las actitudes se pueden referir a: situaciones íntimas (personales), situaciones públicas (generales).
- **A la situación existencial o vivencial:** La persona con su entorno: sentirse bien, sentirse positivamente o al contrario, etc.
- **A la dirección:** Hay actitudes: favorables, positivas de aceptación y actitudes desfavorables, negativas o de rechazo.

#### F. Actitud y otros Procesos Psicológicos

Cuando el ser humano se integra a la sociedad lo hace relacionándose por medios de sus actitudes, ya que el hombre al ser un sistema

complejo, además de la voluntad, inteligencia y afectos comprende también motivaciones, rasgos de carácter, actitudes y muchos otros procesos psicológicos. A pesar que el concepto de actitud no es distinto al de interés, opinión, creencia o valor, existen diferencias en la forma que se utilizan estos términos.

- **Interés**

Se le define como la atención a determinados sectores de la cultura o de la vida. Es decir, un interés es un sentimiento o preferencia con respecto de las actividades propias. A diferencia de la actitud, que implica aprobación o desaprobación (un juicio moral), estar interesado en algo solo significa que la persona pasa tiempo pensando en eso o relacionando ante eso, sin importar si esos pensamientos y comportamientos son positivos o negativos.

- **Opinión**

Es el juicio que el sujeto emite a cerca de alguien o algo. En tanto que una actitud es general, en sus efectos sobre las respuestas de una persona hacia una amplia variedad de objetos o eventos. Es a través de sus opiniones que se puede conocer las actitudes de las personas. Además, la gente está conciente de sus opiniones pero quizás no lo esté por completo de sus actitudes. El individuo es exigido por los demás a que defina su posición a través de sus opiniones; es decir que ponga de manifiesto lo que piensa acerca de determinado asunto.

- **Creencias**

Son opiniones personales abrazadas con fuerza y afirmadas por encima de las variedades circunstanciales de tiempo, lugar ocasión

y grupo. Son exhibidas como definitorias de la conducta individual y del propio ser personal. En la creencia hay adhesión, aceptación e incluso aceptación con el contenido de la propia creencia<sup>13</sup>. Las opciones son similares a las creencias, en el hecho de que ambos son juicios o aceptaciones de ciertas proposiciones como verdaderas pero los respaldos verdaderos para las opiniones por lo regular son más débiles que aquellos para las creencias. Las actitudes pueden formar parte de las creencias, pero no todas las creencias son actitudes. Por ejemplo, creemos que la tierra es redonda pero este conocimiento no se considera actitud. La diferencia es la presencia o no de un componente afectivo.

- **Valor**

El término valor se refiere a la importancia, utilidad o valor que se da a las actividades y objetivos particulares por lo regular como fin, con potencialidad para ser medido también.

## **G. Importancia de la Actitud**

La actitud constituye un enlace entre la conciencia individual (sujeto) y el mundo de interrelaciones (sociedad), determinando una actitud real o posible por parte del sujeto en el mundo social, permitiendo conocer con criterios de probabilidad lo que va a ocurrir y prevenirse para el cambio.

Por lo dicho, las actitudes forman parte de la personalidad definiéndose ante situaciones concretas: está presente y es constante en toda interrelación personal, facilitando la adaptación con el medio y permiten una visión global de la realidad, creando identidad y auto realización.

---

<sup>13</sup> MUZAFER S. Psicología Social. Conocimiento de la Interacción Humana. Universidad Estatal de Alemania. 1992

## H. Métodos para medir actitudes

Pueden utilizarse diferentes métodos para obtener información sobre la actitud de una persona hacia algo, incluyendo la observación directa de la forma en que se comporta la persona en relación con ciertas cosas. Es decir, ¿Qué hace o que dice la persona en situaciones en la que está presente el objeto o suceso! La voluntad de hacer un favor, firmar una petición y hacer una donación a alguna causa, son ejemplos de medidas conductuales de las actitudes.

La observación directa del comportamiento es informativa, sobre todo con ciertos individuos o cuando otros métodos se consideran impertinentes. Sin embargo, la obtención de una muestra representativa del comportamiento a través del tiempo y las situaciones, consume mucho tiempo y es costosa.

