

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD SEGUNDA ESPECIALIDAD



**Estilos de vida y su influencia en el
cáncer de cuello uterino**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA**

**MENCION:
ONCOLOGIA**

AUTORA : Lic. Yglesias Peláez, Cinthia Roxana.

ASESORA : Dra. Sagástegui Lescano, Delly

**TRUJILLO - PERU
2019**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar presente en todo momento, dirigirme por el sendero correcto y colocarme en el camino a personas maravillosas que han permitido lograr la culminación de la presente tesis.

A mis padres, por ser el estímulo para seguir creciendo, quienes se han esforzado y han mostrado su apoyo incondicional para llegar al lugar en el que me encuentro.

A mi asesora de tesis Dra. Delly Sagástegui Lescano, por transmitirme sus conocimientos, experiencia y dedicación para lograr este objetivo.

INDICE

	Págs.
RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
I. INTRODUCCION	01
II. MATERIAL Y METODOS	24
III. RESULTADOS	33
IV. ANALISIS Y DISCUSION	37
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES.....	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
VIII. ANEXOS.....	60

Estilos de vida y su influencia en la incidencia del cáncer de cuello uterino

YGLESIAS PELAEZ CINTHIA ROXANA¹
SAGÁSTEGUI LESCANO DELLY²

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional. Se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN Norte durante el mes de diciembre del 2018, con el objetivo de determinar la influencia que existe entre los estilos de vida: alimentación, actividad física, comportamiento sexual, estrés y tabaquismo en la incidencia del cáncer de cuello uterino. La muestra estuvo constituida por 84 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión de la investigación. La recolección de datos se realizó mediante la Escala de Estilos de Vida. Los resultados fueron procesados y presentados en gráficos y cuadros estadísticos de simple y doble entrada y analizados mediante la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado. Luego del análisis se llegó a las siguientes conclusiones: Los estilos de vida que predominan en las pacientes atendidas en consultorio externo son: alimentación no saludable 74 %, seguido de actividad física no saludable y tabaquismo 73 % y comportamiento sexual no saludable y estrés 71 %. La incidencia del cáncer de cuello uterino infiltrante es 77 por ciento, mientras que el no infiltrante representa un 23 por ciento de las pacientes. Se encontró que existe influencia de los estilos de vida en la incidencia del cáncer de cuello uterino en los pacientes atendidos en consultorio externo, con $p=0,000$ siendo estadísticamente significativo.

PALABRAS CLAVES: Estilos de vida, cáncer de cuello uterino, incidencia de cáncer

- 1 Autora. Lic. en Enfermería de la segunda especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. e-mail cyglesiasp@gmail.com
- 2 Asesora. Doctora en Enfermería. Docente categoría asociada de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. e-mail delly60@hotmail.com.

Styles of life and its influence on the incidence of uterine neck cancer

YGLESIAS PELAEZ CINTHIA ROXANA¹

SAGÁSTEGUI LESCANO DELLY²

ABSTRACT

The present research work of descriptive correlational type. It was carried out in the Regional Institute of Neoplastic Diseases - IREN North during the month of December 2018, with the aim of determining the influence that exists between life styles: food, physical activity, sexual behavior, stress and smoking in the incidence of cervical cancer. The sample consisted of 84 women who met the inclusion criteria of the research. The data collection was done through the Life Style Scale. The results were processed and presented in graphs and statistical tables of single and double entry and analyzed by the criterion independence test Chi square. After the analysis, the following conclusions were reached: The life styles that predominate in patients seen in the outpatient clinic are: unhealthy diet 74%, followed by unhealthy physical activity and smoking 73% and unhealthy sexual behavior and stress 71%. The incidence of infiltrating cervical cancer is 77 percent, while the noninvasive cancer represents 23 percent of patients. It was found that there is influence of life styles on incidence of cervical cancer in patients seen in the outpatient clinic, with $p = 0.000$ being statistically significant.

KEYWORDS: Styles of life, cancer of uterine neck, incidence of cancer

1 Author. Lic. In Nursing of the second specialty of Nursing of the National University of Trujillo. e-mail cyglesiasp@gmail.com

2 Adviser. Doctor in Nursing. Teaching associate category of the Faculty of Nursing of the National University of Trujillo. e-mail delly60@hotmail.com.

I. INTRODUCCION

El cáncer es definido por la OMS (2018) como “células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos”. La transformación de las células normales en células tumorales es un proceso de varias etapas y va desde una etapa pre-cancerosa hasta un tumor maligno. Estas alteraciones se dan a raíz de la interacción de los factores genéticos del paciente con agentes externos.

Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2013).

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la unión escamo – columnar, ya sea en el canal endocervical o en la porción cérvico uterina. El cáncer cérvico uterino empieza creciendo lentamente y antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos de éste pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual comienzan a aparecer células anormales (Pacnick, 2004).

El despistaje del cáncer de cuello uterino en Perú, está basado en el tamizaje del Papanicolaou (PAP), sin embargo, tiene serias dificultades por la baja sensibilidad, baja cobertura, demora en la entrega de resultados y

pobre seguimiento de los casos que requieren acciones posteriores. (Peeling, 2016).

Los primeros programas de prevención de cáncer de cuello uterino se basaron en la premisa que la enfermedad se desarrollaba a partir de lesiones precursoras (ampliamente conocido como displasias), progresando de manera constante de leve a moderada y severa, a carcinoma in situ (CIS), a continuación, cáncer. De hecho, ahora parece que el precursor directo de cáncer de cuello uterino es la displasia de alto grado, que puede progresar a cáncer de cuello uterino durante un período de 10 a 15 años (MINSA, 2017).

La mayoría de displasias de bajo grado retroceden o no progresan, particularmente los casos de menor grado se dan en las mujeres más jóvenes (34 años o menos). Los casos prevalentes son menos propensos a la regresión. Las mujeres con infección de VPH persistente, es decir con presencia del virus detectable tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer (MINSA, 2017).

En un 10 por ciento de las pacientes, las lesiones pueden progresar de in situ a invasoras en períodos inferiores a un año. A medida que se hace invasor, el tumor irrumpe a través de la membrana basal e invade el estroma cervical. La extensión del tumor cervical puede manifestarse en último término como una ulceración, un tumor exofítico o la infiltración extensa del tejido subyacente incluyendo la vejiga o el recto además de la invasión local, el carcinoma cervical puede diseminarse por vía de los linfáticos regionales o del torrente sanguíneo. La diseminación tumoral generalmente es una

función de la extensión e invasión de la lesión. A pesar de que, en general, el cáncer cervical progresa de manera ordenada, ocasionalmente se puede presentar un tumor pequeño con metástasis (Universisty of Bonn Medical Center, 2003).

El cáncer cervical se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años (MINSA, 2017).

En 1967 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3. NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia grave y al carcinoma in situ - CIS. En los años ochenta, fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anátomo-patológicas, esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados. En 1990, se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC 1, y NIC de alto grado que comprendía NIC 2 y NIC 3. (Velásquez, 2015).

De acuerdo a la terminología antes mencionada se considera pre cáncer o no infiltrante a las displasias leve, moderada y grave y CIS, así también a NIC I, NIC II y NIC III o a las lesiones intraepiteliales de bajo grado y alto grado y como cáncer infiltrante al cáncer invasor que se clasifica según etapas o estadios.

El cáncer de cuello uterino se clasifica de acuerdo a las siguientes etapas: Estadio 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. Estadio 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. Estadio 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. Estadio 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). 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 (Seminario, et al., 2011).

Sobre la etiología del cáncer, aún no se sabe una causa específica que pueda desarrollar esta enfermedad, pero se han expuesto distintos tipos de factores que agrupados pueden predisponer al individuo a desarrollar un cáncer. Según American Cancer Society (2018) estos riesgos pueden ser: Factores genéticos, Factores del estilo de vida (alimentación, tabaco, alcohol), Factores relacionados con el entorno y el ambiente (Radiaciones, exposiciones químicas).

La OMS (1986) definió el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

Así también, el cáncer cérvico uterino se relaciona con algunos estilos de vida, como relaciones sexuales tempranas, tabaquismo, comportamiento sexual inadecuado (promiscuidad), mala alimentación y la inactividad física. El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, comportamiento sexual sin riesgo, mantener la autoestima alta, etc. (OMS, 2013).

Sin embargo un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad, el cáncer, entre otras, comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc. Según el experto del Departamento de Enfermedades Crónicas de la OMS, Andreas Ulrich, parte de la prevención pasa por adoptar estilos de vida más saludables y dejar de lado hábitos de riesgo como el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la obesidad. Entre el 30% y el 50% de los cánceres se pueden evitar con un cambio en los estilos de vida y con comportamientos más saludables (OMS, 2013).

Así tenemos, el comportamiento sexual, las personas con múltiples parejas sexuales: Se ha mencionado a la cantidad de compañeros sexuales como factor íntimamente vinculado a cáncer cervical, aunque no existen datos, estas mujeres tienen mayor incidencia ya que aumenta la cantidad de mutágenos posibles a nivel vaginal. En la actualidad se menciona más que a la cantidad de compañeros sexuales, al “varón de alto riesgo”, el cual presenta un virus potencialmente oncogénico, más sin embargo, no presenta manifestaciones clínicas en sí mismo pero si transmite el virus a su pareja sexual lo cual genera actividad oncogénica a nivel cervical, aun así haya sido éste el único contacto sexual de la mujer. (Revista Sonorense e Psicología, 1998).

