

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
CON LESIONES PRECURSORAS Y CÁNCER DE CUELLO
UTERINO ATENDIDAS EN EL PREVENTORIO
DE CÁNCER DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, SETIEMBRE -
DICIEMBRE 2019**

TESIS

PRESENTADA POR:

MARIA EMILIA MIRANDA MAQUERA

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*) CON
MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

TACNA - PERÚ

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
LESIONES PRECURSORAS Y CÁNCER DE CUELLO
UTERINO ATENDIDAS EN EL PREVENTORIO
DE CÁNCER DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, SETIEMBRE –
DICIEMBRE 2019**

Tesis sustentada y aprobada el 04 de marzo del 2021; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
.....
Dra. Patricia Verónica Montalvo Chávez

SECRETARIO : 
.....
M. Sc. Bernardino Eleodoro Damián López

MIEMBRO : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESOR : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

DEDICATORIA

A Dios por brindarme sabiduría en el camino de la investigación.

A mi esposo, por su sacrificio y esfuerzo, su apoyo fue incondicional me demostró su amor y confianza.

A mi hijo, por ser mi mayor motivo e inspiración cada día en el trayecto de este tiempo.

A mi padre, por sus consejos y apoyo desde inicios de la maestría.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Rina María Álvarez Becerra, por su ejemplo y apoyo permanente para la culminación de esta investigación.

A mi casa de estudios, la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y sus miembros de la plana docente de la maestría.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1.1. Antecedentes del problema	4
1.1.2. Problemática de la investigación	5
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1. Pregunta general	6
1.2.2. Preguntas específicas	7
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	7
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	8
1.5. OBJETIVOS.....	9
1.5.1. Objetivo General.....	9
1.5.2. Objetivos Específicos	9
1.6. HIPÓTESIS.....	9
1.6.1. Hipótesis general	9
1.6.2. Hipótesis específicas	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	11
2.2.1. A nivel internacional.....	11
2.2.2. A nivel nacional.....	13

2.2. BASES TEÓRICAS.....	16
2.2.1. Factores.....	16
2.2.1.1. Factores determinantes de la salud.....	17
2.2.1.2. Importancia de la prevención.....	17
2.2.1.3. Factores asociados a lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.....	18
2.2.2. Calidad de vida	20
2.2.2.1. Calidad de vida relacionada a la salud	21
2.2.2.2. Instrumentos	21
2.2.2.3. Cuestionario de calidad SF-36.....	22
2.2.3. Lesiones precursoras de cuello uterino	24
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	31
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.1.1. Tipo de investigación	31
3.1.2. Diseño de investigación.....	31
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	32
3.2.1. Población.....	32
3.2.2. Muestra.....	32
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.4.1. Acciones previas.....	35
3.4.2. Técnica	35
3.4.3. Instrumentos	35
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	36

CAPÍTULO IV: MARCO FILOSÓFICO	38
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	39
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MUJERES CON LESIONES PRECURSORAS Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO	39
5.2. FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA	88
5.3. FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA.....	96
5.4. FACTORES GINECO – OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA	101
5.5. PROCESO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	113
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	120
CONCLUSIONES	127
RECOMENDACIONES	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXOS	138

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1. Dimensiones del cuestionario SF - 36.....	23
Tabla 2. Etapas del cáncer del cuello uterino.....	25
Tabla 3. Edad según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	40
Tabla 4. Estado civil según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	42
Tabla 5. Nivel educativo según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	44
Tabla 6. Ocupación según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	46
Tabla 7. Distribución según establecimientos de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	48
Tabla 8. Distribución según distrito de procedencia de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	51
Tabla 9. Distribución según vivienda de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	53
Tabla 10. Distribución según seguro integral de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	55

Tabla 11.	Distribución según nivel de estado socioeconómico de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	57
Tabla 12.	Distribución según tabaquismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	59
Tabla 13.	Distribución según Alcoholismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	61
Tabla 14.	Distribución según Menarquía de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	63
Tabla 15.	Distribución según Inicio de relaciones sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	65
Tabla 16.	Distribución según número parejas sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	67
Tabla 17.	Distribución según antecedente de ITS de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	69
Tabla 18.	Distribución según paridad por vía vaginal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	71
Tabla 19.	Distribución según Edad del primer parto de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	73
Tabla 20.	Distribución según Métodos anticonceptivos de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	75

Tabla 21.	Distribución según Ultimo Papanicolau negativo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019....	77
Tabla 22.	Distribución según Molestia principal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	79
Tabla 23.	Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	81
Tabla 24.	Calidad de vida según dimensiones de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	83
Tabla 25.	Calidad de vida según condición de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	86
Tabla 26.	Asociación entre edad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	88
Tabla 27.	Asociación entre Estado civil y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	90
Tabla 28.	Asociación entre Nivel educativo y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	92
Tabla 29.	Asociación entre Ocupación y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino	

	atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	94
Tabla 30.	Asociación entre Seguro integral de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	96
Tabla 31.	Asociación entre nivel socioeconómico de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	98
Tabla 32.	Asociación entre hábitos nocivos y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	100
Tabla 33.	Asociación entre inicio de relaciones sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	101
Tabla 34.	Asociación entre número de parejas sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	103
Tabla 35.	Asociación entre antecedentes de ITS y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019....	105
Tabla 36.	Asociación entre edad del primer parto y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019....	107
Tabla 37.	Asociación entre paridad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	109

Tabla 38.	Asociación entre Métodos anticonceptivos y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	111
Tabla 39.	Factores demográficos asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	113
Tabla 40.	Factores sociales asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	115
Tabla 41.	Factores gineco - obstétricos asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	117
Tabla 42.	Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino	119

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Edad según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	41
Figura 2. Estado civil según de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	43
Figura 3. Nivel educativo según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	45
Figura 4. Ocupación según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	47
Figura 5. Distribución según establecimientos de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	50
Figura 6. Distribución según distrito de procedencia de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	52
Figura 7. Distribución según vivienda de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	54
Figura 8. Distribución según seguro integral de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	56
Figura 9. Distribución según nivel de estado socioeconómico de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	58

Figura 10. Distribución según tabaquismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	60
Figura 11. Distribución según Alcoholismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	62
Figura 12. Distribución según Menarquía de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	64
Figura 13. Distribución según Inicio de relaciones sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	66
Figura 14. Distribución según número parejas sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	68
Figura 15. Distribución según antecedente de ITS de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	70
Figura 16. Distribución según paridad por vía vaginal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	72
Figura 17. Distribución según Edad del primer parto de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	74
Figura 18. Distribución según Métodos anticonceptivos de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	76
Figura 19. Distribución según Último Papanicolau negativo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	78

Figura 20. Distribución según Molestia principal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	80
Figura 21. Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019	82
Figura 22. Calidad de vida según dimensiones de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	85
Figura 23. Calidad de vida según condición de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	87
Figura 24. Asociación entre edad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	89
Figura 25. Asociación entre Estado civil y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	91
Figura 26. Asociación entre Nivel educativo y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	93
Figura 27. Asociación entre Ocupación y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.....	95
Figura 28. Asociación entre Seguro integral de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello	

	uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	97
Figura 29.	Asociación entre nivel socioeconómico de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	99
Figura 30.	Asociación entre inicio de relaciones sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	102
Figura 31.	Asociación entre número de parejas sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	104
Figura 32.	Asociación entre antecedentes de ITS y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	106
Figura 33.	Asociación entre edad del primer parto y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	108
Figura 34.	Asociación entre Paridad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	110
Figura 35.	Asociación entre Métodos anticonceptivos y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.	112

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar los factores asociados a la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019. Es un estudio descriptivo, correlacional, transversal de enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 127 mujeres correspondientes a los meses de setiembre a diciembre. El método de recolección de datos: fue una encuesta personalizada donde incluían a los factores demográficos, sociales, gineco-obstétricos y calidad de vida. Para su procesamiento se utilizó un paquete Estadístico SPSS versión 22 y para la contratación de la hipótesis se utilizó el chi cuadrado y regresión logística multinomial. Resultados: se encontró una asociación significativamente de los factores demográficos como: edad ($0,000 < 0,05$; $OR=2,906$), estado civil ($0,000 < 0,05$; $OR=19,735$); los factores sociales como: nivel socioeconómico ($0,000 < 0,05$; $OR=2,906$) y seguro integral de salud ($0,008 < 0,05$; $OR=0,031$), como factor protector y los factores gineco-obstétricos como: antecedentes de ITS ($0,018 < 0,05$; $OR=11,322$), edad del primer parto ($0,034 < 0,05$; $OR=7,180$) y el uso de métodos anticonceptivos ($0,004 < 0,05$; $OR=8,585$) y tienen una calidad de vida mala a deficiente. Conclusión: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores: demográficos, sociales y gineco-obstétricos asociados a la calidad de vida y las mujeres presentan una calidad de vida mala.

Palabras clave: calidad de vida, factores demográficos, factores sociales y factores gineco - obstétricos.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the factors associated with the quality of life in women with precursor lesions and cervical cancer treated in the cancer preventive of the Hipolito Unanue Hospital in Tacna, September - December 2019. Is a study descriptive, correlational, cross-sectional quantitative approach. The sample consisted of 127 women corresponding to the months of September to December. The data collection method: it was a personalized survey which included demographic, social, gynecological - obstetric factors and quality of life. For its processing, a statistical package SPSS version 22 were used for contracting the hypothesis and chi-square and regression logistic multinomial. Results: a significant association of demographic factors such as: age (0,000 <0,05; OR = 2,906), marital status (0,000 <0,05; OR = 19,735); social factors such as: socioeconomic level (0,000 <0,05; OR = 2,906) and comprehensive health insurance (0,008 <0,05; OR = 0,031), as a protective factor and gynecological-obstetric factors such as: history of STI (0,018 <0,05; OR = 11,322), age of first delivery (0,034 <0,05; OR = 7,180) and the use of contraceptive methods (0,004 <0,05; OR = 8,585) and they have a poor quality of life to poor. Conclusion: There is a statistically significant association between the demographic, social and gynecological-obstetric factors associated with quality of life and women have a poor quality of life.

Keywords: Quality of life, demographic factors, social factors, and gynecological-obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una patología más frecuente que afecta la vida de la mujer. Uno de los problemas más trascendentales dentro de la salud pública. Todo esto es debido a las consecuencias en la detección tardía de los casos de cáncer de cuello uterino y se da con más frecuencia en los países de bajos recursos como el nuestro; debido a consecuencias como: la falta de información y temor de la población. (1).

Las lesiones precursoras del cuello uterino, es el inicio de la presencia de células anómalas en el cuello del útero, también son conocidas como neoplasia intraepitelial (CIN). Estas lesiones pueden ser de lesiones de bajo grado y alto grado. El grado de las lesiones se caracterizan a partir del grosor de las células anómalas dentro de la pared cervical. (1).

El cáncer de cuello uterino es una patología que para que llegue hacer incurable tiene que pasar muchos años se habla de 10 a 30 años. En nuestro país, en un día mueren 6 mujeres. Al año se diagnostican 4,636 mujeres con cáncer de cuello uterino. Es la tercera causa de mortalidad de nuestro país (2).

Uno de los factores principales para el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH) durante las relaciones sexuales, los tipos de virus papiloma humano que se encuentran en el 70 % de todos los cánceres de cuello uterino son los números 16 y 18, los menos frecuentes son el 31, el 33, el 45 y el 58 y los de bajo riesgo son el 6 y 11. (3).

La calidad de vida en el área de salud, es un instrumento que permite dar a conocer la percepción que tienen las poblaciones sobre una enfermedad, con el fin de mejorar la calidad de vida (4). Estas enfermedades tienden a debilitar la

calidad de vida, porque es inevitable que aparezcan los efectos secundarios y molestias propios del tratamiento (5).

Frente a esta realidad, el cáncer de cuello uterino como enfermedad, genera un impacto negativo en la sociedad; por las altas tasas de mortalidad en las mujeres de nuestro país y del mundo. Este hecho nos motiva a realizar un estudio con la finalidad de determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, atendidas en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

Se consideró los siguientes Capítulos:

En el Capítulo I: se describe el planteamiento del problema y se justifica la importancia de realizar este estudio, los objetivos, las limitaciones del estudio y las hipótesis.

En el Capítulo II: se exponen los antecedentes de este estudio tanto a nivel nacional e internacional, las bases teóricas de los factores y calidad de vida de las lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino; así como también, se definen términos para la comprensión del tema que tratamos.

En el Capítulo III: se explica el método de investigación, se identifican las variables de la investigación, se describe la población de estudio, la población y la muestra, el instrumento, así como la forma de su procesamiento.

En el Capítulo IV: se presenta el marco filosófico.

En el Capítulo V: se presentan los resultados de la investigación, producto del procesamiento de los datos. Se presento mediante tablas y gráficos. Cada dato estadístico es interpretado.

En el Capítulo VI: se realiza la discusión de los resultados con los antecedentes incluidos en el estudio.

Por último, se exponen las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Se denomina como cáncer a un grupo de enfermedades que afectan a cualquier parte del organismo, caracterizándose por el crecimiento desordenado de las células anormales que invaden al cuerpo y se propagan a otros órganos, a esta transformación se comprende como metástasis (6).

El cáncer de cuello uterino es un cambio que ocurre en el epitelio del cuello uterino y estas lesiones pueden ser de bajo y alto grado. Las cuales avanzan a un cáncer maligno en donde las células pasan a la membrana basal. (14). En el Perú, a diario mueren 6 mujeres por cáncer de cuello uterino. El 24,1 % de las mujeres sufren de cáncer de cuello uterino y el 14,9 % de todos los cánceres a nivel de la población y ocupa el tercer lugar de muertes en nuestro país. (7).

El Centro de Información de virus papiloma humano y Cáncer, del Instituto Catalá de Oncología, recogió los datos epidemiológicos en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú, se registraron 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. Los casos nuevos cada año por 100,000 habitantes fue de 31,3. En comparación con los países de Sudamérica que es 22,2 y a nivel mundial es 15,1. (7).

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino, más de 15 millones de mujeres sufren de este cáncer (8). Se considera que cada año se producen unos 466.000 de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en las mujeres del mundo. La tasa de incidencia por edad aumento de 7 puntos entre los países desarrollados y países en vías de desarrollo (9).

En el Perú, no existe un adecuado sistema de registro oncológico acerca de los casos de incidencia y mortalidad debido a una falta de organización del sistema de salud. (10).

En nuestra región de Tacna el cáncer de cuello uterino, se estimó una tasa de morbilidad de 49 casos; siendo 43 casos de tumor maligno de cuello uterino, 5 casos de tumor maligno del cuerpo del útero y un caso de tumor maligno del útero parte no especificada. Se obtuvo una tasa de mortalidad de 27 casos; siendo 18 casos de tumor maligno de cuerpo de útero, 5 casos de tumor maligno del útero, parte no específica y 4 casos de tumor maligno de cuerpo de útero en el año 2018. (11).