Además, las medidas conductuales de las actitudes frecuentemente producen resultados diferentes según el método utilizado. Dado que las actitudes es un concepto tan útil y amplio en psicología se ha invertido considerable esfuerzo en perfeccionar métodos para medir actitudes con tanta precisión que sea posible.

Entre estos métodos se encuentran las técnicas proyectivas y los cuestionarios o escalas de actitudes. El método para medir las actitudes consiste en aplicar una escala de actitudes que consta de un conjunto de afirmaciones positivas y negativas respecto a un sujeto de interés (Un grupo de personas, una institución, un concepto), puede elaborarse por medio de varios procedimientos. Una de las primeras escalas de medición de actitudes fue la de la Escala de Distancia Social de Bogardos, trabajos como el de Luis Thurstone. Rensis Likert (utilizado

para el presente trabajo de investigación). Louis Guttman y otros expertos psicometría hizo posible medidas de actitudes más precisas.<sup>14</sup>

### **Método de las gradaciones sumadas para formar escalas de actitudes de Likert.**

El método de las gradaciones sumadas para formar escalas de actitudes fue utilizada por likert (1932) unos cuatro años después de los esfuerzos iniciales de Thurstone con la medición de las actitudes. La innovación mas importante de Likert consistió en permitir que el sujeto expresase grados de acuerdo o desacuerdo con las expresiones de actitud, en contraste con respuestas del tipo "todo o nada" que eran la regla en las otras técnicas " En esta escala se permite al sujeto que exprese grados de acuerdo o desacuerdo por lo común dentro de cinco o seis categorías que van del "acuerdo completo e ilimitado "al "desacuerdo completo e ilimitado"<sup>15</sup>.

Los procedimientos de gradación usuales para las escalas de Likert implican simplemente el asignar un valor a cada una de las categorías de respuesta en una dirección consistente de modo que sea posible calcular las calificaciones, no solamente contando la frecuencia de acuerdo con las interrogantes, sino sumando las calificaciones que se asigna a cada uno de los reactivos. La calificación mas alta se logra mediante un grado de mayor concordancia con el mayor numero de interrogantes. En la selección de reactivos (afirmaciones) para la construcción de una escala típica de Likert, se evalúa la relación entre las calificaciones de concordancia de cada reactivo y la calificación total de la escala.

---

<sup>14</sup> AIKEN. L. Test Psicológicos y Evaluación. Ed. Prentice Hall. México. 1996.

<sup>15</sup> MC. DAVID. J. W. : Psicología y Conducta Social. Ed. Limusa. Mexico. 1999.

De modo que este análisis de reactivos hace posible incluir interrogantes ciegas, cuya relación con la actitud que se mide no es directamente reconocible por el sujeto, ya que no puede identificarse en forma abierta por ninguna actitud completa, mientras la respuesta de este a la pregunta sea consistente con su calificación total en todo el conjunto de interrogantes.

### **3. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD**

El modelo de creencia en salud es un marco conceptual popular, en especial para estudios que se enfocan en la participación de pacientes y en prácticas preventivas para el cuidado de la salud. En el modelo de creencias se integran teorías psicológicas de formulación de objetivos, toma de decisiones y aprendizaje social. Se postula que el comportamiento que promueve la salud depende de las percepciones de las personas con respecto a las diversas amenazas para la salud y el valor de las acciones que reducen dichas amenazas.

#### **A. Componentes del modelo de creencias en salud**

Los principales componentes de este modelo incluyen percepción de la susceptibilidad, percepción de la gravedad de la enfermedad, percepción de los beneficios y costos posibles, motivación y factores de modificación o habilitación.

- **Percepción de lo susceptible:** Se refiere a la relevancia personal que se da a un problema de salud o a la precisión del diagnóstico de la enfermedad.
- **Gravedad que se intuye:** Aun cuando la persona reconozca la susceptibilidad personal, esto nos dará como resultado acciones, a

menos que el individuo considere que enfermarse le acarreará implicaciones orgánicas o sociales graves.

- **Beneficios posibles:** Los beneficios que se perciben se refieren a si el paciente considera que un tratamiento determinado cura la enfermedad o ayuda a prevenirlo.
- **Costos posibles:** Se refiere a la complejidad, duración y accesibilidad al tratamiento.
- **Motivación:** Es el deseo de cumplir dicho tratamiento, las creencias de que las personas deben acatar lo prescrito por el personal al cuidado de la salud, la preocupación general acerca de la salud, el deseo de obtener y aceptar cuidados para la salud y la participación en actividades positivas para la salud.