Las asociaciones entre el número de parejas, desempeña una función clave en el proceso de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Factor relevante para la transformación neoplásica inducida por el HPV es la persistencia de la infección, lo que estaría influenciado por la edad de la mujer (siendo más alto en las mayores de 30 años), así como por la presencia de serotipos de alto riesgo; pudiéndose concluir que la infección por HPV suele ser transitoria y que el cáncer de cuello uterino surge del subgrupo de pacientes con infecciones persistentes y con serotipos de alto riesgo (Luciani y Winkler, 2006).

Es el factor de riesgo más importante en la infección por HPV. Varios estudios han comunicado que la iniciación sexual temprana constituye un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones prevalentes por HPV.

Algunos mecanismos biológicos, incluyendo la inmadurez cervical, las deficiencias de flujo cervical protector y la ectopia cervical aumentada, pueden conducir a una mayor susceptibilidad para la adquisición de una infección por HPV en mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Sanabria, 2011).

El inicio temprano de actividad sexual: las mujeres que mantuvieron relaciones sexuales a una edad temprana tienen mayor riesgo de tener cáncer cervical. Una de las razones es que el Virus del Papiloma Humano infecta más fácilmente el cérvix o cuello del útero de las mujeres jóvenes por su vulnerabilidad biológica. El Virus del Papiloma Humano es una enfermedad de transmisión sexual. Algunas clases de VPH pueden hacer que las células de la matriz se vuelvan cancerosas (Reidr, 1987).

Así mismo, respecto al tabaquismo, algunos estudios han demostrado que las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de padecer cáncer cervical que las no fumadoras. En apoyo a esta aseveración se ha encontrado que la nicotina es superior en el moco cervical e inhibe la degradación del crecimiento lisosomal (Sistema de Estadísticas Socio Demográficas, 2000).

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidad respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos; además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través

de todo el cuerpo. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino (Bruni, et al., 2014).

La dieta saludable; debe ser rica en frutas y verduras, moderación en ingesta de carnes rojas, evitar las carnes curadas y salitradas, moderación en comida enlatada, consumir ocho vasos de agua al día, no consumir aguas gaseosas, evitar la comida chatarra, refrigerar las comidas si no son consumidas después de preparadas. El bajo consumo de vitamina C, carotinoides y tal vez vitamina E y folato pueden incrementar el riesgo de que se desarrolle neoplasia cervical, mientras que la vitamina A tiene efecto escaso o nulo en el riesgo de adquirir cáncer cervical. (Shoper, 2000).

Las deficiencias dietéticas de ciertas vitaminas, como A, C, E y D, podrían alterar la resistencia celular a la infección por HPV, lo que fomentaría la persistencia de la infección vírica y la neoplasia cervicouterina. Las mujeres con una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras pudieran aumentar el riesgo de cáncer cervical. Además, las mujeres obesas tienen una mayor probabilidad de contraer la lesión precancerosa de cérvix (Picconi, Gronda y Alonio, 2002).

Según OPS (2001), las mujeres con una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras pueden aumentar el riesgo de cáncer del cuello uterino. Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido

fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones del cáncer cervicouterino NIC I a NIC II, III.

Múltiples estudios han mostrado que la desregulación de las cascadas inflamatorias estarían implicadas en el desarrollo de diversos tipos de cánceres, como el de pulmón, colorrectal, gástrico y pancreático entre otros (Balkwill, Charles y Mantovani, 2005). En este sentido, se ha observado que la práctica de actividad física podría reducir las cascadas, promoviendo de esta forma una disminución de la inflamación crónica.

Algunos autores sugieren que los efectos del ejercicio físico serían a nivel sistémico por ejemplo, al incrementar la sensibilidad a la insulina, además de reducir la inflamación crónica (Regensteiner, et al., 1991). En relación de la reducción de la inflamación crónica una de las alternativas estudiadas es la inducción de receptores activadores de la proliferación de peroxisomas, los cuales disminuirían la cantidad de marcadores proinflamatorios (Handschin y Spiegelman, 2008). La actividad física; se debe aumentar realizando un mínimo de 30 minutos diarios para evitar el sobrepeso y la obesidad.

Otro de los factores a nivel celular es el estrés oxidativo, el cual se considera un factor importante en el inicio y progresión del cáncer. Un estudio reciente (Knop, et al., 2011) realizado en mujeres con cáncer de mama y hombres con cáncer de próstata sugiere que la práctica de una

actividad física como las caminatas largas puede mejorar el nivel de la capacidad antioxidante en la sangre.

Por otra parte, Arbizu (2000) plantea que el estrés puede ser un factor en el inicio y curso del cáncer, ya que este genera cambios biológicos que son propios de la respuesta del organismo frente al estrés, y también puede generar cambios en las conductas de salud y estilos de vida que pueden predisponer al sujeto a desarrollar un cáncer.

Lazarus y Folkman (1986), (citado en Moysén, Garay, Gurrola, Esteban & Balcázara, 2012), definieron el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Estas reacciones conllevan cambios en la rutina de la vida cotidiana de las personas, a romper con los automatismos y crea nuevas necesidades ante las cuales las personas tienen que responder. (Moysén, et al., 2012).

Los factores mediadores entre la mente y el cuerpo, entre ellos la interacción social del individuo, favorecen en la preservación o el deterioro de la salud. Plantea que una situación estresante que es capaz de alterar el funcionamiento de uno de los sistemas del organismo, afectará el funcionamiento de los demás sistemas, debido a que se encuentran interconectados. (Moscoso, 2009).

Kiecolt - Glaser, Mc Guire & Robles (2002), citado en Moscoso (2009), nos plantea que tanto nuestra forma de pensar, nuestras creencias y nuestros sentimientos son una actividad bioquímica que se desarrolla en nuestro cerebro. Esto a su vez se expresa en nuestros sistemas endocrino e inmune y es lo que determina nuestra salud. Actualmente se puede establecer que nuestros pensamientos modifican nuestra biología. Por ende no es solamente la influencia de los actores psicológicos, sino que la mente, los pensamientos, los recuerdos, las emociones y las conductas son partícipes en los estados globales de adaptación. (Bonet, 2013).

Distintas situaciones estresantes que son procesadas por el sistema de creencias de cada individuo, son capaces de generar sentimientos negativos, enojo, ira, miedo, depresión, desesperanza. Este tipo de sentimientos activan mecanismos bioquímicos a nivel del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales que tienden a disminuir o suprimir la respuesta inmune. Esto hace posible el desarrollo de distintas patologías, entre ellas el cáncer. (Gómez & Escobar, 2002). El cáncer no es una enfermedad aislada, sino que depende de un conjunto de factores, tanto internos como externos. Diversas situaciones de la vida moderna llevan a generar estrés en un individuo y esto conlleva modificaciones fisiológicas. (Parizatti, Duarte, Clemente, Cardoso & Aline, 2017).

La mayoría de los autores definen a los estilos de vida como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en

situación de riesgo para la enfermedad. Según Nola Pender el estilo de vida se define como “la manera o forma en que las personas asumen las actividades cada día basado en la interacción entre condiciones de vida y las pautas de conducta determinadas por los factores y características personales (Pender, 1987). Así también, Pender hace referencia al conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir con todo aquello que provee bienestar y desarrollo de la persona humana. (Lynch y Martínez, 1995).

Worchel, Cooper, Goethals y Olson (2002), afirma que el Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1977) y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982).

Aristizábal, Blanco y Sánchez (2011) afirman que el primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas (Aristizábal et al., 2011).

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en un diagrama del Modelo de Promoción de la Salud (ANEXO 1) (Aristizábal et al., 2011).

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: *conducta previa relacionada* y *los factores personales* (Aristizábal et al., 2011).

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de

una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (Aristizábal et al., 2011).

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a *los beneficios percibidos por la acción*, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud (Aristizábal et al., 2011).

El segundo se refiere a las *barreras percibidas para la acción*, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real (Aristizábal et al., 2011).

El tercer concepto es la *auto eficacia percibida*, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica (Aristizábal et al., 2011).

El cuarto componente es el *afecto relacionado con el comportamiento*, son las emociones o reacciones directamente afines con

los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de *las influencias interpersonales*, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (Aristizábal et al., 2011).

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un *compromiso para un plan de acción*, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, *las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas*. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo (Aristizábal et al., 2011).

En síntesis, el Modelo de Promoción de la Salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar *la conducta promotora de la salud*, ésta es el punto en la mira o la expresión

de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Sakraida, 2007).

Para Pender (1987), el trabajo de los enfermeros consiste en ayudar a las personas a que se comprometan con la realización de aquellas conductas que ella agrupa bajo la denominación de un estilo de vida saludable, poniendo un gran énfasis en los aspectos que pueden afectar a la disposición para iniciar o mantener dicho estilo de vida saludable, contribuyendo al reto global de comprender y estimular la conducta de las personas en dirección a la salud. Dicho de otro modo, para Pender el paciente es una persona siempre susceptible de mantener o mejorar su estilo de vida (Pazos, 2014).

A nivel mundial, el cáncer es la segunda causa de muerte; en el 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2018). El cáncer es la segunda causa principal de muerte, después de las enfermedades cardíacas. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo, mientras que las muertes por cáncer están aumentando. Se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados (Comisión European Eurostat, 2013).