De igual manera, para afrontar y hacer el seguimiento al cáncer de cuello uterino, el tratamiento vario de acuerdo a cada paciente como: quimioterapia, radioterapia, cirugía o una combinación de estos. Estos tratamientos de acuerdo a su toxicidad causan muchos efectos secundarios a nivel físico, psicológico y social. Esto conlleva a una deficiente calidad de vida de las mujeres que la padecen. El temor y la angustia a nivel psicológico se apodera con mayor fuerza en las pacientes. Por otro lado, la falta de información al acerca de los procedimientos y tratamientos conlleva el miedo a asistir a un centro de salud, a esto se le suma las experiencias negativas y traumáticas de otras pacientes que influyen en el entorno habitual de las mujeres que padecen dicha enfermedad. (13).

1.1.2. Problemática de la investigación

Según la organización mundial de la salud (OMS), en nuestro país al menos 1715 mujeres fallecen cada año por esta causa. Cada día mueren 6 mujeres por cáncer de cuello uterino. (1).

Según ENDES (Encuesta demográfica y de salud familiar) (1), el 50 % de la población ha sido tamizada en los últimos 3 años. Muchos casos son lesiones de alto grado y el grado de curación no se puede dar en su totalidad. Los factores que más influyen en el cáncer son múltiples como: el desinterés de las mujeres, las bajas tasas de tamizaje, el retraso al momento de entregar los resultados, la falta de seguimiento en las pacientes con tamizaje positivo, pocos centros de tratamiento. Estas situaciones nos impiden luchar a diario con este cáncer.

En el año 2016 se dio una alta tasa de mortalidad en los departamentos de Ucayali, Loreto, Madre de Dios, Huánuco, San Martín, Amazonas, Pasco, Tacna y La Libertad, las tasas cada vez van en aumento a comparación del año anterior. Observándose en el departamento de Tacna con un promedio por periodo de 9,1. (15).

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna, actualmente, cuenta con un centro preventivo de cáncer donde se derivan todas las pacientes con IVAA positivo Y Papanicolaou positivo, siendo los servicios que ofrecen de diagnóstico y tratamiento de cáncer son ambulatorios y de ginecología oncológica.

Una adecuada prevención y control de los factores de riesgo permitirá identificar e intervenir oportunamente en la salud de las mujeres de nuestro país.

Por lo expuesto; anteriormente se formula la siguiente pregunta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventivo de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las características demográficas que están asociadas a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino?
- ¿Cuáles son las características sociales que están asociadas a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino?
- ¿Qué características gineco-obstétricas que están asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Esta investigación es conveniente porque nos muestra una problemática que es el cáncer de cuello uterino; una patología que es parte de un problema de Salud Pública, cuyos factores están asociados a la deficiente calidad de vida, así como los factores demográficos, sociales y los antecedentes gineco-obstétricos, entre otros, como su alimentación e higiene, el no autocuidado hacia su persona, así como los chequeos preventivos y algunos factores determinantes o genéticos; y además ha causado también aumento en la demanda de servicios de salud incrementando los costos de atención. De esta manera se contribuirá a mejorar uno de los objetivos del milenio, la disminución de la morbilidad en las mujeres de nuestro país.

El estudio es trascendente socialmente, porque se busca dar a conocer la situación actual del cáncer del cuello uterino y su calidad de vida en las mujeres, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en relación a los factores asociados; buscando el beneficio para las mujeres de la ciudad de Tacna.

Los resultados nos permitir abordar el problema, fortaleciendo medidas preventivo promocionales, con el propósito de mejorar la atención primaria de salud. valorando las necesidades de las mujeres como un ente holístico, contribuyendo a mejorar su bienestar y con ello mejorar la calidad de vida, basados en la educación, información y comunicación para su rápido diagnóstico, tratamiento y recuperación, y su incorporación con la sociedad.

Por lo que la investigación es de suma importancia desde el punto de vista preventivo promocional. Asimismo, motivará otros trabajos similares.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

Se considera los siguientes aspectos:

- a) Área geográfica: La presente investigación descriptiva se llevó a cabo en el departamento, provincia y distrito de Tacna.
- b) Época o periodo: la investigación se realizó en el 2019 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El presente trabajo de investigación tuvo una limitación en el tiempo que se realizó en los meses de setiembre a diciembre.
- c) Financiamiento: Los gastos que demandó la presente investigación fueron cubiertos por el mismo investigador.
- d) Tiempo disponible: Se determinó de acuerdo al avance de la investigación y la empatía de los sujetos en estudio hacia el investigador.
- e) Ámbito específico: La investigación se realizó en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados a la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características demográficas y su asociación con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

- Describir las características sociales y su asociación con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

- Identificar las características gineco - obstétricas y su asociación con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general

- H_0 : No existe asociación entre factores y la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

- H_1 : Existe asociación entre factores y la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

1.6.2. Hipótesis específicas

- H₀: No existe asociación entre factores demográficos como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.
- H₁: Existe asociación entre factores demográficos como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.
- H₀: No existe asociación entre factores sociales como el sistema de salud, nivel socioeconómico y hábitos nocivos con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.
- H₂: Existe asociación entre factores sociales sistema de salud, nivel socioeconómico y hábitos nocivos con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.
- H₀: No existe asociación entre factores Gineco – obstétricos como: menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, paridad por vía vaginal, edad del primer parto, uso de métodos anticonceptivos y último Papanicolaou con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.
- H₃: Existe asociación entre factores Gineco – obstétricos como: menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, paridad por vía vaginal, edad del primer parto, uso de métodos anticonceptivos y ultimo Papanicolaou con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.2.1. A nivel internacional

Castillo, Canencia, Zurbarán, Pertuz, Montes, Jiménez (16) en el 2015, *calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012*. Muestra: Se incluyeron 106 mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino en tratamiento que acudieron a una institución pública de salud de primer nivel de complejidad, de la ciudad de Cartagena; fueron excluidas las mujeres que, además del diagnóstico, tenían otra patología o estaban en condiciones críticas. Resultados: participaron 106 mujeres con promedio de edad de 41,3 años (DE \pm 12,5 años). Todas las mujeres pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 a 3; el mayor impacto negativo de la enfermedad, según el QLQ-30, se observa en las mujeres de estrato 1. Los aspectos más afectados de la calidad de vida son los relacionados con sus actividades sociales (51,9 %), los estados funcional y físico, la interferencia del tratamiento en su vida familiar (48,1 %), y los problemas económicos causados por la enfermedad (47,2 %). En la función psicológica, el 87,7 % de las mujeres se han sentido preocupadas por su enfermedad. Para la escala específica QOLCX-24, se encontró que, en la dimensión sexual, el 70,7 % ha tenido molestias o irritación vaginal que interfieren en su desempeño.

Castro, Falcón, Valdés, Díaz y Martínez (17) en el 2015; realizaron el estudio *Estrategia de intervención sobre la percepción de factores epidemiológicos del cáncer cérvicouterino en Cuba*. Muestra: se realizó una investigación cuasi experimental, longitudinal en el Consejo Popular Zona Sur,

policlínico “5 de Setiembre”, Consolación del Sur, periodo de enero a diciembre de 2012. Universo de 687 féminas y una muestra de 248, de ellas 48 con citologías positivas y 200 supuestamente sanas. Para el procesamiento de la información se utilizó la estadística descriptiva e inferencial aplicándose la prueba de McNemar para evaluar diferencias significativas entre variables. Resultados: la citología alterada fue más frecuente en el grupo de edad de 30 a 34 años y la neoplasia intracervical grado I la que más se evidenció, el 91,6 % de las 48 mujeres citologías positivas tenían infección asociada, de las cuales el 39,5 % era el Virus del Papiloma Humano. El 72,9 % comenzaron sus relaciones sexuales a los 17 años de edad o menos, el 56 % tenían tres partos o más.

Velásquez, Kawabata y Ríos (18) en el año 2018; realizaron el estudio *Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017*. Muestra: se estudió 129 indígenas que se encuentran registrados en el programa de patología cervical. Resultados: Ingresaron en el estudio 129 indígenas con una edad media de 26 ± 10 años. La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino fue de 13,18 %. Las lesiones más frecuentemente encontradas en orden de frecuencia fueron ASCUS 10,08 %; CIN I 2,32 %; CIN II 0,77 %; no se observó CIN III, ni carcinoma in situ. Las edades en las que se presentaron con mayor frecuencia fueron entre 25 a 44 años en un 70,59 %. El 58,8 % de las que presentaron lesiones cervicales tuvo menarca < 12 años; 76,5 % relaciones sexuales < 15 años y el 82,35 % son gran multíparas. La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino es similar a estudios de otros países y menor a algunos estudios que se realizaron en Paraguay en población no indígena. Se encontró mayor porcentaje de lesiones en las edades medias, menarca temprana, inicio precoz de vida sexual y en multíparas.

Chang y Samayoa (19) en el 2018, realizaron el estudio *Calidad de vida en pacientes sometidas a histerectomía*. Muestra: Pacientes que fueron sometidas a una Histerectomía y tenían una edad comprendida entre 35 a 55 años y asistían al servicio de consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de abril 2015 a abril 2016. Resultados: Se encontró que 11.3 % (10) de pacientes tenía una mala calidad de vida, 35.2 % (31) reportó calidad de vida buena, 21.5 % (19) vida muy buena y sólo 5.6 % (5) excelente calidad de vida.

Núñez, Gutiérrez, Rivero, López y Gonzales (20) en el 2018; realizaron el estudio *Factores de riesgo de lesiones precursoras del cuello de útero*. Muestra: El universo estuvo constituido por 46 mujeres entre 25 y 59 años con citologías alteradas (grupo estudio) y, por muestreo aleatorio simple, se seleccionaron 46 mujeres de similar edad a las del estudio con citología negativa para el grupo control. La información se obtuvo aplicando una encuesta y de las tarjetas de citología orgánica, se utilizó el análisis porcentual, la media aritmética y la prueba de Chi-cuadrado para determinar asociaciones entre variables. Resultados: En el grupo estudio predominó el hábito de fumar (73,91 % con $X^2= 35,28$); el 60,87 % con relaciones sexuales antes de los 15 años ($X^2=26,67$); el condón fue utilizado por el 8,70 % de las enfermas; el 36,96 % tuvo más de cuatro parejas sexuales y el 34,78 % presentó papiloma humano ($X^2=134,08$).

2.2.2. A nivel nacional

Bonilla y Montalvo (21) en el 2015, realizaron el estudio *Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008 – 2012*. Muestra: la muestra de 96 mujeres con lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino y 192 mujeres sin lesiones de cáncer de cuello uterino. Resultados: el 88.5 % iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 a 25 años, el 66.7 % procedieron de la zona rural, el 61.5 % tuvieron

más de 4 parejas sexuales, el 59.4 % fueron mujeres entre 30 a 49 años de edad y con el mismo porcentaje según estado civil fue de conviviente (59,4 %), el 53.1 % fueron analfabetas, el 50% fueron multíparas, el 49 % tuvieron antecedentes de cáncer de cuello uterino por parte materna, el uso de métodos AOC no es factor de riesgo. Según el grado de lesiones se encontró que el 41.7 % revelo LEI BG + PVH. Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo y lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino.

Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22) en el año 2017; realizaron el estudio *Factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014-2015 en Huaraz-Perú*. Muestra: con una muestra de 183 mujeres con lesiones cervicales (Casos) y 183 mujeres sin lesiones cervicales (Controles). Resultados: Edad, mayores de 35 años (OR = 1,94), bajo grado de instrucción (OR = 1,84), estado civil de convivencia (OR = 1,67), procedencia rural (OR = 3,92), inicio de las relaciones sexuales < de 16 años (OR = 29,51), más de 2 parejas sexuales (OR = 16,06), Papiloma Virus Humano (VPH) (OR = 2,51), multiparidad (OR = 17,21), uso de métodos anticonceptivos hormonales y antecedentes familiares (OR = 3,13). Ante lo cual, se concluyó que los factores de riesgo personal, sexual y reproductivo mostraron asociación significativa con las lesiones precancerosas del cuello uterino.

Arcos (23) en el 2019; realizó un estudio *Factores asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes de consultorio externo del servicio de ginecología en el Hospital Regional de Ica – Perú, julio 2017 – junio 2018 en Lima – Perú*. Muestra: estuvo conformada por 376 mujeres, 188 mujeres con diagnóstico de carcinoma de cérvix y 188 mujeres sin diagnóstico de cáncer cérvicouterino. Resultados: Los factores asociados de mayor influencia en el grupo de estudio fueron la presencia del VPH con un p-valor de 0.029 y el número de relaciones coitales con su p-valor de 0.00003, estos elementos resultaron estadísticamente relevantes en el estudio. La promiscuidad sexual su p-valor fue de 0.071, junto

con el consumo de tabaco con su p-valor de 0.832, no tuvieron relevancia estadística. La presencia del VPH y el tener dos o más parejas coitales son factores asociados al carcinoma de cérvix en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Regional de Ica.

Vives (24) en el 2019; realizó un estudio *Características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2017 en Lambayeque – Perú*. Muestra: fue de 50 personas con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017. Resultados: La edad promedio de las pacientes fue 26 años. El 68 % de la población tenía grado de instrucción de secundaria y superior, en quienes la media de número de PAP realizados fue entre 4 y 6 exámenes de PAP realizados respectivamente. El 96 % del total pertenece al nivel socioeconómico. Los métodos anticonceptivos más utilizados, fueron las inyecciones y/o pastillas. Solo el 18 % de la población sabe diferenciar cuando el flujo vaginal es normal o anormal en una mujer. A mayor número de PAP realizados (más de 3 exámenes de PAP) se obtuvieron PAP con citología anormal previas ($p=0,021$). Las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo son un nivel socioeconómico bajo, una escolaridad en su mayoría de secundaria y superior, un conocimiento sobre cáncer cérvicouterino deficiente e impreciso.

Gallegos, Fuentes y Gonzales (25) en el 2019; realizaron un estudio *Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017 en Lima*. Muestra: Se analizaron 216 historias clínicas de pacientes, dividiéndose en 72 casos y 144 controles. Resultados: En el análisis bivariado, resultaron significativos la menarquia temprana

(OR=2,071; p=0.024), el inicio temprano de relaciones sexuales (OR=2,213; p=0.017), el tener múltiples parejas sexuales (OR=3,036; p=0.001) y la multiparidad (OR=2,316; p=0.005). En el análisis multivariado las variables independientes fueron el tener múltiples parejas sexuales (OR=2,626; p=0.003) y la multiparidad (OR=2,759; p=0.045) las cuales resultaron significativas. Es un Estudio de diseño casos y controles, analítico y observacional.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Factores

Un factor de riesgo es una cualidad que influye en un individuo aumentando la probabilidad de padecer una enfermedad.

La salud de la población cambia de acuerdo a los hábitos saludables y no saludables en las personas. También incluye a una población vulnerable, con malos hábitos, analfabetismo y una mala autopercepción de su salud. Habiendo establecimientos de salud para la consulta, la población no acude por escasos recursos económicos y la demanda de tiempo. (26).