Entre los factores modificantes se identifican:

- Variables personales
- Relaciones entre el paciente y la persona al cuidado de la salud
- Satisfacción del paciente
- Factores sociodemográficos.

### **C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

El presente estudio tiene dos variables

- Primera variable

Conocimientos que tienen las pacientes con cáncer de cuello de útero

- Segunda variable

Actitudes que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia al tratamiento.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Conocimientos que tienen las pacientes con cáncer de cuello de útero.	Es la obtención o adquisición de conceptos, y reacciones del tratamiento del cáncer de cuello de útero.	Tratamiento del cáncer de cuello uterino: - Quimioterapia - Radioterapia - Cirugía	Es la información que tiene la paciente sobre el tratamiento del cáncer de cuello uterino.	Nivel • Bajo • Medio • Alto
Actitudes que las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia el tratamiento.	Actitud es el grado de inclinación o reacción hacia un objeto determinado, dado por los sentimientos, pensamientos y comportamientos hacia el tratamiento del cáncer de cuello de útero.	Actitudes hacia la: 1. Quimioterapia 2. La cirugía 3. La radioterapia	La actitud es la posición favorable o desfavorable que tienen las pacientes con cáncer de cuello de útero frente al tratamiento.	Favorable: F Medianamente: Favorable: MF Desfavorable: D



## D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. **Conocimiento:** La reacción del individuo a su medio interno y externos, que conlleva la modificación de éste medio en sentido favorable a la seguridad y desarrollo del individuo.

2. **Actitudes:** Es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo.

3. **Nivel de conocimiento:**

Bajo : < de 12 ptos

Medio : 13 a 16 ptos

Alto : 17 a 20 ptos

4. **Actitud**

Favorables : + 12.5 y 27.5

Medianamente favorable : 12.5 y 27.5

Desfavorable : - 12.5 y 27.5

## E. ALCANCES Y LIMITACIONES

- **ALCANCES**

Los resultados podrán ser generalizados por analogía a otros pacientes con características similares, que sean atendidos en hospitales similares, o los hospitales del MINSA.

- **LIMITACIONES**

- a. Fallecimiento de las pacientes con cáncer
- b. Ausencia inesperada de las pacientes con cáncer, por abandono debido a efectos colaterales del tratamiento (Qt, Rt, y cirugía)
- c. Estado de animo del paciente

## **CAPITULO III**

### **MARCO OPERACIONAL**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

El estudio es de:

Nivel :       Aplicativo

Tipo:         Cuantitativo

Método:     Descriptivo transversal en razón que expone los fenómenos objetivamente en un determinado tiempo (año 2007) y espacio.

#### **B. POBLACIÓN Y MUESTRA**

En la presente investigación la población de estudio está determinada por las pacientes con cáncer de cuello uterino, con diagnóstico y tratamiento ambulatorio, de asistencia regular en N° de 60 (100%), seleccionadas por conveniencia.

#### **C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN**

El presente trabajo se realizó en el ámbito de la Región Arequipa, la institución donde se ejecutó la investigación es en el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche, se encuentra localizado en el Cercado

de la ciudad de Arequipa. Se constituye como Hospital de Apoyo, para toda la Red Asistencial Sur como son los departamentos de Moquegua, Tacna y Puno, así como las provincias de Arequipa.

La atención que brinda es ambulatoria y por hospitalización en el Servicio de Vam Grimmer, cuya capacidad es de 20 camas, la que son ocupadas permanentemente.

#### **D. METODOS E INSTRUMENTOS**

La técnica que se utilizó de acuerdo a las variables e indicadores delimitados a partir de la hipótesis y objetivos planteados es la Entrevista. Los datos se recolectaron mediante una Cédula de Entrevista que consta de tres partes.

- En la primera partes se solicitarán datos sociodemográficos.
- En la segunda parte se utilizó el formulario de preguntas sobre conocimientos acerca del tratamiento oncológico: Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia.
- En la tercera parte se utilizó el cuestionario sobre las actitudes frente al cáncer y tratamiento.

Para la validez estadística del instrumento se aplicó la formula de ítem test coeficiente de recolección de Pearson.