Se estima que en la época actual el considerado “mal del siglo XXI” afectará a una de cada tres personas y como la tendencia seguirá en aumento, en 2050 la mitad de la población tendrá la enfermedad (OMS, 2000).

El cáncer surge fundamentalmente como consecuencia de las condiciones y estilos de vida. En la actualidad se reconoce que el cáncer es una enfermedad multideterminada, producto de la ocurrencia de factores de carácter biológico, psicológico, sociocultural, económico, los relacionados con el medio ambiente y los estilos de vida no saludables, los cuales se comportan de manera específica en el individuo resultando algún tipo particular de cáncer (OMS. 2000).

Siendo las mujeres, fundamentalmente en edades entre los 25 y 59 años, quienes se encuentran en un período que los especialistas califican "de riesgo" para padecer cáncer del cuello uterino. Desde 1968 el Ministerio de Salud Pública desarrolla un Programa Nacional dirigido al diagnóstico precoz de esta dolencia, que ha logrado notables resultados. Cuba es hoy el país de América Latina que presenta la más baja tasa de mortalidad por esta enfermedad. Sin embargo, el profesor Evelio Cabezas Cruz, Presidente de la Comisión Nacional para el Diagnóstico Temprano del Cáncer Cérvico uterino, muestra insatisfacción y manifiesta que no existe razón alguna para que una sola mujer en nuestro país pueda morir por esta causa. (Cabaza, 2002).

Sin embargo, el Cáncer de Cérvix Uterino en Cuba ocupa la tercera causa de incidencia en el sexo femenino, con un total de 1262 casos nuevos para una tasa cruda en el 2001, de 22.49 x 100 000 mujeres y una tasa ajustada a la población cubana de 17.84 x 100 000 mujeres. La mortalidad en 2001 se comportó con un total de defunciones de 408 mujeres para una tasa cruda de 7.24 x 100 000 mujeres. Este tipo de cáncer alcanza su mayor pico

de incidencia a partir de la cuarta década de vida, de ahí que las edades concebidas como de mayor riesgo de enfermar sea entre los 35- 49 años de edad incrementándose el riesgo si se asocian infecciones y en especial la producida por virus del papiloma humano (HPV), relaciones sexuales precoces, promiscuidad entre los más frecuentes. La historia natural de este tipo de cáncer condiciona la posibilidad de su prevención, por obedecer en su mayor medida al comportamiento humano (Barbat, Santana y Tamayo, 2004).

En América Latina y el Caribe el cáncer cérvico uterino es la lesión maligna del aparato genital femenino más frecuente. Su distribución mundial demuestra la estrecha relación que guarda con el nivel de desarrollo socioeconómico, pues su incidencia tiende a disminuir en los países desarrollados y permanece alta en los subdesarrollados (Rigol, Cutié y Santiesteban, 2004).

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres, uno de los problemas más álgidos es el diagnóstico tardío de los casos de cáncer de cuello uterino como consecuencia de las debilidades del sistema de salud y los temores de la población. Estas variables llevan a un costo de tratamiento más elevado y a resultados sub óptimos con impacto negativo en la supervivencia de las pacientes (Peeling, 2016).

De acuerdo con los datos publicados por Globocan (2012), al menos 4,636 mujeres se diagnostican con cáncer cervical cada año, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú. La tasa cruda de incidencia de cáncer cervical en el Perú es de 31.3/100,000 y la tasa ajustada por edad de

34.5/100,000. Además, al menos 1,715 mujeres mueren por este cáncer cada año, es decir casi 4 de cada 10 mujeres con cáncer cervical mueren, fundamentalmente por lo tardío del diagnóstico en el país. Más aún, el cáncer cervical es hoy en el Perú la neoplasia más frecuente (MINSA, 2017).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES, se estima que casi el 50% de la población objetivo, ha sido tamizada en los últimos 3 años. Según los datos del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL de los últimos 5 años, 10% de los casos se encuentran en estadio clínico I de cáncer, momento en el que la curación de las pacientes bordea el 90% (MINSA, 2017).

En el Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013, elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, durante el período 2000-2011, se observó que la tendencia de la tasa ajustada de mortalidad por cáncer Cuello Uterino pasó de 7.7 defunciones por 100,000 hab. a 5.6 por 100,000 hab. Al realizar el desglose por departamentos, se observa la predominancia de los departamentos de Ucayali, Loreto, Madre de Dios, Huánuco, San Martín, Amazonas, Pasco, Tacna y La Libertad (7.1) con tasas por encima del promedio país de 6.4 en cada año del periodo de referencia(MINSA, 2017).

A nivel de la macro región nor este, los tipos de cáncer según localización que ocupan los cinco primeros lugares en frecuencia del 2007 al 2017 son el cáncer de cuello uterino en el primer lugar, seguido de cáncer de

mama, cáncer de estómago, piel y próstata; además se encuentra entre las primeras cinco causas de defunción por cáncer (IREN Norte, 2018).

Las 2/3 partes (64,0%) de los casos de cáncer de cuello uterino se diagnostican entre los 30 y 59 años de edad, el 83,3% (1474 casos) son diagnosticados entre los 30 a 69 años y un 23,7% de los casos se diagnosticaron en la quinta década de la vida. El grupo de mujeres entre los 30 a 59 años de edad es el grupo objetivo de intervención para la prevención y control de este problema de salud en nuestro medio (IREN Norte, 2018).

En la provincia de Trujillo se encuentra el mayor porcentaje (52.7%) de los casos de cáncer según procedencia del 2007-2017, seguida de la provincia de Santa (9,1%), Ascope (4,7%), Pacasmayo (3,6%), Cajamarca (3,5%), Chepén (2,7%), Otuzco (2,2%), Chiclayo (2,2%) y Virú (2,1%). Siendo a nivel de distritos Trujillo el que cuenta con la mayor cantidad de casos de cáncer (44.7%), seguido de la esperanza (18.2%). La mayor cantidad de casos de cáncer se diagnostican en estadios clínicos avanzados siendo en Estadio I (11,0%), estadio II (40,8%), estadio III (38,3%) y estadio IV (9,8%) (IREN Norte, 2018).

Algunos estudios de investigación, como el realizado por Muñoz, Álvarez y Rodríguez (2009), sobre, Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en el Departamento del Cauca, Colombia. Demuestra la necesidad de fomentar la educación como medio para promover un estilo de vida saludable en la población rural. Los datos sugieren que el inicio de

relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad y la exposición a carcinógenos ambientales presentes en el humo de leña son importantes co-factores de riesgo para neoplasia cervical. Estos resultados brindan información valiosa a las instituciones de salud pública para desarrollar mejores programas de promoción y prevención de neoplasia cervical.

López (2011), en su estudio, Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizarse el examen de Papanicolaou al centro de salud de Sipacate – Guatemala, logró determinar los factores que predisponen a la mujer al apareamiento del cáncer cervical, algunos de ellos son modificables, los cuales con orientación basada en el conocimiento científico por parte del personal proveedor de servicios de salud, son factibles a lograr cambios en hábitos y estilos de vida de la población vulnerable para la prevención de este tipo de cáncer.

Hernández et al. (2014) en su estudio, Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua, Cuba. Aplicado en 51 mujeres entre 25 y 59 años de edad, con cáncer cérvico-uterino a través de una encuesta. Encontró que el 80,39 % tenía algún hábito tóxico, predominó el consumo de cigarrillos con el 41,17 %, el 33,33 % presentó infección por virus papiloma humano, el 23,53 % se practicó abortos, el 17,64 % fueron instrumentados, el síntoma predominante fue dispareunia en 47,05 %, el 88,24 % de las mujeres fueron diagnosticadas en la etapa adulta, el 92,15 % posee desconocimiento sobre el cáncer

cérvico-uterino, de ellas el 58,82 % con conocimientos regulares y el 33,33 % malos.

Tito (2007) en su estudio, Estilos de vida de los profesionales de Enfermería en la prevención del cáncer del cuello uterino 2007, aplicado a 170 enfermeras del INEN, a través de una encuesta. Concluyó que “La mayoría de los profesionales de enfermería llevan un estilo de vida saludable en la prevención del cáncer. Sin embargo, existe un porcentaje considerable de enfermeras que tienen un estilo de vida no saludable referente a lo que se debe consumir, la frecuencia de la realización del PAP y el hábito de fumar.

Lo anteriormente expuesto, constituye, un problema de salud pública de gran magnitud, que nuestra región evidencia como una de las prioridades regionales sanitarias; siendo una preocupación importante de los sectores públicos y privados para combatir esta enfermedad, para la cual dirigen más sus acciones al aspecto terapéutico que al de prevención; entre ellos; el cáncer de cuello uterino una enfermedad prevenible que afecta al sexo femenino, lo cual motiva la realización de esta investigación desde la proyección del personal de Enfermería quien juega un papel protagónico, pues una de sus funciones es la de promoción y prevención de la enfermedad, que constituye un factor clave en los cambios de conducta, disminución y detección precoz del cáncer, de allí la importancia de la intervención de la enfermera en la planificación de programas educativos, en promoción y prevención del cáncer para estimular el autocuidado y los estilos de vida saludables de cada ser humano, con la participación de otros profesionales

que conforman el equipo de salud; evidenciándose el cuidado holístico e integral de enfermería.

Por lo expuesto surge el problema:

¿Cómo influyen los estilos de vida: alimentación, actividad física, comportamiento sexual, estrés y tabaquismo en la incidencia del cáncer de cuello uterino del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, IREN Norte - 2018?