Ante esta situación; en el año 1920 surgió la salud pública con el fin de mejorar los lineamientos de salud y así mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir la contaminación ambiental y mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud. (27).

En el año 1948 según Henry Sigerist, surgió la promoción de la salud para promover mejores condiciones de vida, trabajo, educación y cultura en la población. (28).

En 1978 según la declaración de Alma Ata (29), se promovió la participación de la comunidad en la atención primaria de salud, se priorizó la prevención y la promoción de la salud como sus funciones principales.

2.2.1.1. Factores determinantes de la salud

Los factores que se consideraron son: ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y los servicios sanitarios para prevenir la enfermedad y mejorar la salud.

A continuación, se presentan los modelos de los determinantes de la salud de la población.

A. Los determinantes del estado de salud según Lalonde

Marc Lalonde, un ministro de la sanidad de Canadá en el año 1974; determinó cuatro elementos básicos para la prevención del estado de salud (30):

- a) Medio ambiente: una terrible contaminación del aire, agua y tierra afecta la salud de los individuos.
- b) Estilo de vida: están relacionados a la salud como hábitos nocivos: tabaco y alcohol, desórdenes en la alimentación.
- c) Biología humana: se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable con la tecnología médica.
- d) Sistema sanitario: es el sistema de salud que viene brindando medidas preventivo promocionales para mejorar la salud.

2.2.1.2. Importancia de la prevención

En los últimos años, para mejorar la salud de la población, se realizó la atención integral de salud en el nivel primario de atención, de esta manera se mejoró la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (31). Se realizó los siguientes pasos:

- a) Promoción de la salud: con el fin de brindar información sobre su salud y el medio ambiente en conjunto con los gobiernos gubernamentales para mejorar la salud. (32).

- b)** Protección de la salud: Son las medidas de salud dirigidas al control sanitario y del Medio Ambiente (32): así como la vigilancia del medio ambiente y el consumo de los alimentos.
- c)** Prevención de la enfermedad: son las acciones que se realizan para la reducción de factores de riesgo (33). Así como la práctica de las actividades de los servicios de salud, inmunizaciones y educación sanitaria.
- d)** Restauración de la salud: son los objetivos de los servicios de salud, para recuperar la salud de las personas se da en los niveles primarios y hospitalarios de mayor complejidad. (33):
- e)** Rehabilitación: Son medidas de salud para ayudar a la recuperación de la población a nivel físico, psicológico y social.

2.2.1.3. Factores asociados a lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino

- a)** Factores demográficos: los factores de tipo demográfico son los que están relacionados con la población en general:
 - Edad: es el tiempo de vida desde el momento del nacimiento de una persona.
 - Estado civil: es la condición de una persona según registro civil. Por ejemplo: soltera, conviviente, casada, separada o divorciada y viuda.
 - Nivel educativo: es el grado más elevado de estudios realizados en una persona. Por ejemplo: sin grado de instrucción, primaria, secundaria, superior no universitario y superior universitario.
 - Ocupación: son las categorías generales de empleo. Por ejemplo: ama de casa, estudiante, independiente, empleado y desempleado.
 - Procedencia de establecimiento de salud: es el origen del establecimiento de salud del cual procede una persona.

- Localidad o distrito: es el territorio o unidad geográfica del cual procede una persona.

b) Factores sociales: se consideró los siguientes:

- Estrato socioeconómico: son las clases o grupos en que se divide la población de acuerdo a su nivel social. Muchas personas con bajos recursos económicos es muy difícil acceder a un tratamiento. Por ejemplo: no pobre, pobre y pobreza extrema.
- Afiliación al sistema de salud: es la facilidad con la que una persona puede acceder a un servicio de salud para una atención médica.
- Hábitos nocivos: son aquellas conductas que tienen una interacción repetida que provocan daños a corto o largo plazo y puede contraer enfermedades graves. Así como el alcoholismo y tabaquismo; las mujeres que fuman tienen más probabilidades de sufrir el cáncer de cuello uterino. También se han encontrado pequeñas partículas de tabaco en la mucosidad del cérvix.

c) Factores gineco-obstétricos: es una parte de la medicina que se ocupa de la reproducción humana y de las afecciones genitales. Por lo tanto, está relacionada con el estudio anatómico, fisiológico y patológico del aparato genital, así como el embarazo, parto, puerperio normal y patológico. Son los siguientes:

- Menarquia: es el inicio de sangrado vaginal de origen menstrual que se da al inicio de la adolescencia.
- Inicio de relaciones sexuales: es el inicio temprano de las relaciones sexuales. Durante la adolescencia los tejidos del cuello uterino son más

débiles a los agentes carcinógenos. El riesgo de una lesión es mayor cuando la primera relación sexual es en menores de 17 años.

- Poliandria: es el número de parejas sexuales. El mayor riesgo es ocho veces en mujeres con más de tres compañeros sexuales y 14,2 veces con más de 5 compañeros.
- Antecedentes de ITS: es debido a las infecciones de transmisión por vía sexual en un 13 a 26 %.
- Paridad por vía vaginal: aquellas mujeres con más de dos hijos tienen el 80 % de riesgo de sufrir una lesión en el cuello uterino, en mayores de cuatro hijos la lesión se triplica.
- Edad del primer parto: el riesgo es mayor en aquellas mujeres que tuvieron su primer parto antes de los 22 años.
- Uso de anticonceptivos: los métodos hormonales como: la píldora anticonceptiva, inyectable mensual, inyectable trimestral e implante tienen mayor influencia por el exceso en el uso de años; así como la T de cobre por la cantidad de sangrado influyen en la calidad de vida de las mujeres.
- Papanicolaou: es un examen clínico que se realiza a todas las mujeres que hayan iniciado una vida sexual activa.

2.2.2. Calidad de vida

En el año 1975 apareció el término de calidad de vida. Su origen aparece en el ámbito de la medicina y se relaciona con la sociología y psicología.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la apreciación que una persona tiene acerca de su existencia, cultura y medio ambiente de acuerdo con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. (34).

La calidad de vida es una percepción acerca de su bienestar emocional, física y social. También influye en aspectos subjetivos como: la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud subjetiva. (35, 36).

2.2.2.1. Calidad de vida relacionada a la salud

Según Shumaker y Naughton, considera que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es una evaluación de los aspectos que influyen en el estado de salud actual, los cuidados de salud y la promoción de la salud en cada individuo, para mantenerse de manera global el buen funcionamiento de aquellas actividades que son importantes para una persona y que afectan a su estado de salud (37).

Por otro lado, Shwartzmann, manifiesta que, desde la subjetividad, la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es la valoración que una persona realiza desde los criterios físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado (38). Asimismo, Botero y Pico, menciona que la calidad de vida relacionada con la salud es un proceso dinámico y diferente. (39).

Las acciones que se especifican en las diversas enfermedades sobre los pacientes afectados, no es el objetivo principal de la salud, también considera los factores adyacentes, dolor y bienestar emocional en la evaluación general del estado de salud de una persona. (40, 41).

2.2.2.2. Instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud

Existen varios instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) los cuales se dividen en genéricos y específicos. Los específicos se basan en aspectos de la calidad de vida propios a la enfermedad. Y los instrumentos genéricos, son para evaluar la calidad de vida en una enfermedad concreta. (38).

Asimismo, es importante la medición de la calidad de vida en las enfermedades con indicadores de morbilidad y mortalidad de mayor impacto en el individuo y su entorno. En la presente investigación, se utilizó un instrumento genérico que posee todas las características necesarias para obtener datos que permitan generar intervenciones, el cuestionario SF-36.

2.2.2.3. Cuestionario de calidad SF-36

El cuestionario de SF-36, se desarrolló en los años noventa, de acuerdo a la escala genérica que es aplicable a la población general. En fin, es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general que sufren de muchas enfermedades (42, 43).

El cuestionario es de 36 ítems. Está compuesto por 8 escalas (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Tiene un ítem adicional de transición de la enfermedad, pero este ítem no se contabiliza para el cálculo estadístico.

Existen dos versiones con respecto a este instrumento: estándar (4 semanas) y aguda (1 semana). Ambos se aplican a personas mayores de 14 años. ambas encuestas se pueden aplicar mediante una entrevista personalizada y también se considera como segunda opción por vía telefónica (44).

Las puntuaciones de 0 a 20 son considerados como calidad de vida deficiente, puntaje 21 a 40 mala, de 41 a 60 regular, 61 a 80 buena y 81 a 100 excelente.

En el presente cuadro se describen las dimensiones del cuestionario SF-36 (45).

Tabla 1*Dimensiones del cuestionario SF - 36*

Significado de puntuaciones de 0 a 100			
Dimensión	No. Ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor Corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias	Ningún problema con el trabajo y otras actividades

		debido a problemas emocionales.	diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Ítem de Transición de la salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año.

Fuente: Williams. Ginecología. Lesiones preinvasoras y cáncer del cuello uterino. 2004.

2.2.3. Lesiones precursoras de cuello uterino

También conocido como neoplasia intraepitelial, se refiere a las lesiones epiteliales escamosas de la parte inferior del aparato genital que se consideran como precursoras de cáncer, pero no tienen características de un cáncer invasor. Estas lesiones se diagnostican por biopsia y estudio histopatológico. (45).

a) Tipos de lesiones precursoras del cuello uterino: de acuerdo a la gravedad de la lesión.

- Displasia leve (CIN I): cuando se extienden al tercio medio del cuello uterino.
- Displasia moderada (CIN II): si llega al tercio superior del cuello uterino.
- Displasia grave (CIN III): cuando afecta a todo el grosor se llama carcinoma in situ.

b) El virus papiloma humano: es el origen de todas las lesiones intraepiteliales, cuando ocurre la infección cerca de 30 a 40 tipos de virus infectan a las células epiteliales. Los factores de mayor riesgo son el número de parejas sexuales y la edad temprana al momento del primer coito.

c) Diagnóstico: se realizan exámenes como:

- Toma de Papanicolau: que consiste en un examen clínico donde se toma la muestra a nivel del cuello uterino, con un hisopo se realiza una frotación alrededor del cuello uterino y se coloca en una laminilla y luego esta muestra

se envía a un laboratorio para su estudio. La clasificación se realiza a través del sistema de Bethesda.

- Colposcopia: es un procedimiento ambulatorio sencillo y rápido que permite examinar minuciosamente con un microscopio las lesiones del cuello uterino. El examen colposcópico se realiza en aquellas pacientes con lesiones genitales visibles, que tengan un resultado citológico anormal y si tienen antecedente de exposición intrauterina a dietilestilbestrol. Se realizan con soluciones de ácido acético, Lugol, etc.
- Biopsia: se realiza cuando hay lesiones a nivel del ectocérvix con un instrumento cortante como la pinza para biopsia de tischler.

2.2.4. Cáncer de cuello uterino

Hoy en día, el cáncer del cuello uterino también se conoce como cáncer de cérvix. Son cambios que ocurren en la aparición de células anormales en las capas basales del epitelio escamoso, cambios en el núcleo, citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de las imágenes mitóticas y pleomorfismo (45). A continuación, se explica en el siguiente cuadro:

Tabla 2

Etapas del cáncer del cuello uterino

Etapa	Características	
Estadio 0	Carcinoma in situ, lesión intraepitelial cervicouterina (CIN III)	
Estadio I	Carcinoma estrictamente limitado al cuello uterino	
	Estadio IA	La invasión se limita a la invasión estromal medida con una profundidad máxima de 5 mm y no más ancha de 7 mm.
	Estadio IA1	Invasión inferior a 3 mm en profundidad y 7 mm en superficie.

		Estadio IA2	Invasión superior a 3 mm, pero inferior a 5 mm en profundidad e inferior a 7 mm en superficie.
	Estadio IB	lesiones clínicas limitadas al cuello uterino	
		Estadio IB1	lesiones clínicas inferiores a 4 cm de tamaño
		Estadio IB2	lesiones clínicas mayores de 4 cm de tamaño
Estadio II	Carcinoma que se extiende más allá del cérvix uterino, pero sin alcanzar la pared pélvica, o con afectación de la vagina, pero sin llegar al tercio inferior.		
	Estadio IIA	Afectación de la vagina hasta dos tercios de la parte superior	
	Estadio IIB	Afectación parametrial, pero sin llegar a la pared pélvica lateral	
Estadio III	Carcinoma extendido hasta la pared pélvica o hasta el tercio inferior de la vagina. Incluye todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal.		
	Estadio IIIA	extensión al tercio inferior de la vagina	
	Estadio IIIB	extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal	
Estadio IV	carcinoma extendido más allá de la pelvis o que afecta la vejiga o el recto		
	Estadio IVA	Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.	
	Estadio IVB	Propagación a órganos distantes	

Fuente: Williams. Ginecología. Lesiones preinvasores y cáncer del cuello uterino. 2004.

A. Fisiopatología de lesiones pre malignas del cuello uterino

El cáncer de cuello uterino se origina en la unión escamo columnar, a partir de una lesión displásica previa a la infección del Virus Papiloma Humano. La

mayoría de los jóvenes eliminan este virus a medida que pasa el tiempo. Pero en aquellas con infección persistente pueden desarrollar una enfermedad cérvico uterina. Asimismo, para que una enfermedad avance de una displasia a un cáncer invasor pasan muchos años. Por lo tanto, se sospecha que en la carcinogénesis influyen agentes ambientales, la alimentación, la inmunidad y la herencia genética. A medida que avanza la displasia hay evidencia sugestiva de que las proteínas E1 y E2 del virus papiloma humano influyen en la replicación de las células del cuello uterino. (46,47).

Luego de realizarse la replicación y transformación de las células normales a células anormales. Las oncoproteínas E6 Y E7 están implicados en esta transformación. La proteína E7 se une con la proteína supresora tumoral p53. Se encargan de inmortalizar las células cervicales. (48).

B. Tratamiento: el tratamiento varía dependiendo de la displasia de cada mujer de acuerdo al tiempo de evolución, el estado inmunológico y el deseo por parte de la paciente de someterse a un tratamiento existen los siguientes tratamientos: (49).

a) Químicos

- **Acidotricloroacético:** Son agentes cáusticos cuyo mecanismo de acción es la destrucción de las verrugas mediante coagulación química de sus proteínas. Se prepara en soluciones con concentraciones entre el 75 % y el 90 % y se aplican directamente sobre la lesión hasta que se tome pálida. (48).
- **Podofilina:** Proviene de una resina y está compuesta por una serie de elementos, entre los que se destacan: suspensión en tintura de benzocaína al 10, 25 y 35 % y antimitóticos como podofilox. Se prepara en soluciones con concentraciones entre 10 % y 35 %. (48)
- **5-Fluouracilo (5-FU):** Existen dos formulaciones, el 5-FU tópico y el 5-FU intralesional. La formulación 5-FU intralesional combina la antimetabolito 5-

FU con una vasoconstrictora epinefrina y un gel estabilizante biodegradable (colágeno de bovino), y se inyecta directamente sobre la verruga. (48).