Para determinar la confiabilidad se procedió a aplicarlo a diez pacientes distintas a la población elegida. Se aplicó la fórmula de Crombach que mide las actitudes.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

# **1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**TABLA N° 1**

**PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN GRUPO  
ETAREO. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007.**

<b>GRUPO ETAREO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
25 a 34 años	4	6.8
35 a 44 años	16	26.6
45 a 55 años	40	66.6
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

El mayor porcentaje corresponde a las edades de 45 a 55 años (66.6%); los porcentajes menores, que acumulados hacen el 39.40% representan a las pacientes investigadas en una cantidad por debajo de la mitad de la muestra.

**TABLA N° 2**

**PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN  
INSTRUCCIÓN. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	26	43.3
Secundaria	18	30.1
Superior	8	13.3
Sin instrucción	8	13.3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa un buen nivel de instrucción, ya que los mayores porcentajes (43.3% y 30.1%) corresponde a los niveles de enseñanza requeridos como mínimos, primaria y secundaria, respectivamente. El porcentaje de 13.3% al ubicarse en el nivel de superior eleva la calidad instruccional del grupo.

**TABLA N° 3**

**PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN  
OCUPACIÓN. HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2007**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ama de casa	44	73.3
Comerciante	7	11.8
Profesional	5	8.3
Empleado	4	6.6
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se tienen resultados, cuyo porcentaje mayor (73.3%) se ubica en el ítem “ama de casa”; es decir, las tres cuartas partes de la población investigada. Los menores porcentajes se ubican en ocupaciones que demandan trabajo fuera de casa y para las que tienen que tener mayor responsabilidad, dedicación, preocupaciones y ansiedad, condiciones que magnifican el proceso degenerativo por liberación de mayores niveles de adrenalina.



**TABLA N° 4**

**PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN ESTADO  
CONYUGAL. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>ESTADO CONYUGAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Con pareja	49	81.7
Sin pareja	11	18.3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa que en relación al estado conyugal, el porcentaje de 81.7% equivalente a más de la dos terceras partes de la población investigadas tienen pareja y por lo tanto, actividad sexual manifiesta, condición que demanda monitoreo ginecológico específico a cáncer, sin descartar el requerimiento de la población restante (18.3%) que aun de no tener pareja, necesitan de monitoreo de diferente modalidad.

**TABLA N° 5**

**PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2007**

<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1 a 2 hijos	17	28.3
3 a 4 hijos	25	41.7
5 a 6 hijos	11	18.3
7 a más hijos	7	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa los mayores porcentajes (41.7%) que corresponde a las pacientes que tienen de 3 a 4 hijos y 28.3% de 1 a 2 hijos, respectivamente. Número de hijos que se encuentra dentro de la tasa de fecundidad en nuestro país.

El 30% restante acumulado, que cubre más de la cuarta parte de la población en estudio tienen de 5 a 6; y de 7 y más hijos. Esta situación podría constituirse en factor de riesgo (multiparidad).

**TABLA N° 6**

**PACIENTES SEGÚN EXPERIENCIA PREVIA CON EL CANCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>EXPERIENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>FORMA</b>		
Si	60	100	- Información recibida	19	31.7
			- Familiares con cáncer de cuello uterino.	21	35.0
			- Amigas con cáncer de cuello uterino	20	33.3
No	0	0	- Ninguna	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>Subtotal</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa que las pacientes con cáncer de cuello uterino en el 100% refieren haber tenido experiencia con dicha patología antes de sufrirla. De ellas un 35% por familiares, el 33.3% por amigas que informaron anteriormente y el 31.7% por información recibida a través de folletos y medios de comunicación.

Como se puede apreciar a pesar de haber tenido vivencias cercanas enfermaron de cáncer.

## **2. CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y TRATAMIENTO**

**TABLA N° 7**

**PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN  
CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER Y TRATAMIENTO.  
HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alto (17 – 20 ptos)	20	33.3
Medio (13-16 ptos)	26	43.3
Bajo (< 12 ptos)	14	23.4
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa que las pacientes investigadas en un porcentaje de 23.3% poseen un bajo conocimiento acerca del cáncer de cuello uterino y su tratamiento; el 33.3% posee un alto conocimiento y el 43.3% posee conocimientos en un nivel medio.