1.1. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia que existe entre los estilos de vida: alimentación, actividad física, comportamiento sexual, estrés y tabaquismo en la incidencia del cáncer de cuello uterino del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- IREN Norte 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar los estilos de vida: alimentación, actividad física, comportamiento sexual, estrés y tabaquismo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- IREN Norte, 2018.

Identificar la incidencia del cáncer de cuello uterino en los pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- IREN Norte, 2018.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación, es de tipo cuantitativo descriptivo correlacional (Bernal, 2010). Se llevó a cabo en mujeres adultas de 30 a 49 años de edad que acudieron al consultorio externo de Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas durante el mes de diciembre 2018.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO:

a) UNIVERSO MUESTRAL:

El universo estuvo constituido por 84 mujeres adultas de 30 a 49 años atendidas en consultorio externo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

b) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres adultas con diagnóstico de cáncer y pre cáncer de cuello uterino que acudan al consultorio externo de Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Mujeres adultas entre 30 y 49 años de edad.
- Mujeres adultas orientadas en espacio, tiempo y persona, que no tengan problemas de comunicación y lenguaje.
- Mujeres adultas con residencia habitual en la provincia de Trujillo.

- Mujeres adultas que acepten participar voluntariamente en la investigación.

2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Estará constituida por cada una de las mujeres adultas con diagnóstico de cáncer y pre cáncer de cuello uterino que acudan al consultorio externo de Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

2.4. INSTRUMENTO

Para la recolección de datos, se utilizó el instrumento diseñado por Yglesias (2018), basado en el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el que se describe a continuación:

A. Escala de Estilos de Vida :

Este instrumento consta de 2 partes:

Datos informativos: Está constituido por 01 ítem, los cuales nos refieren datos personales de las participantes.

Estilos de Vida: El instrumento consta de 20 preguntas relacionadas con 05 estilos de vida: alimentación, actividad física, comportamiento sexual y estrés, los cuales sirven para cuantificar su frecuencia y fueron agrupados para una mejor comprensión.

Los ítems están formulados en términos positivos y términos negativos, cada ítem valorado según la escala de Likert. La puntuación es de 1 a 3 (para los de sentido positivo) y de 3 a 1 (para los de sentido negativo), los cuales corresponden a la siguiente calificación:

Ítems positivos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 20)

- Nunca 1
- A veces 2
- Siempre 3

Ítems negativos (8, 10, 11, 12, 17, 18, 19)

- Nunca 3
- A veces 2
- Siempre 1

El puntaje mínimo es de 20 puntos y el máximo es de 60 puntos, la mayor puntuación refiere mejor estilo de vida. (ANEXO 2).

2.5. CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:

A. Prueba Piloto:

El instrumento utilizado se aplicó a una muestra de 15 mujeres adultas que acudieron a consultorio externo de ginecología con características semejantes a las que participaron en el presente estudio, con el propósito de conocer la comprensión, practicidad y tiempo de aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validación y confiabilidad.

B. Confiabilidad:

De un total de 15 pruebas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad se obtuvo un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.907$ ($\alpha > 0.70$) lo

cual indica que el instrumento que evalúa los estilos de vida es confiable. (ANEXO N° 3).

C. Validez:

El instrumento fue sometido a juicio de expertos para su validez y discriminación de los ítems.

2.6. PROCEDIMIENTO:

La recolección de datos en el presente estudio se realizó mediante la aplicación del instrumento “Encuesta de Estilos de Vida” a las mujeres adultas del distrito de Trujillo que acudieron al consultorio externo de Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas durante el mes de diciembre 2018, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Se coordinó con dirección del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, luego con el consultorio externo de Ginecología y con la Jefatura del Departamento de Enfermería.
- Se verificó en el sistema de citas a las pacientes que fueron atendidas y cumplan con los criterios de inclusión para dicho trabajo de investigación, se les explicó el propósito de la investigación y a la vez se solicitó su participación voluntaria.
- Se aplicó el instrumento con previa explicación del llenado correcto del mismo en un tiempo promedio de 15 minutos, permaneciendo junto a las mujeres adultas hasta el final de su desarrollo. Concluida la aplicación del instrumento se procedió a verificar que todos los

ítems hayan sido marcados correctamente y en su totalidad.

Agradeciendo finalmente por la colaboración brindada.

2.7. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los resultados obtenidos de la presente investigación fueron procesados, codificados y tabulados en forma manual mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 24.0 y presentado en gráficos y cuadros estadísticos de simple y doble entrada con frecuencias absolutas y relativas; conforme a los objetivos propuestos para realizar el análisis estadístico y porcentual y su interpretación de acuerdo a la base teórica.

Para determinar la influencia de los estilos de vida en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, se aplicó la prueba de independencia de criterios (Chi cuadrado).

2.8. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

ESTILOS DE VIDA:

- **Definición nominal:** Se define como “ la manera o forma en que las personas asumen las actividades cada día basado en la interacción entre condiciones de vida y las pautas de conducta determinadas por los factores y características personales” (Pender, 1987).

- **Definición Operacional:**

Estilo de vida Saludable: Cuando el puntaje oscila de 44 a 60 puntos.

Estilo de vida No Saludable: Cuando el puntaje oscila de 20 a 43 puntos.

1.1. Alimentación: Es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc. (Asociación "5 al día", 2013).

Definición Operacional:

Estilo de vida Saludable: Cuando el puntaje oscila de 11 a 15 puntos.

Estilo de vida No Saludable: Cuando el puntaje oscila de 5 a 10 puntos.

Se considera los siguientes ítems:

ESTILO DE VIDA	N° DE ITEMS	ITEMS
ALIMENTACION	5	5, 6, 7, 8, 9

1.2. Actividad Física: Se considera así a "cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que produce un gasto de energía el cual vendrá determinado en función del tipo de actividad laboral y el uso que se haga del ocio y tiempo libre, es decir, si se realiza o no algún tipo de ejercicio físico o deporte (Ortega y Pujol, 1997).

Definición Operacional:

Estilo de vida Saludable: Cuando el puntaje oscila de 9 a 12 puntos.

Estilo de vida No Saludable: Cuando el puntaje oscila de 4 a 8 puntos.

Se considera los siguientes ítems:

ESTILO DE VIDA	N° DE ITEMS	ITEMS
ACTIVIDAD FISICA	4	1, 2, 3, 4

1.3. Comportamiento Sexual: Prácticas o relaciones sexuales que aumentan o disminuyen el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual o cáncer de cuello uterino(TUOTROMEDICO.COM, 2013).

Definición Operacional:

Estilo de vida Saludable: Cuando el puntaje oscila de 9 a 12 puntos.

Estilo de vida No Saludable: Cuando el puntaje oscila de 4 a 8 puntos.

Se considera los siguientes ítems:

ESTILO DE VIDA	N° DE ITEMS	ITEMS
COMPORTAMIENTO SEXUAL	4	17, 18, 19, 20

1.4. Estrés: Se define como “Conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción producto de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como

amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar" (Castillo, 2010).

Definición Operacional:

Estilo de vida Saludable: Cuando el puntaje oscila de 11 a 15 puntos.

Estilo de vida No Saludable: Cuando el puntaje oscila de 5 a 10 puntos.

Se considera los siguientes ítems:

ESTILO DE VIDA	N° DE ÍTEMS	ÍTEMS
ESTRÉS	5	12, 13, 14, 15, 16

1.5. Tabaquismo: Una enfermedad adictiva, crónica y recurrente (Riesco, 2019).

Definición Operacional:

Estilo de vida Saludable: Cuando el puntaje oscila de 5 a 6 puntos.

Estilo de vida No Saludable: Cuando el puntaje oscila de 2 a 4 puntos.

Se considera los siguientes ítems:

ESTILO DE VIDA	N° DE ÍTEMS	ÍTEMS
TABAQUISMO	2	10, 11

2. VARIABLE DEPENDIENTE:

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Definición nominal: Alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal (MINSA, 2017).

Definición Operacional:

- Mujer adulta con diagnóstico de cáncer (infiltrante) y pre cáncer (no infiltrante) de cuello uterino.

2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO:

La investigación cuantitativa, se basa en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Las participantes son informadas para obtener su permiso y consentimiento de la presente investigación, para lo cual se respetan los principios éticos de anonimato, es decir las encuestas son anónimas ya que no influyen en ningún dato de identificación; confidencialidad, la información es exclusivamente del manejo de la investigadora con las investigadas y sin que medie coerción de ningún tipo; libre participación, es decir no se presiona ni se manipula los intereses personales a favor de la investigación, sino que será de mutuo acuerdo y de libre decisión y honestidad en la selección de la muestra para el presente estudio. (Polit, 2001). (ANEXO 2).

III. RESULTADOS

TABLA N° 01

ESTILOS DE VIDA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, TRUJILLO – 2018.

VARIABLE 1	ESCALA	N°	%
Estilo de vida			
Saludable	44 - 60	23	27%
No saludable	20 - 43	61	73%
Total		84	100%
Alimentación			
Saludable	11 - 15	22	26%
No saludable	5 - 10	62	74%
Total		84	100%
Actividad física			
Saludable	9 - 12	23	27%
No saludable	4 - 8	61	73%
Total		84	100%
Comportamiento sexual			
Saludable	9 - 12	24	29%
No saludable	4 - 8	60	71%
Total		84	100%
Estrés			
Saludable	11 - 15	24	29%
No saludable	5 - 10	60	71%
Total		84	100%
Tabaquismo			
Saludable	5 - 6	23	27%
No saludable	2 - 4	61	73%
Total		84	100%

Fuente: Base de datos de Encuesta de estilos de vida, IREN NORTE – 2018.