- **Podofilotoxina:** Agente antimitótico su principal mecanismo de acción se basa en evitar la formación del uso mitótico en metafase, evitando la división celular. Este fármaco es la inducción de un daño vascular al interior de la lesión, provocando una necrosis tisular, es inmuno estimulador local, ya que puede producir la producción de interleuquinas. (49).

b) Inmunomoduladores:

- **Interferón:** Es una modalidad de tratamiento con actividad antiviral, anti proliferativa e inmuno moduladora. Se ha evaluado extensamente usando tres formas de administración: inyección intralesional, administración sistémica y administración tópica. Solo la administración intralesional se muestra efectiva, con una tasa de curación entre un 42 % y un 62 % con 12 a 20 semanas de tratamiento, y recurrencia entre 20 y 30 %. (50).
- **Imiquimod:** Corresponde a una amina heterocíclica no nucleósida, cuyo mecanismo de acción es estimular la respuesta inmune local innata y mediada por células, con producción de interferón alfa y gamma, factor de necrosis tumoral alfa e IL-6. El Imiquimod está formulado en crema al 5 %. (51).
- **Cidofovir:** Es un nuevo ácido nucleósido fosfato, con amplio espectro de actividad antiviral sobre virus ADN. (52)

- c) Terapias combinadas:** la combinación de terapias incluye una técnica cito destructiva, más una inmunoterapia como interferón intralesional o imiquimod. La inmunoterapia después de la ablación con láser esto es debido a que el ADN del virus papiloma humano está latente en los márgenes de las lesiones en la mayoría de casos después del tratamiento con láser de CO₂. (53).

d) Físicos:

- **Crio intervención Quirúrgica o Crioterapia:** El mecanismo de acción es la criocitólisis, que induce una destrucción tisular de la verruga y además provoca una inflamación local que induce el desarrollo de una respuesta inmune mediada por células. (54)
- **Electrocoagulación:** La coagulación térmica es una modalidad de tratamiento que destruye las verrugas mediante coagulación proteica y se amplía el área operativa a través del curetaje adicional. Puede ser efectiva como la crioterapia en un 35 y 94%. (55).
- **Laser:** La vaporización con láser de dióxido de carbono (CO₂) es un método quirúrgico apropiado para tratar las verrugas, especialmente en áreas extensas, pero requiere de anestesia local. La energía del láser es altamente absorbida por el agua intracelular, con la conversión resultante a vapor y la vaporización del tejido. (56,57).
- **Radiofrecuencia- Leep:** consiste en que el hilo de leep es calentado por cualquiera de los dos generadores electro quirúrgicos sofisticados que permiten la mezcla óptima de la corriente del corte y coagulación, que debe ser aplicada minimizando la pérdida de sangre, La hemorragia es habitualmente mínima y puede ser controlada con electrocoagulación o cauterización química. (58).
- **Conización:** se da en los siguientes casos:
 - Legrado endocervical positivo.
 - Una valoración citológica que indica una anomalía que no coincide con el diagnóstico por biopsia de un hallazgo colposcópico.
 - LSIL persistente. - Biopsia cervical que reporta micro invasión.
 - Biopsia cervical que detecta un Adenocarcinoma in situ.

El tamaño y la profundidad del cono se determinan mediante la evaluación colposcópica preoperatoria. Se utiliza el láser de CO₂ para la conización cervical. (59, 60).

- **Histerectomía:** La histerectomía no se acepta como tratamiento primario para NIC I, II o III. La histerectomía se indica solo en ciertas condiciones: (61).
 - Presencia de una enfermedad ginecológica asociada que precise corrección quirúrgica.
 - En casos de esterilización quirúrgica
 - Enfermedad persistente o recurrente después del tratamiento conservador.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Calidad de vida:** Es la percepción de los atributos bien sean positivos o negativos que caracterizan la propia vida.
- **Cáncer de cérvix:** es la alteración celular de los tejidos del cuello uterino causado por el virus papiloma humano.
- **Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino:** son las displasias que aparecen en el cuello uterino pueden ser lesiones de bajo grado y alto grado, antes de la aparición del cáncer.
- **Factores demográficos:** son las características relacionadas en el espacio y tiempo dado, así como edad, estado civil, nivel educativo y ocupación etc.
- **Factores sociales:** son las características que influyen a nivel social como los hábitos nocivos y el estado socioeconómico.
- **Factores Gineco-obstétricos:** son características o atributos de las pacientes con cáncer ginecológico en relación a sus antecedentes Gineco-obstétricos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

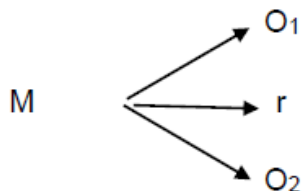
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica; Es un estudio de tipo **descriptivo**, porque los datos son obtenidos durante la aplicación del instrumento, **correlacional** porque tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular. **Transversal** debido a que los datos se tomaron una sola vez y en un momento dado y **de enfoque cuantitativo**, debido a que los resultados que se obtuvo se expresaron numéricamente, este análisis cumple con el rigor estadístico descriptivo.

3.1.2. Diseño de investigación

El presente trabajo obedece a un diseño no experimental; porque el investigador no modificó variables y solo midió el fenómeno estudiado, este diseño de investigación recolectó datos de un solo momento y en un tiempo único, además describió las variables de estudio y analizó en un momento dado. En su modalidad correlacional cuyo formula es:



Donde; M = Muestra
 O1 = Variable independiente
 O2 = Variable dependiente
 r = Relación de ambas variables.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población estuvo constituida por las mujeres con diagnóstico de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, atendidas en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2019.

3.2.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 127 mujeres con diagnóstico de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino correspondientes a los meses de setiembre a diciembre, que incluye dentro de los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">✓ Mujeres mayores o igual a 18 años con diagnóstico de:<ul style="list-style-type: none">- Lesión intraepitelial de bajo grado (LIEB) (NIC I) (N870)- Lesión intraepitelial de alto grado (LIEBG) y (LIEAG) (NIC I y NIC II) (N871, N872)- Cancer in situ (DO60, DO61, DO67, DO69).✓ Mujeres que hablen y escriban español.✓ Mujeres que den el consentimiento informado verbal	<ul style="list-style-type: none">✓ Mujeres con limitaciones auditivas, visuales y de comunicación que les impida participar en el estudio.✓ Mujeres que sufren una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala de medición
Factores	Características que presenta una unidad de estudio (mujeres) y que directa o indirectamente pueden modificar un resultado	Factores demográficos	Edad	Años cumplidos	Intervalo
			Estado civil	Soltera Conviviente Casada Separada o divorciada Viuda	Nominal
			Nivel educativo	Sin grado de instrucción Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario	Nominal
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Independiente Empleado Desempleado	Nominal
			Procedencia	Establecimiento de salud del cual procede	Nominal
			Localidad o distrito	Distritos de Tacna	Nominal
		Factores sociales	Afiliación al sistema de salud	afiliado No afiliado	Nominal
			Estrato socioeconómico	No pobre Pobre Pobreza extrema	Ordinal
			Hábitos nocivos	- Tabaquismo - Alcoholismo	Nominal
			Menarquía	Años cumplidos	intervalo

		Factores gineco – obstétricos	Edad de inicio de relaciones sexuales	Años cumplidos	Intervalo
			Poliandria	Numero de compañeros sexuales	Intervalo
			Antecedentes de ITS	Enfermedades de transmisión sexual	Nominal
			Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer.	Intervalo
			Edad del primer parto	Años cumplidos	Intervalo
			Número de partos vaginales	Cantidad de partos vaginales	Intervalo
			Uso de métodos anticonceptivos	Píldoras anticonceptivas Inyectable mensual Inyectable trimestral Implante T de cobre Condomes	Nominal
			Ultimo Papanicolaou	Tiempo real	Ordinal
Calidad de vida	Es una evaluación subjetiva de los atributos bien sean positivos o negativos que caracterizan la propia vida.	Calidad de vida relacionada con la salud SF - 36	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental Ítem de transición de salud	(0-20) deficiente (21-40) malo (41-60) regular (61-80) bueno (81-100) excelente	Ordinal

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Acciones previas

a) Consideraciones éticas

Este estudio no tuvo conflictos bioéticos, Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de: anonimato, privacidad, honestidad y consentimiento.

b) Consentimiento informado

Se entregó a las mujeres un consentimiento informado, para que voluntariamente acepten participar del estudio y se explicó sobre el contenido del documento del consentimiento.

c) Permiso institucional

Se cursó una solicitud de autorización para el estudio, al centro de investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para el acceso de la entrevista con las pacientes, así mismo, se coordinó con el responsable del Centro preventorio de cáncer.

3.4.2. Técnica

La Técnica utilizada fue la entrevista personalizada con cada una de las pacientes. La recolección de información se realizó de forma directa.

3.4.3. Instrumentos

- a) Para empezar, se aplicó un cuestionario sobre los datos sociodemográficos y antecedentes Gineco-obstétricos. Este cuestionario consta de 19 ítems en total, los 6 primeros ítems son específicamente para medir los datos

sociodemográficos, los 4 ítems para medir los factores sociales y los 9 restantes son para los antecedentes Gineco-obstétricos (anexo 03).

- b) Para medir la calidad de vida: El instrumento que se utilizó en este estudio fue el SF-36, un cuestionario de 36 ítems que mide ocho áreas del estado de salud general: función física, rol físico, dolor corporal, percepción de la salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Para cada parámetro se extrajeron las puntuaciones, se codificaron, se sumaron y se transformaron en una escala continua de 0 a 100; una mayor puntuación indicaba un mejor estado de salud. (56).

- Factor 1: Función Física (FF). Asociado a las variables 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- Factor 2: Rol Físico (RF). Asociado a las variables 13, 14, 15, 16.
- Factor 3: Salud Mental (SM). Asociado a las variables 24, 25, 26, 28, 30.
- Factor 4: Dolor Corporal (DC). Asociado a las variables 21, 22.
- Factor 5: Vitalidad (VT). Asociado a las variables 23, 27, 29, 31.
- Factor 6: Rol Emocional (RE). Asociado a las variables 17, 18, 20.
- *Factor 7*: Función Social (FS). Asociado a las variables 20, 32.
- *Factor 8*: Salud General (SG). Asociado a las variables 1, 33, 34, 35, 36.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos SPSS versión 22. Los datos se recolectaron y luego fueron procesados y tabulados, logrando, de esta manera, dar una interpretación adecuada de los datos.

Con la información ordenada, se elaboró tablas de frecuencias absolutas y porcentuales. Asimismo, se utilizó Excel y Microsoft Office, para mejorar los gráficos y el orden de los datos.

Para la contrastación de hipótesis, se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado y regresión logística multinomial. Para la prueba de hipótesis se utilizó odds ratio (OR).

CAPÍTULO IV

MARCO FILOSÓFICO

4.1. ANÁLISIS DEL MARCO EPISTEMOLÓGICO - POSITIVISMO

La necesidad de investigar los conocimientos de factores asociados a las lesiones precursoras y cáncer de cérvix como variable independiente y la calidad de vida como variable dependiente, surge de la necesidad que tiene el investigador en conocer la repercusión al relacionar determinadas realidades, pudiendo dar como resultado, cambios significativos en el entorno en el cual se ejecuta la investigación, dando origen al análisis de determinadas circunstancias, teniendo como origen el planteamiento del conocimiento; no obstante, con la utilización del método científico, se busca contestar a las incógnitas con sucesos probados que demuestren cuales son los aspectos importantes que se deben considerar, al proponer dicho planteamiento.

Así mismo, el presente estudio se utilizará el método cuantitativo, Es importante resaltar que dentro de las corrientes filosóficas de la ciencia tiene como fundamento al positivismo; este paradigma es de tipo cuantitativo, empírico – analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico tecnológico; ya que tiene como objetivo comprobar una hipótesis por medios estadísticos. Además, utiliza el método hipotético deductivo, así como la técnica de recojo de información, cuestionarios, observación, entrevista, entre otros.

Es un estudio analítico, con la finalidad de encontrar sus deferencias. Esta teoría tiene el objetivo de dar una respuesta diferente, en los problemas del ser humano y ofreciendo una perspectiva desde el ámbito de la salud, más que la enfermedad. Por tanto; los estudios de la maestría adquieren un nivel de investigación trascendental de enfoque positivista, que aporta a la generación de conocimientos con rigor a fin de buscar la solución a los grandes problemas de calidad en salud pública.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Los resultados de la investigación son presentados en tablas de distribución de frecuencias absolutas y porcentuales, con gráficos, en concordancia con los objetivos e hipótesis, que a continuación presentamos:

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MUJERES CON LESIONES PRECURSORAS Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Tabla 3

Edad según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21 -31	13	10,2
32 - 42	65	51,2
43 - 53	35	27,6
54 - 64	12	9,4
65 - 75	2	1,6
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 3, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tiene de 32 a 42 años (51,2 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres tiene de 65 a 75 años (1,6 %).

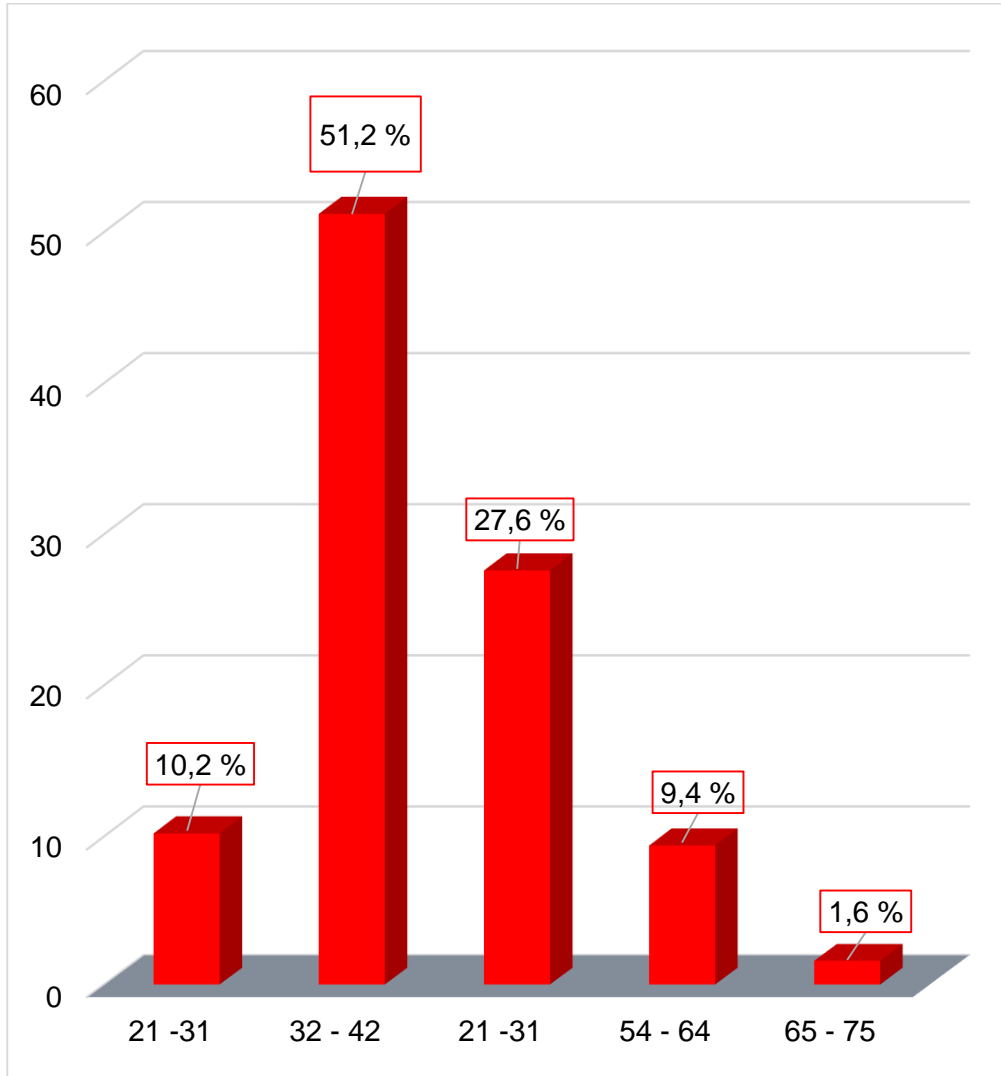


Figura 1. Edad según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 3

Tabla 4

Estado civil según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
soltera	4	3,1
conviviente	93	73,2
casada	24	18,9
separada o divorciada	5	3,9
viuda	1	0,8
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 4, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres es conviviente (73,2 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres es separada o divorciada (3,9 %) y viuda (0,8 %).