### **3. ACTITUDES DE LAS PACIENTES HACIA EL TRATAMIENTO DE CUELLO UTERINO**

**TABLA N° 8**

**PACIENTES SEGÚN SUSCEPTIBILIDAD PERSONAL AL CANCER DE  
CUELLO UTERINO. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>SUSCEPTIBILIDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Favorable	28	46.7
Medianamente favorable	12	20.0
Desfavorable	20	33.3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa que la susceptibilidad personal hacia el desarrollo del cáncer de útero es favorable en un 46.7%, desfavorable en un 33.3% se llegó a este resultado porque según la medición de los 5 ítems que miden la susceptibilidad (escala de Likert), 28 pacientes tuvieron una calificación: un porcentaje de más de 12.5 puntos y 20 pacientes obtuvieron menos de 12.5 puntos que es el punto medio.

Las respuestas corresponden a los ítems 2,6,11, 17 y 24.

**TABLA N° 9**

**PACIENTES SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA GRAVEDAD DEL CANCER  
DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>ACTITUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable	34	56.6
Medianamente favorable	8	13.4
Desfavorable	18	30.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En relación a la gravedad del cáncer de cuello de útero, el mayor porcentaje 56.6 que identifican a 34 pacientes, que según las calificaciones de las respuestas, tienen una favorable actitud hacia ella, y el 30% tiene desfavorable actitud.

En el primer resultados, los puntajes obtenidos superaron el punto medio 27.5% y en el segundo resultado, no alcanzaron el punto medio.

Las respuestas corresponden a los ítems 3,5,8,12,14,15,20,22,23,27,28.



**TABLA N° 10**

**PACIENTES SEGÚN ACTITUD EN RELACIÓN A LA CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA. HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>ACTITUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable	21	35.0
Medianamente favorable	9	15.0
Desfavorable	30	50.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla se observa que el 35.0% de las pacientes investigadas respondió favorablemente sobre el tratamiento superando el punto medio de 12.5%.

El 50.0% que se acerca a la mitad de la población se manifiesta desfavorablemente.

Los 8 ítems que contienen las respuestas que señalan la percepción del tratamiento son: 4 – 10 – 13 – 19 – 25.

**TABLA N° 11**

**PACIENTES SEGÚN ACTITUD EN RELACIÓN A LA QUIMIOTERAPIA.  
HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2007**

<b>ACTITUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable	27	45.0
Medianamente favorable	18	30.0
Desfavorable	15	25.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla N° 11 se aprecia que cerca de la mitad de los pacientes investigadas (45%) demuestran una actitud favorable hacia la quimioterapia, los efectos colaterales que experimentan: digestivos tegumentarios, respiratorios y psicológicos. El porcentaje restante del 55% se encuentra distribuido en las categorías de medianamente favorable con el 30% y 25% en la categoría de desfavorable.

**TABLA N° 12**

**PACIENTES SEGÚN ACTITUD EN RELACIÓN A LA RADIOTERAPIA.  
HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2007**

<b>ACTITUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable	13	21.6
Medianamente favorable	29	48.4
Desfavorable	18	30.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por la autora. Departamento de Oncología y Radioterapia. Arequipa 2007.

En la tabla N° 12 se aprecia que cerca de la mitad de las pacientes investigadas (48.4%) demuestran una actitud medianamente favorable hacia la radioterapia. El porcentaje restante del 51.6% se encuentra distribuido en las categorías de favorable con el 21.6% y 30.0% en la categoría de desfavorable.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## A. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- PRIMERA** : Que, en relación a los conocimientos que tienen las pacientes investigadas sobre cáncer de cuello uterino y específicamente sobre el tratamiento oncológico a recibir, éstos son satisfactorios en razón de que las dos terceras partes refieren tener conocimiento en los niveles alto y medio.
- SEGUNDA** : Que, en cuanto a las actitudes, menos de la mitad de las pacientes investigadas demuestran favorable susceptibilidad personal hacia el desarrollo del cáncer de útero, más de la mitad a la gravedad del cáncer del cuello uterino, hecho que las induce a tomar medidas oportunas como: perseverancia, continuidad y estilo de vida saludable.
- TERCERA** : Que en cuanto al tratamiento quirúrgico, quimioterapia, y radioterapia, las pacientes investigadas demuestran actitudes desfavorables.