TABLA N° 02

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, TRUJILLO – 2018.

VARIABLE 2	N°	%
Incidencia del cáncer de cuello uterino		
Infiltrante	65	77%
No infiltrante	19	23%
Total	84	100%

Fuente: Base de datos de Encuesta de estilos de vida, IREN NORTE – 2018.

TABLA N° 03

ESTILOS DE VIDA Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, TRUJILLO – 2018.

ESTILOS DE VIDA	INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO				Total	
	Infiltrante		No infiltrante		N°	%
	N°	%	N°	%		
Saludable	4	4.80%	19	22.60%	23	27.40%
No Saludable	61	72.60%	0	0.00%	61	72.60%
Total	65	77.40%	19	22.60%	84	100%
X² = 65.121		P = 0.000 (P < 0.05)				
Alimentación						
Saludable	3	3.60%	19	22.60%	22	26.20%
No Saludable	62	73.80%	0	0.00%	62	73.80%
Total	65	77.40%	19	22.60%	84	100%
X² = 69.197		P = 0.000 (P < 0.05)				
Actividad Física						
Saludable	4	4.80%	19	22.60%	23	27.40%
No Saludable	61	72.60%	0	0.00%	61	72.60%
Total	65	77.40%	19	22.60%	84	100%
X² = 65.121		P = 0.000 (P < 0.05)				
Comportamiento Sexual						
Saludable	5	6.00%	19	22.60%	24	28.60%
No Saludable	60	71.40%	0	0.00%	60	71.40%
Total	65	77.40%	19	22.60%	84	100%
X² = 61.385		P = 0.000 (P < 0.05)				

Estrés						
Saludable	5	6.00%	19	22.60%	24	28.60%
No Saludable	60	71.40%	0	0.00%	60	71.40%
Total	65	77.40%	19	22.60%	84	100%
X² = 61.385			P = 0.000 (P < 0.05)			
Tabaquismo						
Saludable	4	4.80%	19	22.60%	23	27.40%
No Saludable	61	72.60%	0	0.00%	61	72.60%
Total	65	77.40%	19	22.60%	84	100%
X² = 65.121			P = 0.000 (P < 0.05)			

Fuente: Base de datos de Encuesta de estilos de vida, IREN NORTE – 2018.

IV. ANALISIS Y DISCUSION

El Cáncer es un problema de salud a nivel mundial, según la OMS (2015) señala que cada año fallecen 8,8 millones de personas, en su mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Esta tendencia va en aumento, a expensas de los países en vías de desarrollo, donde actualmente se presentan las dos terceras partes de los casos que ocurren a nivel mundial. Para el 2030 la OMS estima que 21,3 millones de personas desarrollarán la enfermedad y 13,1 millones de personas morirán. Entre los factores más importantes se encuentran los estilos de vida inadecuados que, en ausencia de políticas públicas, son adoptados por la población, principalmente el consumo de tabaco, dieta inadecuada, sedentarismo, obesidad, comportamiento sexual inadecuado, exposición inadecuada a los rayos solares y a agentes cancerígenos laborales. (INEN, 2018).

De los resultados obtenidos en el presente estudio en la Tabla 01 se observa que el estilo de vida predominante en las pacientes atendidas en consultorio externo, es el No Saludable con 73 por ciento (61), mientras que el estilo de vida Saludable se presenta en 27 por ciento (23) de las pacientes. El estilo de vida no saludable que representa mayor porcentaje (74 por ciento) es la alimentación, seguido de actividad física y tabaquismo con 73 por ciento y comportamiento sexual y estrés con 71 por ciento, y en menor porcentaje los estilos de vida saludables comportamiento sexual y estrés (29 por ciento), seguido de actividad física y tabaquismo con 27 por ciento y alimentación con 26 por ciento.

En la presente investigación se encontró que más de la mitad de las pacientes convivieron con estilos de vida no saludables, reafirmando el riesgo a contraer el cáncer de cuello uterino, tal como lo menciona la bibliografía y se corrobora con los estudios de investigación encontrados.

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado una asociación entre el consumo de verduras, frutas y el riesgo de desarrollar cáncer. Esta relación es especialmente consistente con el cáncer pulmonar, pero también se ha observado con el cáncer de cuello del útero. El efecto protector de la dieta ha sido también demostrado con relación a la displasia cervical (Nagata, et al., 1999).

La literatura señala que el mayor riesgo que existe para contraer el cáncer de cuello uterino ha sido la ETS en particular el VPH, así mismo, fumar es un factor de riesgo para la mayoría de cánceres. Las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de contraer cáncer del cuello uterino que las no fumadoras. Una persona que coexista bajo situaciones estresantes tiene más probabilidad de adoptar hábitos riesgosos y descuidar su salud; siendo un factor atribuible para la presencia del cáncer de cuello uterino (Black y Woods, 2012).

Los resultados del presente estudio son similares a los encontrados por: Canaval y Sánchez (Colombia, 2011) en el estudio, Estilo de vida y la prevención de cáncer en mujeres trabajadoras en una institución de salud, donde para 89% de las mujeres trabajadoras el estilo de vida fue no saludable, a expensas de no hacer ejercicio regularmente, no realizarse la citología cervicouterina y tener el índice de masa corporal aumentado para un alto porcentaje de ellas.

De Oro y Yaguna (Cartagena, 2012), en su estudio, Factores Asociados al Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres que asisten a la Clínica Maternidad Rafael Calvo 2008 – 2012, respecto a la nutrición encontró que del 100% de las mujeres que presentan cáncer de cuello uterino, ninguna registra haber tenido alguna dieta nutricional antes de su diagnóstico, el 44% de las mujeres fumaban, el 89% no practica algún deporte, un 11% registra practicar algún deporte, un 67% de los casos reportan que si existe una enfermedad de transmisión sexual.

Castro (Sullana, 2014) en su estudio, Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2, la edad de inicio de relaciones coitales se dió antes de los 18 años y en relación al número de compañeros sexuales presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino.

Otro trabajo que reporta resultados similares Pediatric Academic Societies (España, 2016), titulado, El estrés psicosocial, las conductas inapropiadas y de persistencia del VPH, encontró que las mujeres que estaban deprimidas o percibían tener una gran cantidad de estrés eran más propensas a tener persistencia del VPH, siendo este estudio el primero en mostrar estas conexiones entre el estrés y la persistencia del VPH. Una teoría es que el estrés puede estar vinculado con respuestas inmunes anormales, una idea que los nuevos hallazgos de esta investigación pueden apoyar. Los autores planean más estudios para determinar si los marcadores de inflamación del cuello uterino están asociados con el estrés.

En base a los resultados obtenidos y el elevado porcentaje de estilos de vida no saludables, se considera necesaria la reorientación de los servicios de salud con base en la promoción de la salud, lo cual permitirá planear y ejecutar programas de atención y educación para la salud donde enfermería cumple un rol importante.

En la Tabla 02 se observa que la incidencia del cáncer de cuello uterino infiltrante en las pacientes atendidas en consultorio externo es 77 por ciento, mientras que el no infiltrante representa un 23 por ciento de las pacientes.

En el estudio se demuestra que el cáncer de cuello uterino infiltrante se presenta en la mayor cantidad de pacientes atendidas en consultorio externo. Al respecto, cabe mencionar que una displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes (MINSA, 2017). Por ello se deduce que las pacientes mantuvieron la enfermedad varios años sin acudir a controles anuales y persistiendo en los estilos de vida no saludables.

Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados por Martínez y Torrientes (Cuba, 2014), en su estudio, Neoplasia cervical en la mujer climatérica, se encontró un 70 % de fumadoras con cáncer cérvico-uterino infiltrante y 84,3 % con NIC, se considera que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, los cuales disminuyen en la edad climatérica y también porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical.

Por otro lado, los resultados del presente trabajo difieren con el estudio realizado por Romero et al. (Cartagena, 2010), en su trabajo, Lesiones Premalignas y Malignas de cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes. Clínica

Maternidad Rafael Calvo, en donde se concluye que el 78% resultaron con lesiones de bajo grado, 18% con lesiones de alto grado y 2% con cáncer infiltrante de cérvix, porcentaje menor al encontrado en el presente estudio.

Del mismo modo, Salva A. et al., (Cuba, 2009) en su estudio, Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro, reportó que el 16,4 % fue de carcinoma invasor y 83,6 % en estadio 0. La distribución de casos según la edad y etapa clínica al diagnóstico, se observa mayor porcentaje en mujeres menores de 35 años (50,7 %). Sólo hubo casos de carcinoma invasor en mayores 45 años.

Como se puede analizar, se requiere un cambio de conducta y concientización para el autocuidado y adopción de un estilo de vida saludable a fin de prevenir el cáncer de cuello uterino.

En la Tabla 03 se evidencia los estilos de vida de las pacientes atendidas en consultorio externo y su influencia en la incidencia del cáncer de cuello uterino, observándose que el cáncer de cuello uterino infiltrante se presenta en el 100 por ciento de las pacientes (61) con estilo de vida no saludable, mientras que en las pacientes con estilo de vida saludable se presenta en menor porcentaje (27.4 por ciento), siendo 4.8 por ciento cáncer infiltrante y 22.6 por ciento no infiltrante. Las pacientes con estilo de vida no saludable en alimentación que presentan cáncer de cuello uterino infiltrante, representan un 74 por ciento, seguido de actividad física y tabaquismo (73 por ciento) y comportamiento sexual y estrés (71 por ciento), con un $p= 0.000$ ($P <0.05$) siendo significativo, por lo que deducimos que a medida que los pacientes practican estilos de vida no saludables, incrementa la incidencia de cáncer de cuello uterino infiltrante.