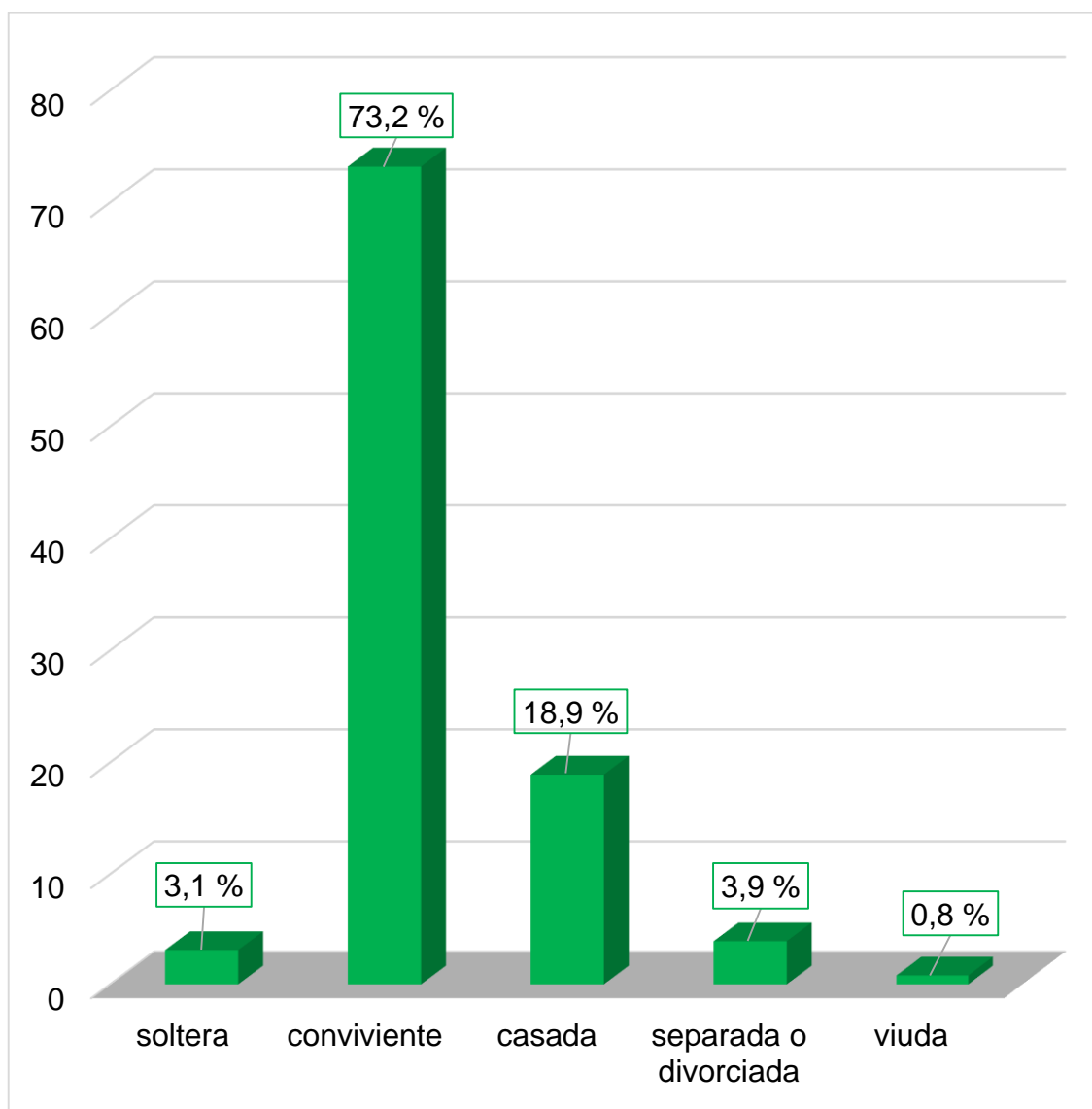


Figura 2. Estado civil según de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 4

Tabla 5

Nivel educativo según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin grado de instrucción	3	2,4
Primaria	10	7,9
Secundaria	106	83,5
Superior no universitario	6	4,7
Universitario	2	1,6
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 5, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres estudió hasta la secundaria (83,5 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres no tuvo grado de instrucción (2,4 %) y estudió hasta la universidad (1,6 %).

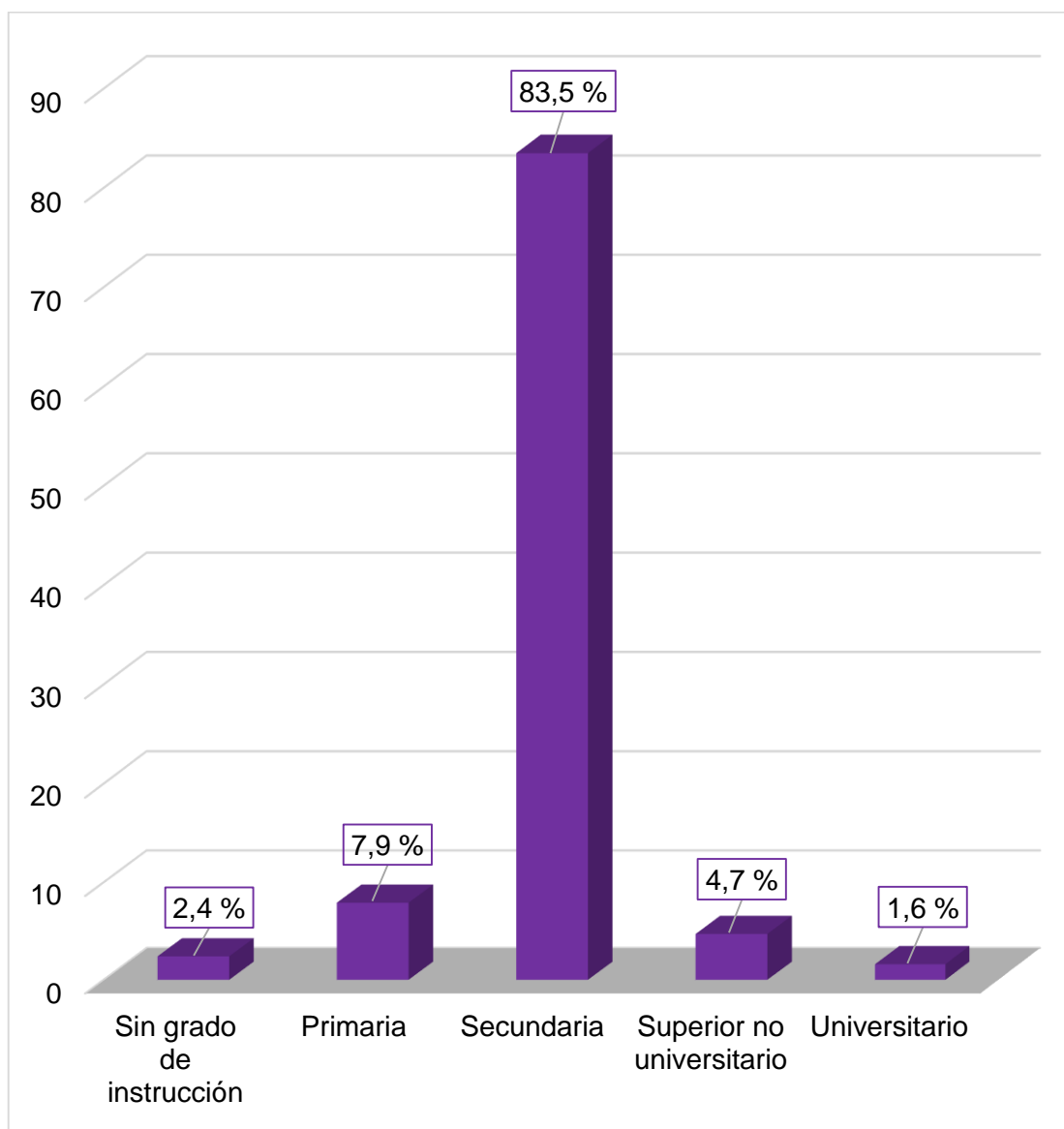


Figura 3. Nivel educativo según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 5

Tabla 6

Ocupación según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	95	74,8
Estudiante	2	1,6
Independiente	27	21,3
Empleado	3	2,4
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 6, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres es ama de casa (74,8 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres tiene un empleo (2,4 %).

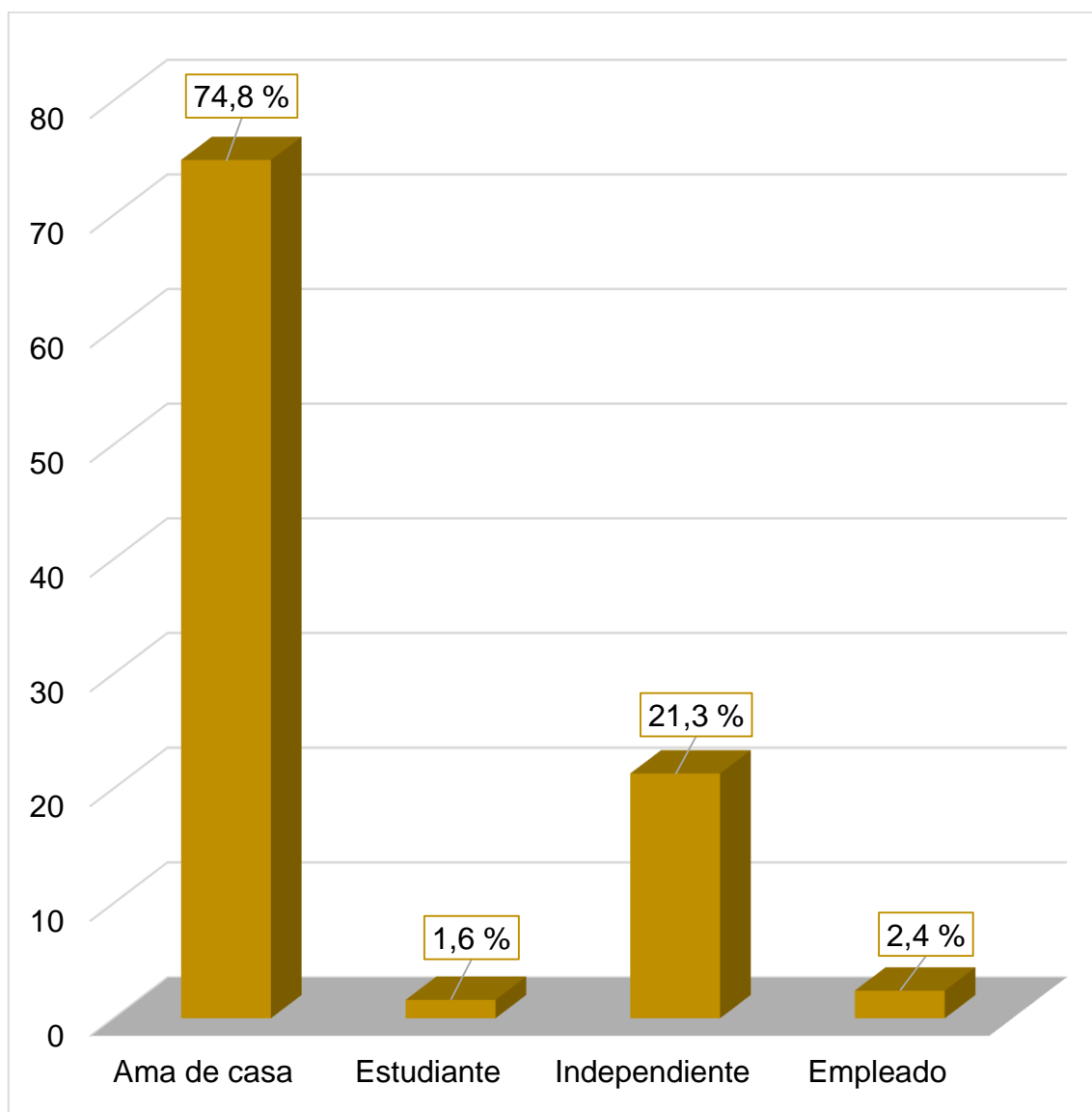


Figura 4. Ocupación según las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 6

Tabla 7

Distribución según establecimientos de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Establecimientos de Salud	Frecuencia	Porcentaje
C.S. Ciudad Nueva	6	4,7
C.S. San Francisco	13	10,2
C.S. La Natividad	11	8,7
C.S. Alto Alianza	15	11,8
C.S. Pocollay	2	1,6
C.S. Leoncio Prado	12	9,4
C.S. Viñani	9	7,1
C.S. A.B. Leguía	3	2,4
C.S. Candarave	4	3,1
C.S. Ilabaya	1	0,8
P.S. Locumba	3	2,4
C.S. Bolognesi	2	1,6
P.S. Las Begonias	10	7,9
C.S. Vista Alegre	4	3,1
P.S. Pachía	1	0,8
P.S. Cono Norte	4	3,1
C.S. Ite	2	1,6
P.S. Calana	2	1,6
P.S. Huaytire	1	0,8
P.S. Intiorko	3	2,4
P.S. Vila Vila	1	0,8
Particular	11	8,7
P.S. 5 de noviembre	7	5,5
Total	127	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 7, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tiene una procedencia de: el 11,8 % pertenece al Centro de salud Alto Alianza, el 10,2 % pertenece al Centro de salud San Francisco, el 9,4 % pertenece al Centro de salud Leoncio Prado, el 8,7 % pertenece al Centro de salud La Natividad y Particular, el 7,9 % pertenece al Puesto de Salud Las Begonias, el 7,1 % pertenece al Centro de Salud Viñani, el 5,5 % pertenece al Puesto de salud 5 de Noviembre, el 4,7 % pertenece al Centro de Salud Ciudad Nueva, mientras en un menor porcentaje de las mujeres pertenece: el 3,1 % del Centro de salud Vista Alegre y Candarave y Puesto de salud Cono Norte, el 2,4 % pertenece al Centro de salud A.B. Leguía y Puesto de salud Locumba y Intiorko, el 1,6 % pertenece al Centro de salud Pocollay, Bolognesi y Ite y Puesto de salud Calana, y el 0,8 % pertenece al Centro de salud Ilabaya y Puesto de salud Pachia, Huaytire y Vila Vila.