## **B. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA** : Que, en base a las conclusiones se recomienda a las instituciones de salud en general programas ciclos educativos a la población, utilizando la radiodifusión, ya que es el medio de comunicación más accesible, difundir e incrementar campañas de prevención de cáncer, por medio de examen de papanicolau, y brindar conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y su tratamiento.

**SEGUNDA** : Que, en la Facultad de Enfermería de las Universidades se continúe con está línea de investigación a fin de lograr conocer gradualmente la problemática oncológica en nuestro medio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **AIKEN, L:** “Test Psicológicos y Evaluación”. Editorial Prentice Hall, México, 1996
2. **ASIS 95:** “Resumen Gráfico de la Situación de Salud del Perú” Informe Técnico N° 4 MINSA. Lima. 1996
3. **CACERES, E:** “Registro del Cáncer en Lima Metropolitana 1990-1991”. INEI. Lima, 1995
4. **CACERES, E:** “La Investigación en Cáncer en el Perú”. Acta Cancerológica. Vol. XXII. N° 1. Perú 1992.
5. **CERQUERIRA, M.:** “Las Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas”. Salud Mundial. Vol. 49. Nro 4. 1996
6. **COHEN, L.:** “Dieta y Cáncer”. Revista Medicina Integral. Cuba. 1998.
7. **COLDITZ, G.:** “La Prevención Futura Lucha Contra el Cáncer Boletín de la OPS” 1996
8. **CUETO, E.:** “Medicina Preventiva y Salud Pública”. Editorial Masson. Madrid. 1994.
9. **DEL REY CALERO:** “Como Cuidar la Salud, su Educación y Promoción”. España.
10. **FLOREZ, J.:** “El Comportamiento Humano en las Organizaciones” Universidad del Pacífico, Lima. 1992
11. **HOLLIS, R.** “Preocupaciones que las Mujeres tienen y deben tener al vigilar su Salud”. Revista Ginecología y Obstetricia. Vol. 65. México . 1997.
12. **IGLESIAS, A.:** “Análisis de la Mortalidad en el Perú 1986 – 1992”
13. **INE:** “Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996. Hospitales – Clínicas”. Instituto Nacional Estadísticas e Informática. Arequipa. 1996.

14. **KRECH, D:** “Psicología Social”. Editorial Biblioteca Nueva. España.
15. **LEWIS, R.:** “Test Psicológicos y Evaluación”. Editorial Prentice Hall, México, 1996
16. **MAES HELLER:** “Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (1990-1991)”. INEN Centro de Investigación en Cáncer. Lima, 1995.
17. **MAZZAFERO, V.:** “Medicina en Salud Pública”. Editorial El Ateneno, Argentina - 1994
18. **MORRISON, A.:** “Is Se/f/ - examination efectiva in screening for breast cancer” Journal of The Nacional Cancer Institute. Vol. 83, N° 4. 1991.
19. **MINSA:** “Lineamiento de la Política de Salud 1995-2000” Ministerio de Salud. Lima-Perú. 1995.
20. **MOSTAJO, P.:** “El Contexto en que disminuye la modalidad en el Perú”. Documento Monográfico. Lima. 1994
21. **ONCOSALUD:** “Cáncer”. Revista Informativa Oncosalud, Vol. N° 2 Lima. 1996.
22. **OPS:** “Modalidad en el Perú”. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1992
23. **POLITT, D.:** “Investigación Científica en Ciencias de la Salud”. Editorial McGraw – Hill. México 1994.