El estilo de vida no saludable influye en la presencia de cáncer de cuello uterino como se evidencia en el presente trabajo de investigación, sin embargo se observa un porcentaje menor de pacientes con estilos de vida saludables y cáncer de cuello uterino, que puede estar relacionado a cofactores como susceptibilidad genética, causado por la infección a VPH e identificada mediante estudios en gemelos y en familiares en primer grado, así como también estudios de asociación genómica. Mujeres que tengan un familiar en primer grado afectado tienen el doble de riesgo de desarrollar un tumor cervical comparado con mujeres que no tienen ningún familiar en primer grado con alguna tumoración cervical. Sin embargo, aporta menos del 1% de los cánceres cervicales (MINSA, 2017).

Una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras pueden aumentar el riesgo de cáncer cervical, las deficiencias dietéticas de las vitaminas, como A, C, E, caroteno-beta y ácido fólico, podrían alterar la resistencia celular a la infección por HPV. Diversos autores exponen que el riesgo en fumadoras de tener una citología alterada es de 1,9 a 14,6 veces más alta que en las no fumadoras, dependiendo del tiempo y número de cigarrillos y la reducción del riesgo una vez que el mismo se abandona. La relación entre este hábito y el cáncer de cuello uterino, es por la presencia de metabolitos en el moco cervical. Además, el cigarrillo ejerce un poder perjudicial en la respuesta inmunológica, al favorecer el alojamiento del virus del papiloma humano en el cuerpo. (Gómez, et al., 2012).

Tanto las investigaciones realizadas por Peled et al. (2008), Hulkan y Moorman (2001), Vatilano, et al. (1998) & Hil Rice (2012), establecen que el estrés es capaz de afectar el funcionamiento del sistema inmune, lo cual puede conducir

al desarrollo de un cáncer, ya que esta es una enfermedad denominada inmunosupresora.

Existe evidencia que plantea las alteraciones que el estrés puede causar en el sistema inmune y que, a raíz de esta desregulación del sistema inmune en conjunto con múltiples factores, puede conducir al desarrollo de un cáncer. El estrés es capaz de generar un debilitamiento del sistema inmune, disminuyendo monocitos, mastocitos, macrófagos, células T, anticuerpos e inhibiendo las células NK, que se consideran de gran importancia para atacar células malignas. Por otra parte se establece que el estrés puede conducir a una persona a tener malos hábitos, como por ejemplo el abuso de alcohol o del tabaco, la obesidad, entre otras, los cuales son factores de riesgo para el desarrollo del cáncer (Barbé (2018)).

Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados por: Saldaña y Silva (2018) en el estudio Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital II- 2 Tarapoto, periodo 2013-2017, en donde encontró que el estilo de vida no saludable es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino, entre los tipos de cáncer se encontraron: carcinoma in situ 56.8 por ciento y carcinoma escamoso infiltrante 43,2 por ciento. Es decir, todas las pacientes que tuvieron estilos de vida no saludables presentaron algún tipo de cáncer de cuello uterino, siendo en mayor porcentaje cáncer no infiltrante y con una diferencia de menos del 10 por ciento cáncer infiltrante.

Cárdenas (Lima, 2015) en la investigación, Conductas sexuales y aspectos reproductivos como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en

mujeres atendidas en el Hospital Baja complejidad de Huaycán, 2014 –2015, encontró que la conducta sexual como la edad inicio de relaciones sexuales de mayor prevalencia fue de 10 a 19 años en 50.4%, el número de parejas sexuales fueron múltiples en un 71.7%, con antecedentes de infecciones de transmisión sexual en un 59.3%, lo que coincide con la investigación de Cordero y García (2015), titulado, Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, donde concluye que los antecedentes de ITS, el uso de anticoncepción oral y la susceptibilidad genética tienen importante relación con las citologías cervicales alteradas.

Así también, Mazur, et al., (2017), en su trabajo de investigación, Estilos de Vida y Cáncer Ginecológico en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional. Chimbote, respecto al estilo de vida relacionado con: Actividad física el 60% de las mujeres no realizan ejercicios. En cuanto a la recreación el 70% no realiza actividades recreativas y el 6,25% de mujeres que asisten al preventivo presentaron algún tipo de cáncer ginecológico.

Basándonos en los resultados obtenidos en el presente estudio podemos concluir que existe influencia significativa entre los estilos de vida: alimentación, actividad física, tabaquismo, comportamiento sexual y estrés en la incidencia de cáncer de cuello uterino, todo ello debido a la falta de práctica de un estilo de vida saludable que según la literatura es considerado como factor protector para el cáncer de cuello uterino y que se reafirma con el presente trabajo de investigación.

Finalmente se considera que esta investigación es un aporte importante; que servirá de impulsar el trabajo preventivo promocional, en ese sentido, se

recomienda realizar estudios posteriores en otros establecimientos de salud a fin de obtener resultados fidedignos, que constituyan una referencia considerable en la formulación de las políticas de salud y la promoción de estilos de vida saludables para reducir la creciente carga del cáncer.

V. CONCLUSIONES

1. Los estilos de vida que predominan en las pacientes atendidas en consultorio externo son: alimentación no saludable con 74 por ciento, seguido de actividad física no saludable y tabaquismo con 73 por ciento y comportamiento sexual no saludable y estrés con 71 por ciento; mientras que en los estilos de vida saludables se ubican comportamiento sexual y estrés (29 por ciento), seguido de actividad física y tabaquismo con 27 por ciento y alimentación con 26 por ciento.
2. La incidencia del cáncer de cuello uterino infiltrante en las pacientes atendidas en consultorio externo es 77 por ciento, mientras que el no infiltrante representa un 23 por ciento.
3. Se encontró influencia significativa ($p < 0.05$) de los estilos de vida: alimentación, actividad física, comportamiento sexual, estrés y tabaquismo en la incidencia del cáncer de cuello uterino en los pacientes atendidos en consultorio externo; es decir a medida que los pacientes practican estilos de vida no saludables, incrementa la incidencia de cáncer de cuello uterino.

VI. RECOMENDACIONES

Se propone las siguientes recomendaciones:

Para Enfermería:

Fortalecer las competencias del personal de salud de manera permanente con enfoque preventivo promocional de tal manera que se transmita un mensaje claro y comprensible a la población, encaminado a obtener una conducta preventiva entre las usuarias sobre aquellos factores de riesgo modificables.

Realizar un trabajo coordinado y sostenido con las instituciones públicas y privadas a fin de promover la práctica de estilos de vida saludables desde las instituciones educativas, centros laborales, de esparcimiento, medios de comunicación, etc.

Para la Institución:

Proponer la implementación de políticas públicas en salud que impulsen las actividades preventivas promocionales en los establecimientos de salud.

Sugerir elaborar documentos normativos que estandaricen estrategias o actividades de intervención en las conductas de riesgo de las pacientes.

Para las instituciones formadoras de profesionales de salud:

Incluir en el plan curricular de las profesiones de la salud la formación en promoción y prevención primaria de cáncer.

Seguir realizando trabajos de investigación sobre prevención y promoción de la salud en los diferentes tipos de cáncer, de tal manera que permitan realizar intervenciones acordes a las necesidades de los usuarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Cancer Society (2018). **Sobre el cáncer**. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer.html>

Arbizu, J. (2000). **Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento**. Anales Sis San Navarra, 24 (1) 173-178.

Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A. (2011, 12 de setiembre). **El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión**. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003.

Asociación "5 Al Día". (2013). **Concepto de alimentación, nutrición y dietética. Madrid**. Recuperado de http://www.5aldia.org/v_5aldia/apartados/apartado.asp?te=192

Balkwill, F., Charles K.A., Mantovani, A. (2005). **Smoldering and polarized inflammation in the initiation and promotion of malignant disease**. Cancer Cell, 7, pp. 211-217

Bandura, A. (1977). **Teoría del aprendizaje social**. 1ª ed. Madrid: Espasa-Calpe.

Barbat, I., Santana, A., Tamayo, O. (2004). **Cáncer ginecológico**. Maestría Integral a la Mujer. (Tema 3 curso 14). [CD-ROM].Bibliografía básica.

Barbé, M. (2018). ***El estrés y su influencia en la etiología del cáncer. Un enfoque desde la Psiconeuroinmunoendocrinología.*** (Tesis de pregrado). Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.

Bernal, C. (2010). ***Metodología de la investigación para humanidades y ciencias sociales.*** México: Pearson Educación.

Bonet, J. (2013). ***Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones.*** Buenos Aires: Ediciones.

Black, AR., Woods-Giscombé, C. (2012). ***Applying the stress and strength hypothesis to black women's breast cancer screening delays.*** Stress Health. 2; 28(5):389-96.

Bruni, L., Barrionuevo, L., Serrano, B., Brotons, M., Cosano, R., Muñoz, J. (2014). ***ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre).*** Human Papillomavirus and Related Diseases in Europe .Summary Report 2014-02-07.