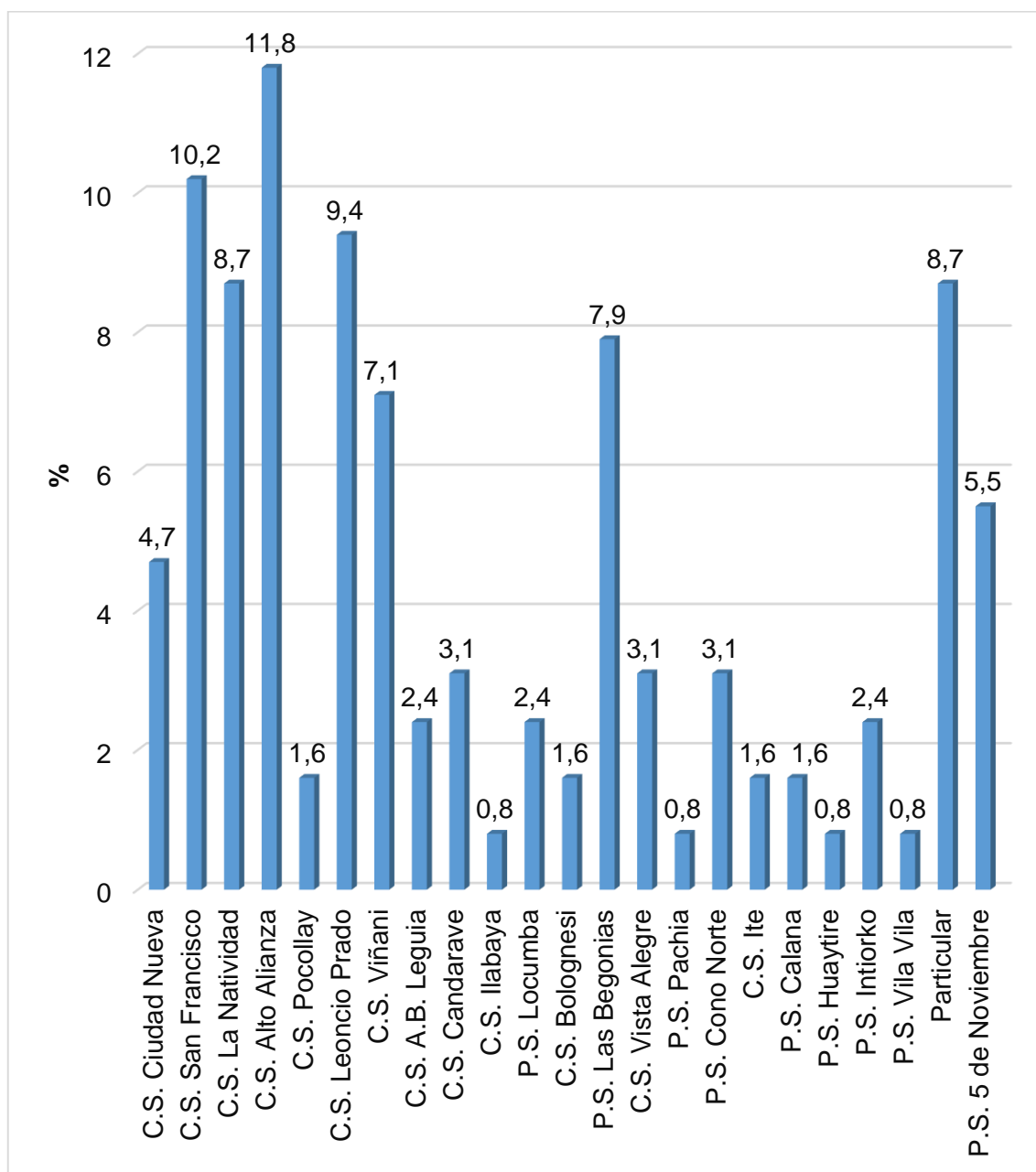


Figura 5. Distribución según establecimientos de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 7

Tabla 8

Distribución según distrito de procedencia de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

DISTRITO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tacna	32	25,2
Alto Alianza	16	12,6
Ciudad Nueva	14	11
Gregorio Albarracín Lanchipa	47	37
Pocollay	3	2,4
Calana	2	1,6
Locumba	3	2,4
Candarave	5	3,9
Sama	1	0,8
Ite	2	1,6
Pachia	1	0,8
Ilabaya	1	0,8
Total	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 8, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres pertenece: el 37 % de las mujeres pertenece al distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa; el 25,2% de las mujeres pertenece al distrito de Tacna; el 12,6 % de las mujeres pertenece al distrito de Alto Alianza y el 11 % de las mujeres pertenece al distrito de Ciudad Nueva.

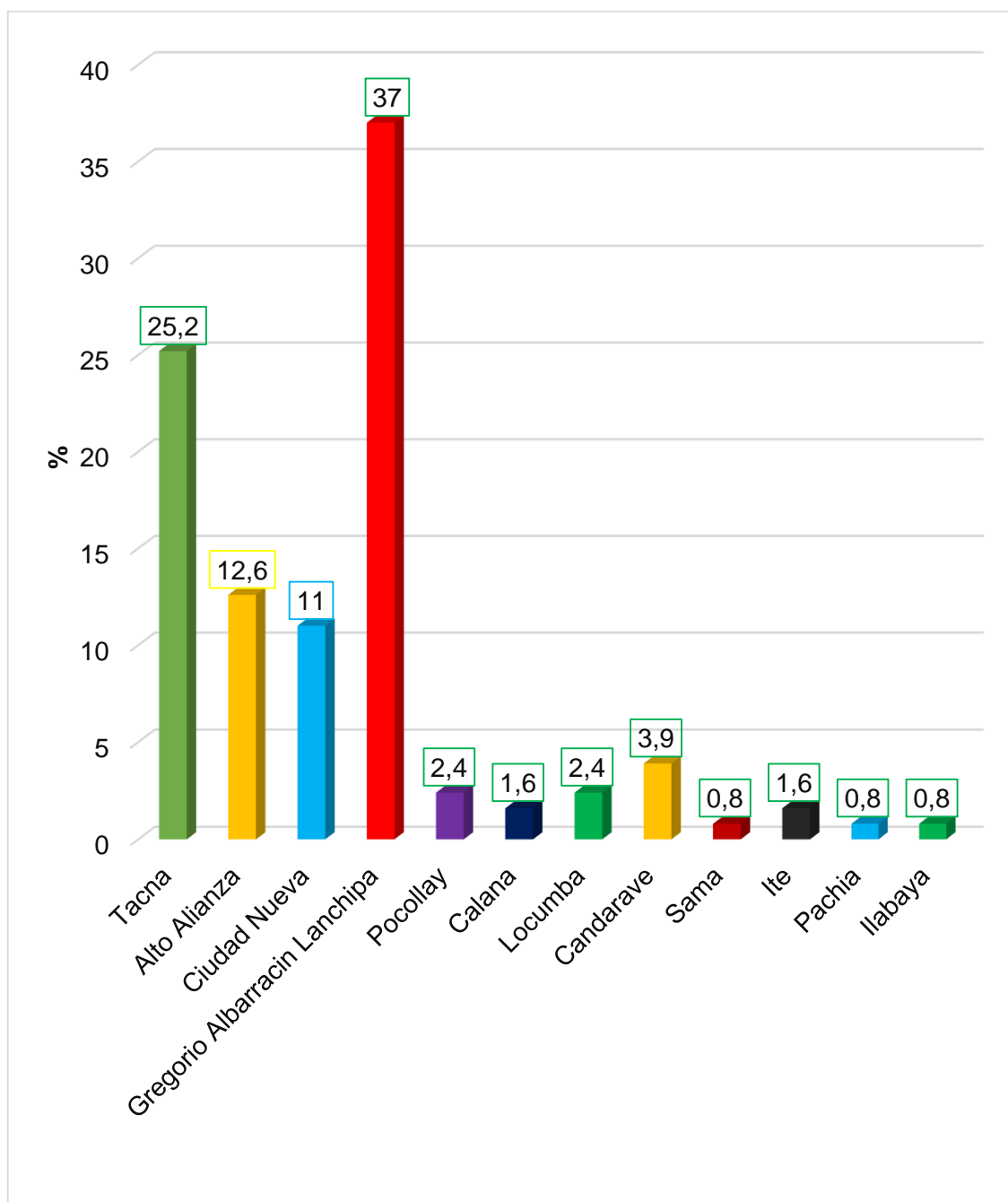


Figura 6. Distribución según distrito de procedencia de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 8

Tabla 9

Distribución según vivienda de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alquilada	59	46,5
Alojada	41	32,3
Propia	27	21,3
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 9, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tiene una vivienda alquilada (46,5 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres tiene una vivienda propia (21,3 %).

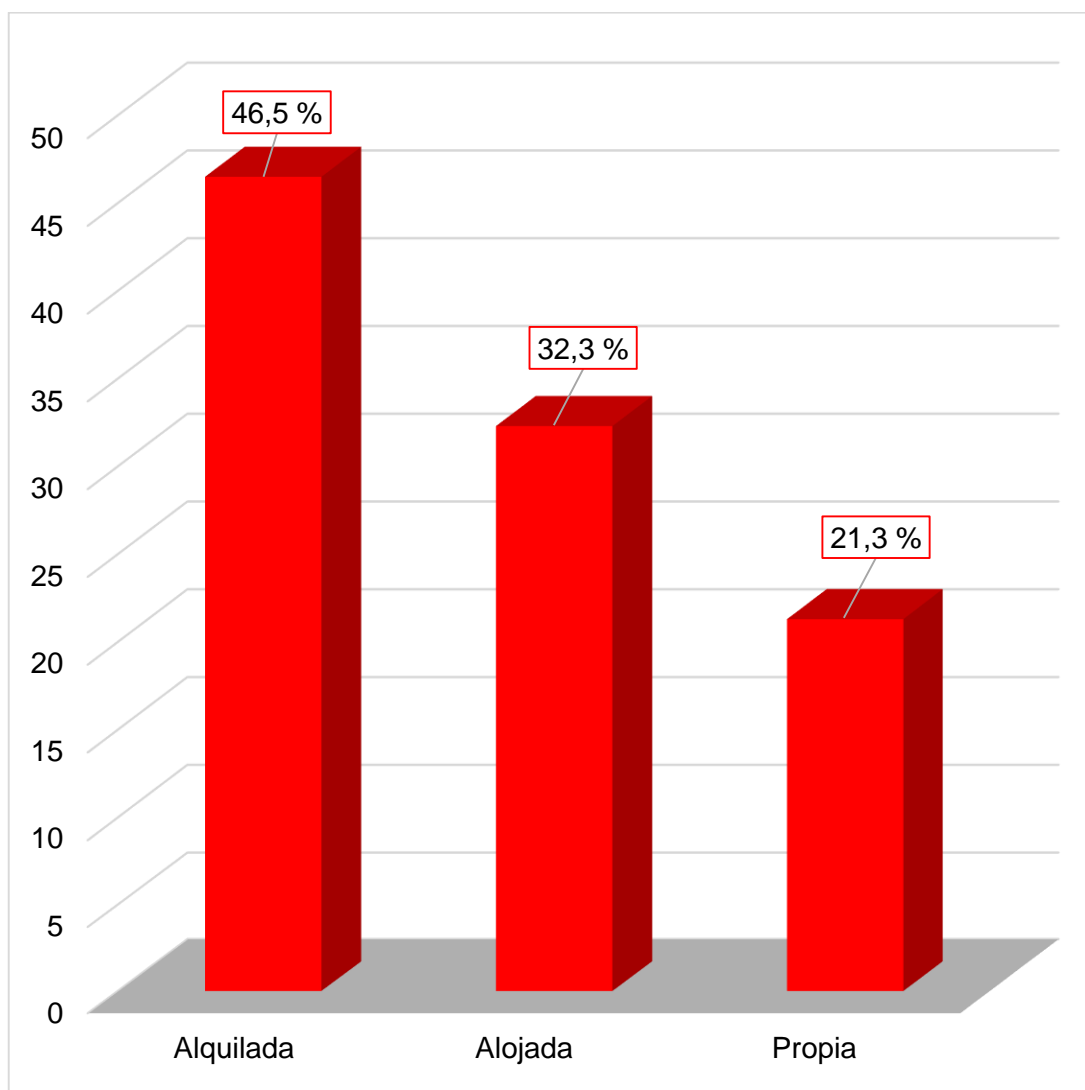


Figura 7. Distribución según vivienda de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 9

Tabla 10

Distribución según seguro integral de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

SEGURO INTEGRAL DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con SIS	116	91,3
Sin SIS	11	8,7
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 10, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tiene seguro integral de salud (con SIS) (91,3 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres no tiene seguro integral de salud (sin SIS) (8,7 %).