# **Anexo**



Clave: TOTALMENTE DESACUERDO	TD
DESACUERDO	D
INDECISO	I
DE ACUERDO	A
TOTALMENTE DE ACUERDO	TA

1. El tener examen de cuello uterino	TD	D	I	A	TA
2. Considera improbable que puede Ud. Curarse	TD	D	I	A	TA
3. Los problemas que tengo por padecer Cáncer de Cuello Uterino van a durar mucho tiempo	TD	D	I	A	TA
4. Puedo prevenir futuros problemas si cumplo con el tratamiento	TD	D	I	A	TA
5. El Cáncer la asusta	TD	D	I	A	TA
6. Aún con el tratamiento sigue con el Cáncer de Cuello Uterino	TD	D	I	A	TA
7. Tendría mucho miedo si no me someto al tratamiento	TD	D	I	A	TA
8. Mi autoestima ha cambiado por tener Cuello Uterino	TD	D	I	A	TA
9. El tratamiento interfiere en mis actividades	TD	D	I	A	TA
10. Es mucho lo que me beneficia el tratamiento para el Cáncer de Cuello Uterino	TD	D	I	A	TA
11. Mi estado de salud actual facilita el desarrollo de complicaciones	TD	D	I	A	TA
12. Cuando pienso en el Cáncer de Cuello uterino me da nauseas	TD	D	I	A	TA
13. Si hubieras diagnosticado a tiempo me hubiera curado	TD	D	I	A	TA
14. El Cáncer de Cuello Uterino pone en peligro mi matrimonio (u otra relación personal importante)	TD	D	I	A	TA
15. Mi trabajo se ve afectado por tema de Cáncer de Cuello Uterino mi trabajo por tener se ve afectado	TD	D	I	A	TA
16. El tratamiento oncológico, con quimioterapia implica tener náuseas y vómitos y caída del cabello	TD	D	I	A	TA
17. Me preocupa bastante tener Cáncer de Cuello Uterino	TD	D	I	A	TA

18. El tratamiento oncológico implica crear un nuevo hábito, lo cual es difícil	TD	D	I	A	TA
19. El Exámen de Papanicolao me ayuda a detectar alteraciones en las células del Cuello Uterino	TD	D	I	A	TA
20. Tener Cáncer de Cuello Uterino es más grave que tener otra enfermedad.	TD	D	I	A	TA
21. Mi familia se puede cansar de mi por estar con cáncer	TD	D	I	A	TA
22. Mi situación financiera está en peligro por el Cáncer de Cuello Uterino	TD	D	I	A	TA
23. Por tener Cáncer de Cuello Uterino si me asusta el tener relaciones sexuales	TD	D	I	A	TA
24. En este momento es muy probable que fracese mi matrimonio	TD	D	I	A	TA
25. Si cumplo exactamente el tratamiento me quitaría el temor de no curarme	TD	D	I	A	TA
26. El tratamiento me quita mucho tiempo	TD	D	I	A	TA
27. Por tener Cáncer de Cuello Uterino mi vida por tener ha cambiado totalmente.	TD	D	I	A	TA
28. El Cáncer de Cuello Uterino es una enfermedad desalentadora	TD	D	I	A	TA
29. El tratamiento es doloroso	TD	D	I	A	TA

## PARTE 2: CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1. Cáncer es un tumor o una neoplasia maligna en la que existe una multiplicación celular sin control.

( ) V            ( ) F

2. Los factores de Riesgo del cáncer ginecológico

- Inicio de relaciones sexuales a edad temprana            ( ) V            ( ) F
- Promiscuidad sexual de alguno de los cónyuges            ( ) V            ( ) F
- Infecciones por virus del Papiloma Humano            ( ) V            ( ) F
- Cigarrillo            ( ) V            ( ) F
- Ingesta de anticonceptivos orales            ( ) V            ( ) F

3. Ud. Reconoce como signo y síntomas del cáncer de cuello uterino
- Leucorrea
  - Hemorragia vaginal
  - Hemorragia post´coito
  - Dolor pélvico
- ( ) V            ( ) F
4. Sabe Ud. que es el Papanicolau
- ( ) Si            ( ) No
5. Ud. debe hacerse el Papanicolao cada año
- ( ) V            ( ) F
6. Para prevenir el cáncer Ud. debe omitir en la alimentación (marque la correcta)
- Grasas            ( )
- Harinas            ( )
- Vegetales            ( )
- Frutas            ( )
7. Ud. debe saber que el tratamiento del cáncer ginecológico comprende:
- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- ( ) V            ( ) F
8. El cáncer ginecológico es curable
- ( ) V            ( ) F
9. El tratamiento del cáncer es doloroso
- ( ) V            ( ) F
10. La Quimioterapia produce náuseas y vómitos
- ( ) V            ( ) F
11. Sabe que hacer en caso de náuseas y vómitos
- ( ) Si            ( ) No
12. Después de la Radioterapia la zona expuesta presenta: enrojecimiento, calor, quemaduras.
- ( ) V            ( ) F

## **ANEXOS**

**Instrumento de recolección de datos**

**Consentimiento Informado**

**Procedimiento para la validez del instrumento**

**Determinación del tamaño de la muestra**