Cabaza, E. (2002). ***Cáncer del cuello uterino.*** Periódico Gramma. [aprox. 6p]
Recuperado de
<http://www.gramma.cubaweb.cu/salud/consultas/c/index.htm>.

Canaval, G., Sánchez M. (2011). ***Estilo de vida y la prevención de cáncer en mujeres trabajadoras en una institución de salud.*** Colombia Médica, vol. 42, no. 2, 2011, p. 177+. Academic One File, Recuperado de

<https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA259751900&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=16579534&p=AONE&sw=w>

Cárdenas, Y. (2015). **Conductas Sexuales Y Aspectos Reproductivos Como Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.** (tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.

Castro, E. (2014). **Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2.** (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Castillo, E. (2010). **Guía Didáctica N° 6 El Estrés.** Recuperado de <http://d3ds4oy7g1wrqq.cloudfront.net/estelacastillo/myfiles/GUIA-DIDACTICA-No-6-EL-ESTRES-1.pdf>

Comisión European Eurostat. (2013). **Lista de los Países Europeos ordenados por el número de muertes debidas al cáncer según Eurostat (2010).** Recuperado de <http://es.classora.com/reports/g44210/lista-de-los-paises-europeos-ordenados-por-el-numero-de-muertes-debidas-al-cancer-segun-eurostat>.

Cordero, J. García, M. (2015). **Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino.** Revista de Ciencias Médicas de La Habana; 21(2): 357-370.

De Oro y Yaguna (2012). **Factores Asociados al Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres que asisten a la Clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena 2008 – 2012.** (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena, Colombia.

Feather, T. (1982). **Expectations and actions: Expectancy-value model in psychology.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Gómez, B. Escobar, A. (2002). **La psiconeuroinmunología. Bases de la relación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune.** Revista Facultad de Medicina UNAM, 45 (1).

Gómez, G. Et al. (2012). **Characterization of patients with altered organ cytology.** Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Sep [citado 25 Jul 2015]; 38(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300010

Globocan (2012). **Home** [Internet]. [Cited 2015 Feb 8]. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Handschin, C., Spiegelman, B. (2008). **The role of exercise and PGC1 alpha in inflammation and chronic disease.** Nature, 454, pp. 463-469

Hill Rice, V. (2012). **Theories of Stress and Its Relationship to Health.** Implications for Nursing Research, Theory and Practice. Edited: Wayne State University.

Hulka, S. Moorman, G. (2001). **Breast cancer: hormones and other risk factors**. Maturitas, 38 (1)103-113.

Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas - INEN (2018). **Manual en Salud - Prevención del Cáncer**. Departamento de Promoción de la Salud Prevención Y Control Nacional del Cáncer. Lima, Perú.

IREN NORTE (2018). **Registro Hospitalario de Cáncer 2007-2017**. Área de Epidemiología. Trujillo, Perú.

Knop, K., Schwan R., Bongartz, M., Bloch, W., Brixius, K. y Baumann F. (2011). **Sport and Oxidative Stress in Oncological Patients**. Int J Sports Med

Lynch, S., Martínez, M. (1995). **La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social**. Revista de Psicología Social 10(1), pp. 61-74.

López, A. (2011). **Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizarse el examen de Papanicolaou al centro de salud de Sipacate** (Tesis de pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuintla, Guatemala.

Luciani, S, Winkler, J. (2006). **Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas**. Washington: PAHO.

Martínez, V. ,Torrientes B. (2014) **Neoplasia cervical en la mujer climatérica.**

Rev Cubana Obstetr Ginecol. 328(1):58-72. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso

Mazur et al., (2017). **Estilos de Vida y Cáncer Ginecológico en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional. Chimbote.** (Tesis de pregrado).Universidad San Pedro. Chimbote, Perú.

Ministerio de Salud - MINSA (2017). **Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino.** Perú. Recuperado de

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterio.pdf

Ministerio de Salud - MINSA (2017). **Documento técnico: Plan nacional de prevención y control de cáncer de cuello uterino (2017-2021).**Perú.

Moscoso, M (2009). **De la mente a la célula: Impacto del estrés en la psiconeuroinmunoendocrinología.** 15 (2) 143-152.

Moysén, A. López, J. Peña, M. Valdés, J. Nava, P. (2012). **Acontecimientos productores del estrés y manejo en pacientes con cáncer.** Revista: Psicología Iberoamericana, 20 (1) 63-70.

Muñoz, S., Alvarez, R., Rodríguez, J. (2009). **Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en el Departamento del Cauca** (Tesis de pregrado).Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. Recuperado de

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/septiembre/Factores%20de%20Riesgo%20Cancer.html>.

Nagata C., et al. (1999). ***Serum retinol level and risk of subsequent cervical cancer in cases with cervical dysplasia.*** Cancer Invest; 17: 253-8.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2013). ***Nota descriptiva N°297.*** Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud - OMS (2018). ***Cáncer. Datos y cifras.*** Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2001). ***El Control de las Enfermedades Transmisibles.*** Décimo séptima Edición. Washington.

Ortega, R., Pujol A. (1997). ***Estilos de vida saludables: actividad física. Programa Roche de actualización en cardiología.*** Ediciones Ergón, S.A. Madrid.

Pacnick J. (2004). ***Consensus documenton cervical cáncer screenening.*** Eur J Gynecol Oncol ; 22(2): 99-101.

Parizatti, M. Duarte, N. Clemente, G. Cardoso, L. Aline, V. (2017). ***Reflexoes sobre a influencia do estress ecronico na trasformacion de células***

salud aveisem células cancerígenas. Revista: Enfermagem. DOI: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201728.

Pazos, R. (2014). **Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la Teoría de Pender.** (Tesis de pregrado). Universidad de Coruña, España. Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15680/PazosCasal_Roberto_TFG_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Pediatric Academic Societies (2016). **El estrés psicosocial, las conductas inapropiadas y de persistencia del VPH.** España. Recuperado de <https://www.jano.es/noticia-el-estres-depresion-vinculados-con-26008>

Peled, R. Carmil, D. Siboni - Samocha, O. Vardi, S. (2008). **Breast Cancer, psychological distress and life events among young women.** Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/245>.

Pender, N. (1987). **Health promotion in nursing practice.** Segunda Edition Norwalk Connecticut Appleton Century – Croft.

Picconi, M., Gronda, J, Alonio, L. (2002). **Virus papiloma humano en mujeres quechuas jujeñas con alta frecuencia de cáncer de cuello uterino, tipos virales y variantes de HPV 16.** Rev. de Medicina de Buenos Aires; 62(3): 209-220.

Peeling, R. (2016). **Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward.** Sex Transm Infect. Dec; 82 Suppl 5:v1–

Polit, D. (2001). **Investigación científica en ciencias de la salud**. 6ta edición.
Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México.

Regensteiner, J., Mayer, E., Shetterly, S., Eckel, R., Haskell, W., Marshall, J.
(1991). **Relationship between habitual physical activity and insulin levels among non-diabetic men and women**. San Luis Valley Diabetes Study. *Diabetes Care*, 14. pp. 1066-1074

Reidr, A. (1987). **Rapad method for improving colposcopic accuracy**.
Colposcopy Gynecol Laser Surg: p. 3:13.

Revista Sonorense E Psicología. (1998). **Factores de riesgo asociados al cáncer cervico uterino y de mama**. Vol. 12, p. 30-35.

Riesco, J. (2019). **Tabaquismo**. Centro CIBER. Madrid. Recuperado de
<https://www.infosalus.com/enfermedades/aparato-respiratorio/tabaquismo/ques-tabaquismo-3.html>

Rigol, O., Cutié, E., Santiesteban, S. (2004). **Lesiones malignas del útero. En: Obstetricia y Ginecología**. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p 297-312.

Romero, I. M., Ceballos, C., & Monterrosa, Á. (2010). **Lesiones Premalignas y malignas de cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes Clínica Maternidad Rafael Calvo**. Cartagena. *Med UNAB*, 12(1), 14-18.

Recuperado

de

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/45>

Sakraida, J. (2007). **Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender**. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, España: Elsevier-Mosby.

Saldaña, E., Silva, J. (2018). **Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II- 2 Tarapoto, periodo 2013-2017** (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto.

Salva, A., Echavarría, A., Murlá, O., Vázquez, C. (2009). **Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro**. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Rev. Cubana Hig Epidemiol v.37 n.1 Ciudad de la Habana. 2009. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130031999000100007&script=sci_arttext&tlng=en#autores

Sanabria, N. (2011). **Incremento de la detección de lesiones cervicales mediante inspección visual**. Puerto Esperanza. 2008 Rev Ciencias Médicas vol. 15 no 3 Pinar del Río jul-set.

Seminario, M., Chero, D., Colorado, F., Gómez, S., Lamas, Z., Parraguez, C. (2011). **Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo, Perú**. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA; 4(2): 94-98.

Sistema de Estadísticas Socio Demográficas (2000). **Área situación de la mujer**. INDEC. Buenos Aires Argentina

Shoper (2000). **Infectious papillomatosis of rabbits**. J Ex Med: 58: 607.

Tito, F. (2007). **Estilos de vida de los profesionales de enfermería en la prevención del cáncer de cuello uterino**. Perú.

Tuotromedico (2017). **Comportamiento de Sexo Seguro**. Recuperado de http://www.tuotromedico.com/temas/sexo_seguro_comportamiento.htm

University Of Bonn Medical Center (2003). **Cáncer de cuello uterino**. Recuperado de <http://www.NY.unibonn.de/cancernet/spanish/100103-html>.