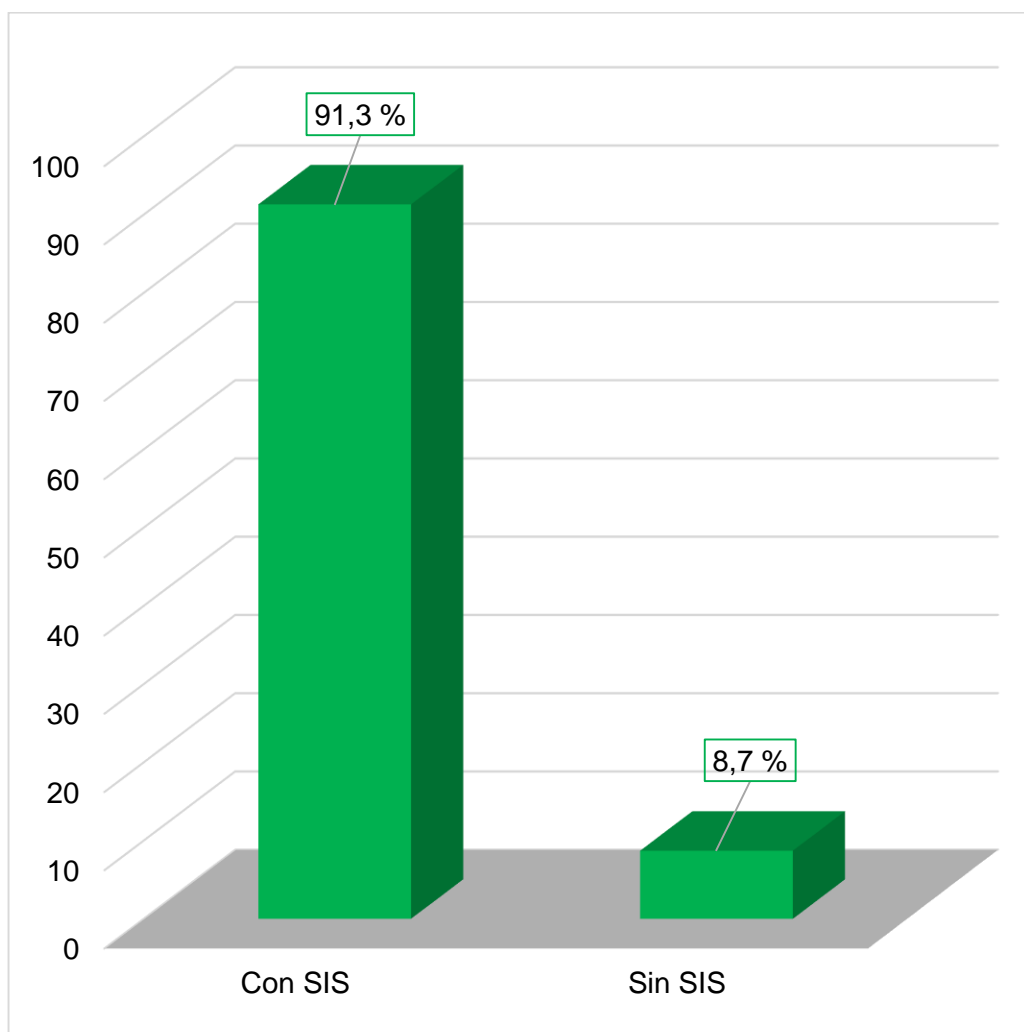


Figura 8. Distribución según seguro integral de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 10

Tabla 11

Distribución según nivel de estado socioeconómico de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

NIVEL DE ESTADO SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No pobre	11	8,7
Pobre	28	22
Pobreza extrema	88	69,3
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 11, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tiene un nivel de estado socioeconómico de pobreza extrema (69,3 %), mientras que el menor porcentaje de las mujeres tiene un nivel de estado socioeconómico (8,7 %).

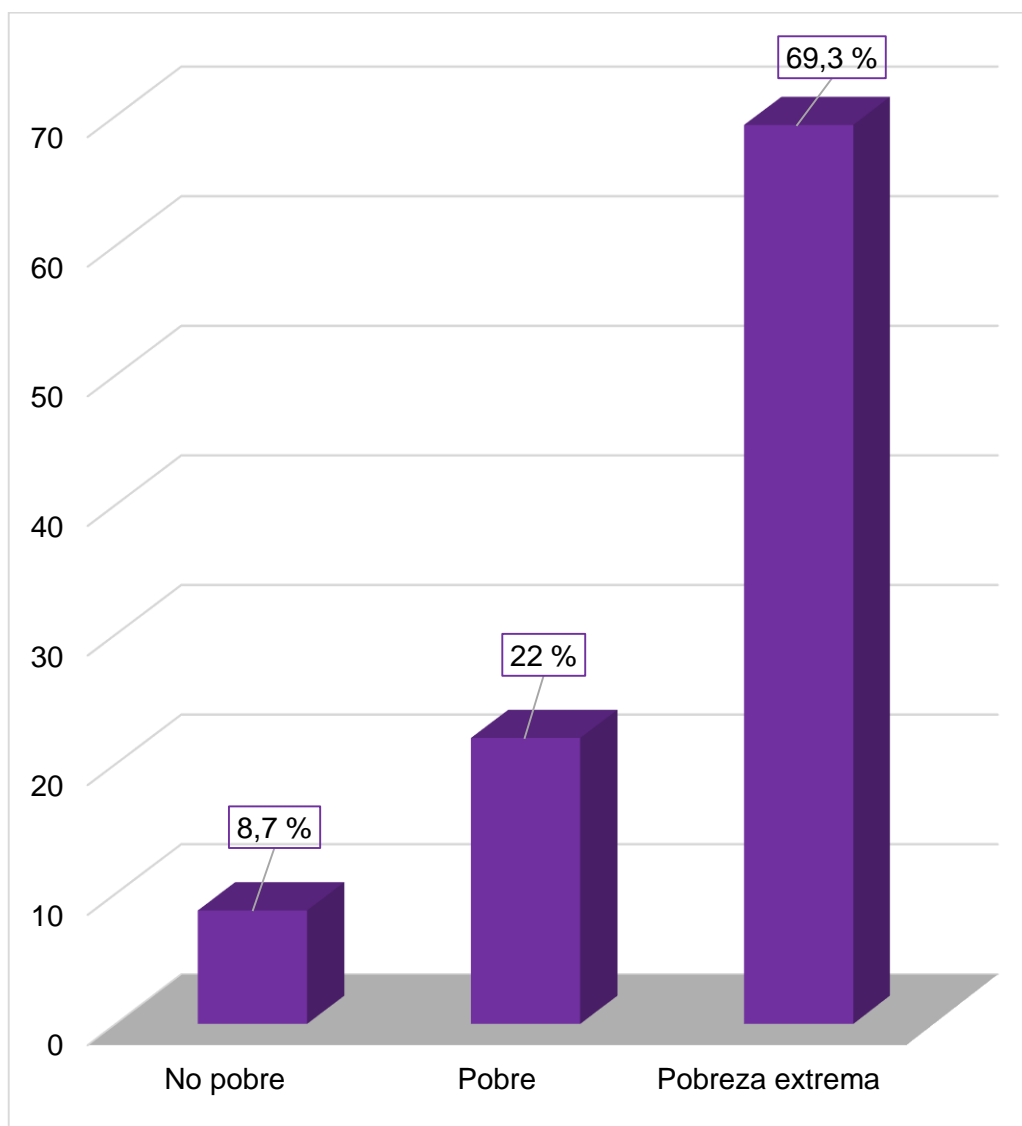


Figura 9. Distribución según nivel de estado socioeconómico de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 11

Tabla 12

Distribución según tabaquismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	12	9,4
no	115	90,6
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 12, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres no tiene antecedentes de tabaquismo (90,6 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres tiene antecedente de tabaquismo (9,4 %).

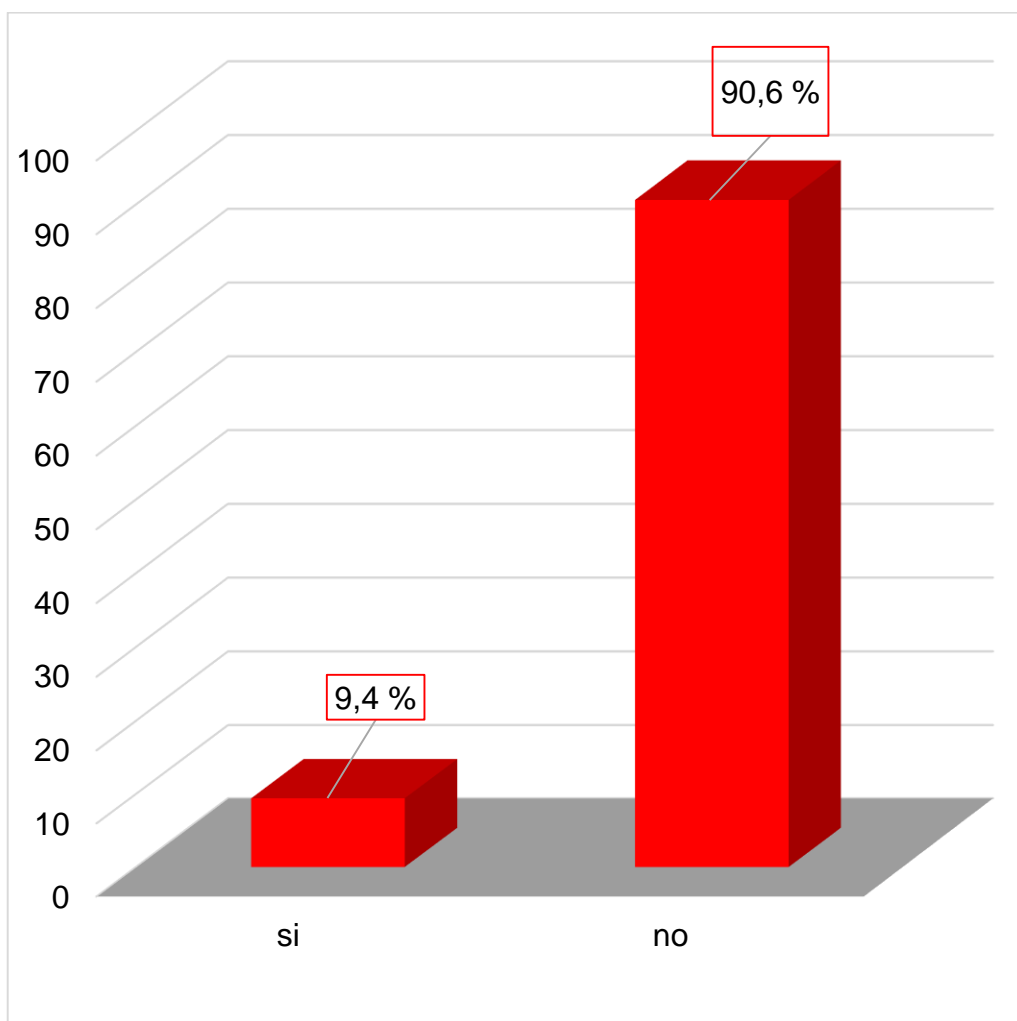


Figura 10. Distribución según tabaquismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 12

Tabla 13

Distribución según Alcoholismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

ALCOHOLISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	4	3,1
no	123	96,9
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 13, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres no tiene antecedentes de alcoholismo (96,9 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres tiene antecedente de alcoholismo (3,1 %).

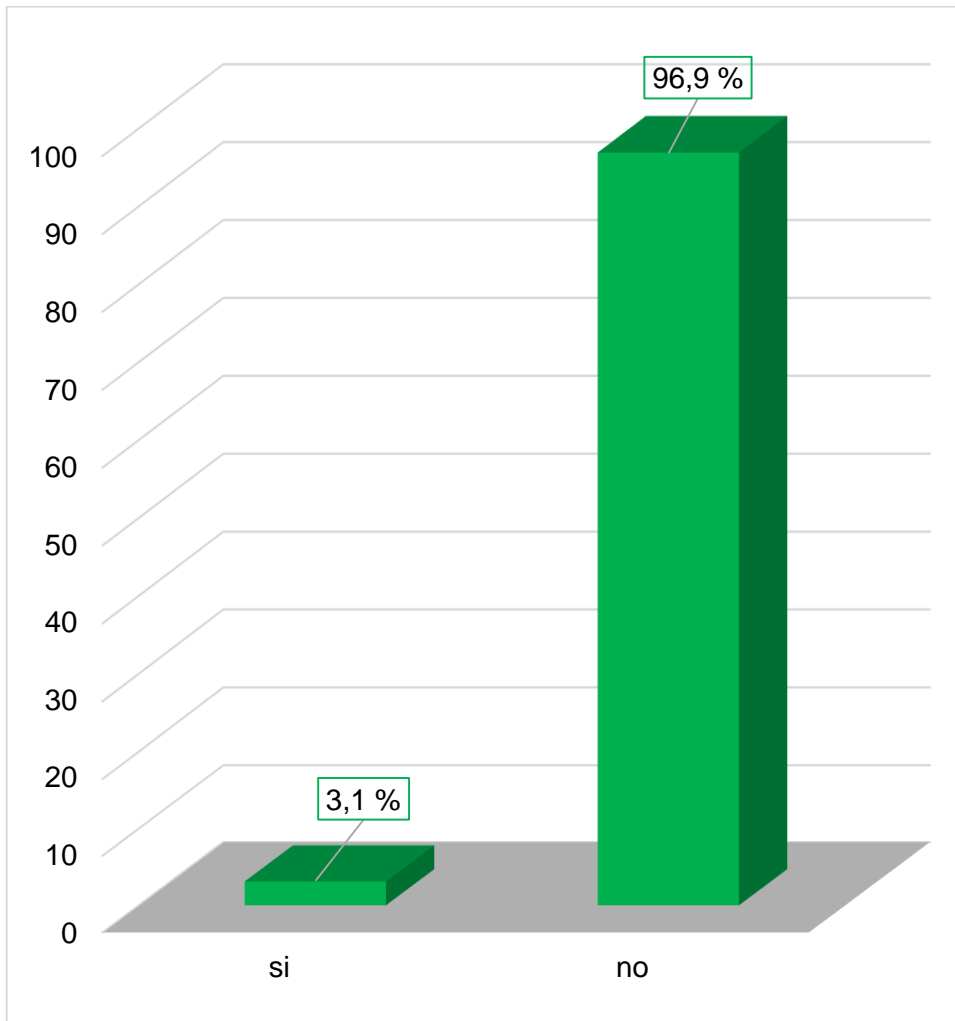


Figura 11. Distribución según Alcoholismo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 13

Tabla 14

Distribución según Menarquía de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

MENARQUÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
menos de 10	27	21,3
11 - 15	97	76,4
16 a más	3	2,4
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 14, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tuvo su menarquia de 11 a 15 años (76,4 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres tuvo su menarquia de 16 a más años (2,4 %).