Vatilano, P. Scanlan, J. Ochs, H. Siegler, I. Snyder, E. (1998). **Psychosocial stress moderates the relationship of cancer history with natural killer cell activity**. Annals of Behavioral Medicine, 20 (3) 199-208.

Velásquez, V. et al. (2015). **Factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino en el departamento de Chimaltenango, 26 de marzo al 6 de mayo 2015**. (Tesis de pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala.

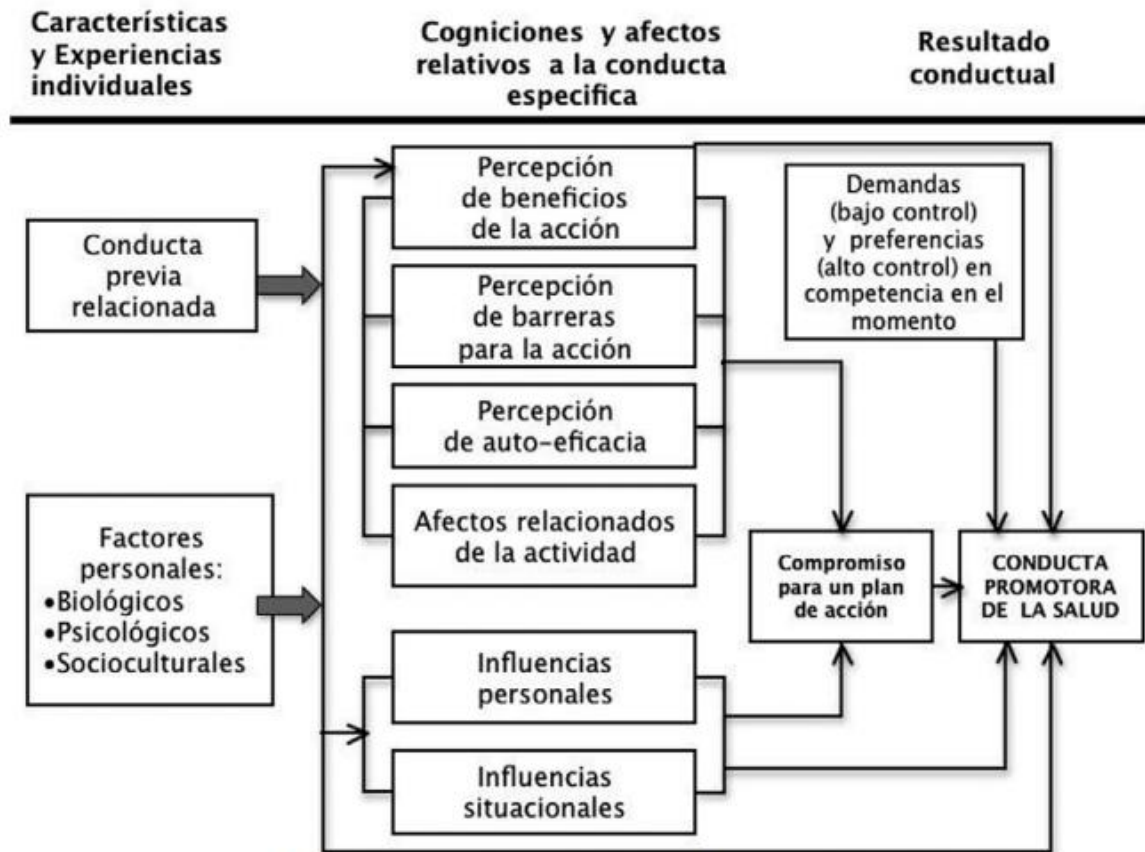
Worchel S. Cooper J, Goethals GR. Olson J. (2002). **Psicología Social**. Madrid: thomson Editores.

World Health Organization (1986). *Life-Styles and Health*. Social Science & Medicine, 22, 117-124.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE PENDER



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

ANEXO 2

ENCUESTA DE ESTILOS DE VIDA

AUTOR: Yglesias (2018)

INSTRUCCIONES: La presente encuesta es personal, anónima y los resultados serán manejados de forma confidencial. Le agradecemos responder con sinceridad, marcando con una X en la alternativa que usted crea conveniente.

I. DATOS INFORMATIVOS:

➤ **Edad:** _____

N°	PREGUNTAS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	¿Realiza actividad física de recreo como caminar, nadar, ciclismo?	1	2	3
2	¿Realiza 30 minutos de actividad física al menos 3 veces por semana?	1	2	3
3	¿Participa en programas o actividades de ejercicio bajo supervisión?	1	2	3
4	¿Le gustaría realizar más o mejor actividad física regularmente?	1	2	3
5	¿Ingiera tres de los siguientes alimentos por día: frutas frescas, verduras, granos enteros, alimentos sin procesar?	1	2	3
6	¿Consume entre seis y ocho vasos de agua al día?	1	2	3
7	¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?	1	2	3
8	¿Consume frituras más de tres veces a la semana?	3	2	1
9	¿Mantiene un horario regular en las comidas?	1	2	3
10	¿Fuma cigarrillos o consume cualquier producto del tabaco?	3	2	1
11	¿Convive o vive en ambientes donde se fuma?	3	2	1
12	¿Se siente muy estresado con frecuencia?	3	2	1

13	¿Es consciente de las fuentes que le producen tensión o estrés en su vida?	1	2	3
14	¿Incluye momentos de descanso en su rutina diaria?	1	2	3
15	¿Realiza alguna actividad relajante durante su tiempo libre (cine, leer, pasear)?	1	2	3
16	¿Siente que las cosas marchan como usted desea?	1	2	3
17	¿Ha tenido más de un compañero sexual?	3	2	1
18	¿Ha tenido una infección de transmisión sexual?	3	2	1
19	¿Su pareja ha tenido más de un(a) compañero(a) sexual?	3	2	1
20	¿Su pareja ha hecho uso del preservativo durante las relaciones sexuales?	1	2	3

ANEXO 3

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA LOS ESTILOS DE VIDA

N°	ESTILOS DE VIDA																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	3
2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2	3
3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2	1
4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
5	3	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3
6	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3
7	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3
8	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
9	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2
10	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1
11	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3
12	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
13	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2
14	2	2	2	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3
15	2	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3

Fuente: Muestra Piloto.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DE ESTILOS DE VIDA EN LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Por medio del presente documento, se le invita a Ud. a participar en la realización de este estudio, garantizándole el debido anonimato, la claridad de los beneficios, así como el derecho de retirarse en caso sea su decisión.

Yo....., hago constar que acepto voluntariamente participar como sujeto de investigación de la tesis titulada: *ESTILOS DE VIDA Y SU INFLUENCIA EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO*, después de haber sido debidamente informada de los aspectos que desarrolla la presente investigación.

Doy consentimiento de mi participación, firmando este documento como prueba de mi aceptación.

Trujillo,..... 2018.

Firma de la Investigadora

Firma del participante

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

A través de la presente:

Yo, Julia Tatiana De la Cruz Montoya, Enfermera del Departamento de Enfermería del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, he evaluado el instrumento para el desarrollo del presente trabajo de investigación titulado: **"INFLUENCIA DE ESTILOS DE VIDA EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO"**, el cual consiste en una escala: *"Escala de Estilos de Vida"*, elaborado por la Lic. Cinthia Roxana Yglesias Peláez, estudiante de la segunda especialidad de enfermería con mención en oncología. Para lo cual dejo constancia de su validez.

Trujillo, setiembre del 2018



Lic. Julia Tatiana De la Cruz Montoya
CEP 38099

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

A través de la presente:

Yo, Noemy Campos Torres, Enfermera del Departamento de Enfermería del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, he evaluado el instrumento para el desarrollo del presente trabajo de investigación titulado: ***"INFLUENCIA DE ESTILOS DE VIDA EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO"***, el cual consiste en una escala: ***"Escala de Estilos de Vida"***, elaborado por la Lic. **Cinthia Roxana Yglesias Peláez**, estudiante de la segunda especialidad de enfermería con mención en oncología. Para lo cual dejo constancia de su validez.

Trujillo, setiembre del 2018



Lic. Noemy Campos Torres
CEP 29024

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

A través de la presente:

Yo, Kandhy Meredith Chávez Huamán, Enfermera del Departamento de Enfermería del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, he evaluado el instrumento para el desarrollo del presente trabajo de investigación titulado: ***"INFLUENCIA DE ESTILOS DE VIDA EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO"***, el cual consiste en una escala: ***"Escala de Estilos de Vida"***, elaborado por la Lic. **Cinthia Roxana Yglesias Peláez**, estudiante de la segunda especialidad de enfermería con mención en oncología. Para lo cual dejo constancia de su validez.

Trujillo, setiembre del 2018



Lic. Kandhy Meredith Chávez Huamán

CEP:44348

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo **Dra. Delly Sagástegui Lescano**, Profesora Principal del Departamento Académico de Enfermería del Adulto y Anciano de la Sección de Segunda Especialidad de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, certifico brindar asesoría en la elaboración del Trabajo de Investigación titulado: ***ESTILOS DE VIDA Y SU INFLUENCIA EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO*** elaborado por la **Lic. Cinthia Roxana Yglesias Peláez**, estudiante de la segunda especialidad de enfermería con mención en oncología.

Se expide la presente constancia para los fines que la interesada estime conveniente.

Trujillo, 09 de julio del 2019

Dra. Delly Sagástegui Lescano