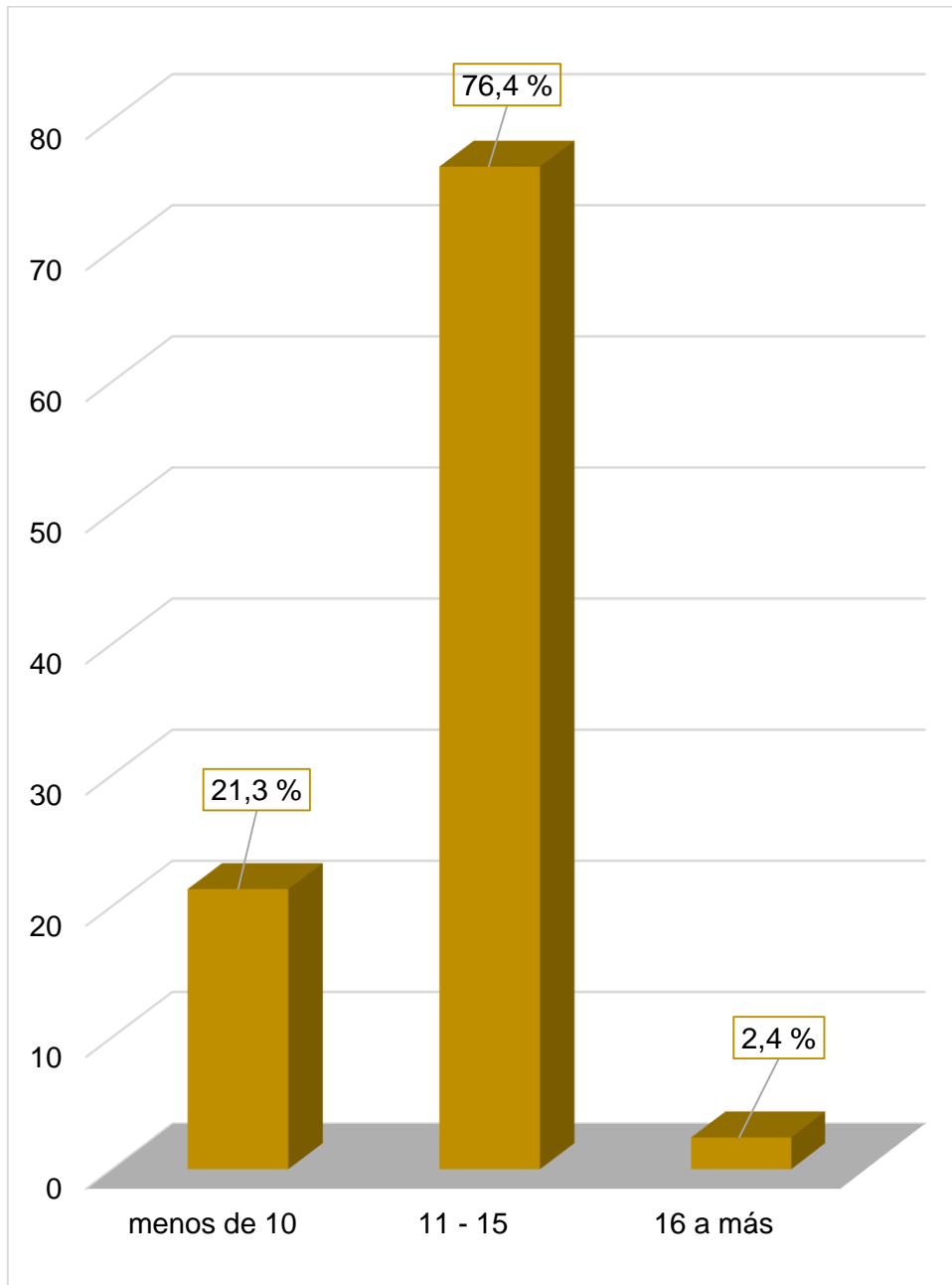


Figura 12. Distribución según Menarquía de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 14

Tabla 15

Distribución según Inicio de relaciones sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
menos de 15	97	76,4
16 - 19	22	17,3
20 a más	8	6,3
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 15, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres inició sus relaciones sexuales en menos de 15 años (76,4 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres inició sus relaciones sexuales de 20 años a más (6,3 %).

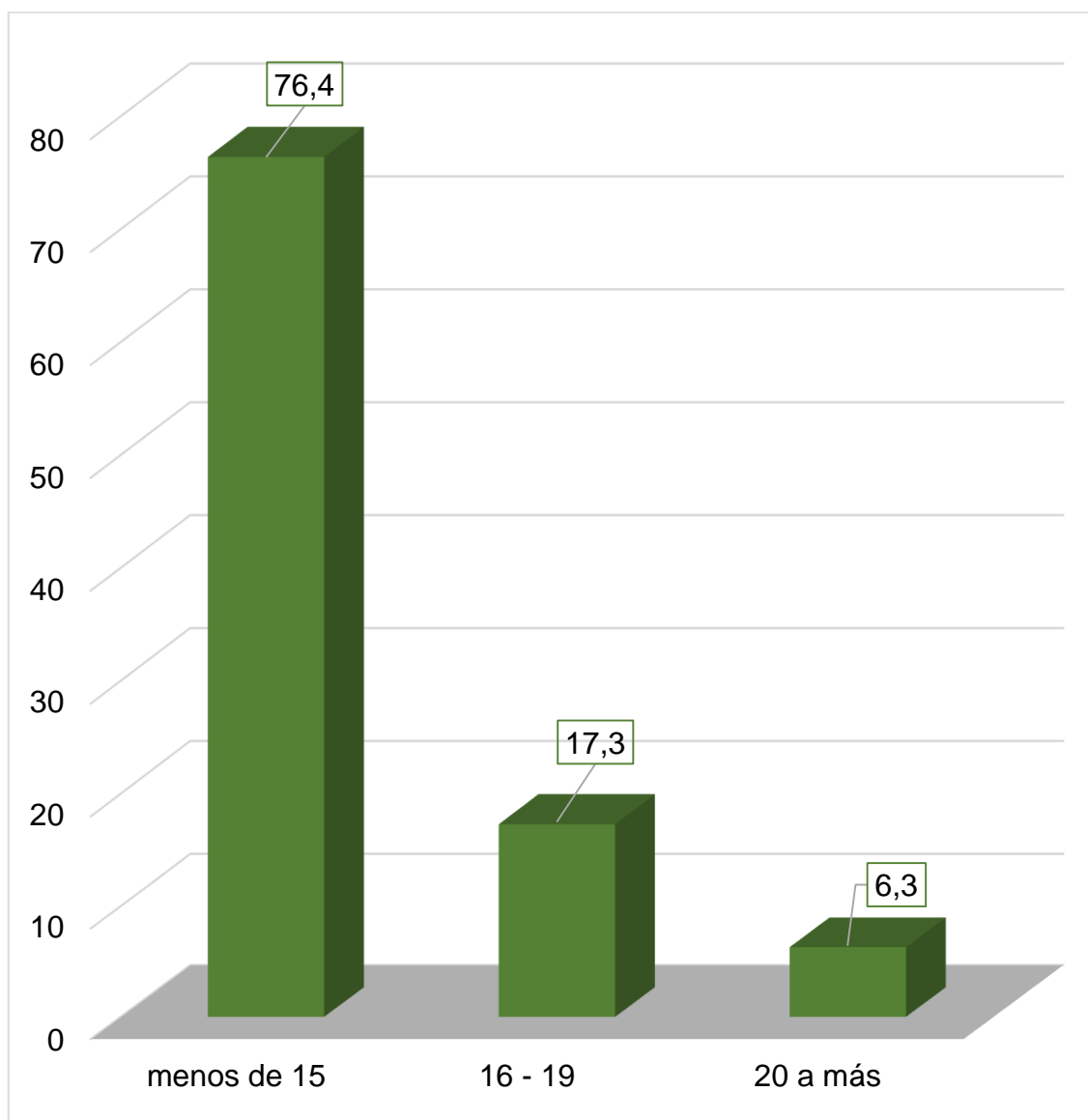


Figura 13. Distribución según Inicio de relaciones sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 15

Tabla 16

Distribución según número parejas sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	1,6
2-4	90	70,9
5-7	27	21,3
8 a más	8	6,3
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 16, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tuvo de 2 a 4 parejas sexuales (70,9 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres tuvo una pareja sexual (1,6 %).

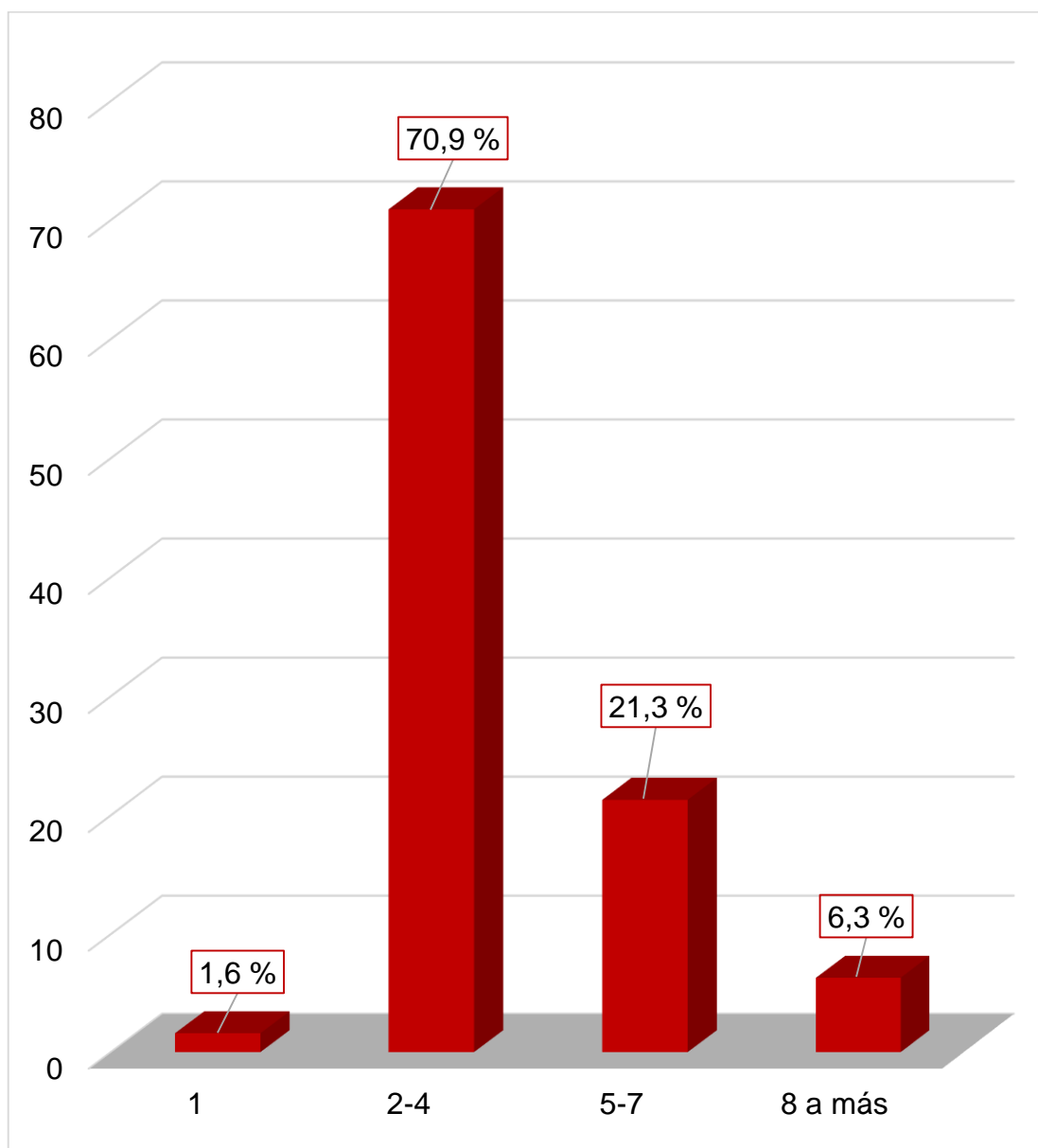


Figura 14. Distribución según número parejas sexuales de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 16

Tabla 17

Distribución según antecedente de ITS de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

ANTECEDENTE DE ITS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	121	95,3
No	6	4,7
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 17, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tiene antecedente de ITS (95,3 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres no tiene antecedente de ITS (4,7 %).

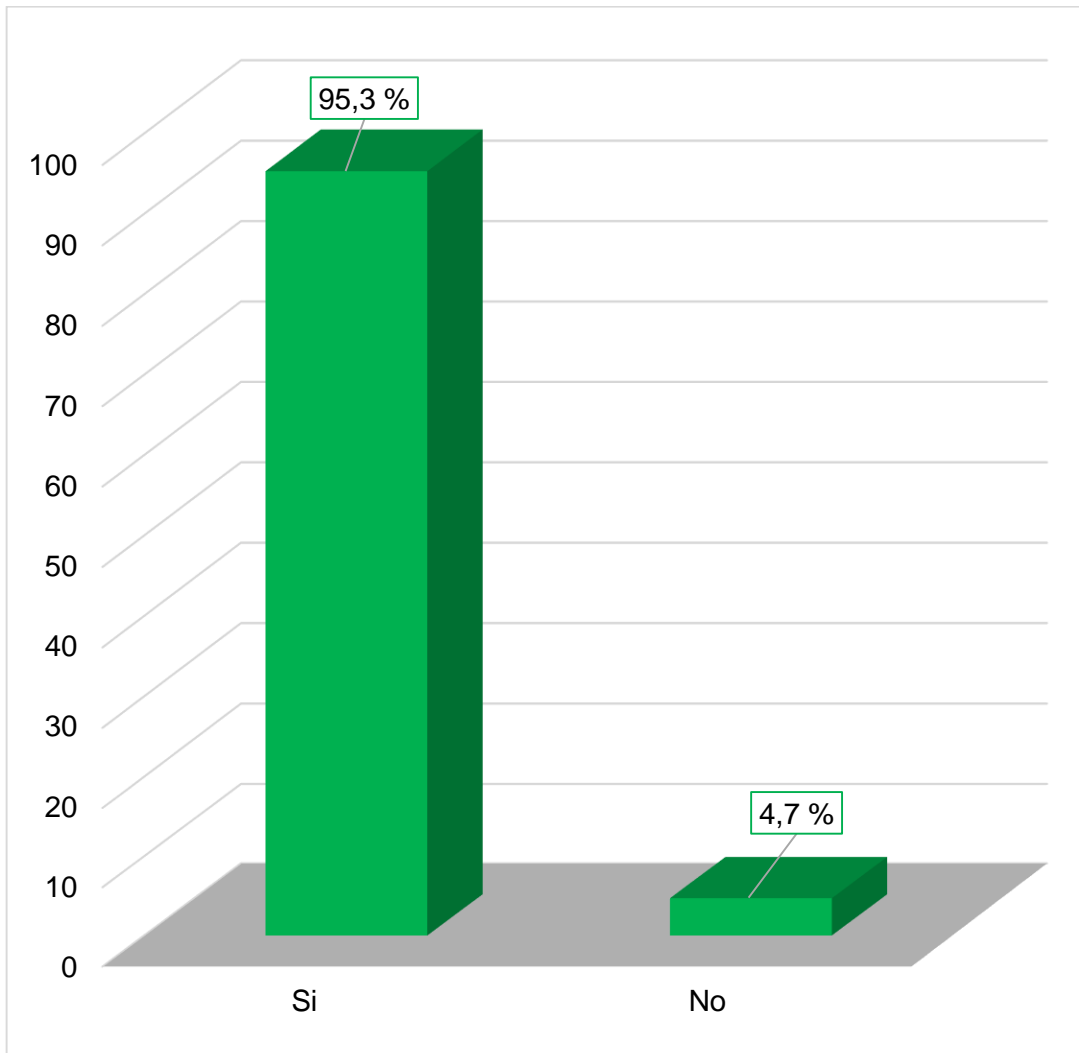


Figura 15. Distribución según antecedente de ITS de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 17

Tabla 18

Distribución según paridad por vía vaginal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

PARIDAD POR VÍA VAGINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
nulípara	7	5,5
primípara	7	5,5
multípara	63	49,6
gran multípara	50	39,4
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 18, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres es multípara (49,6 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres es primípara y nulípara (5,5 %).

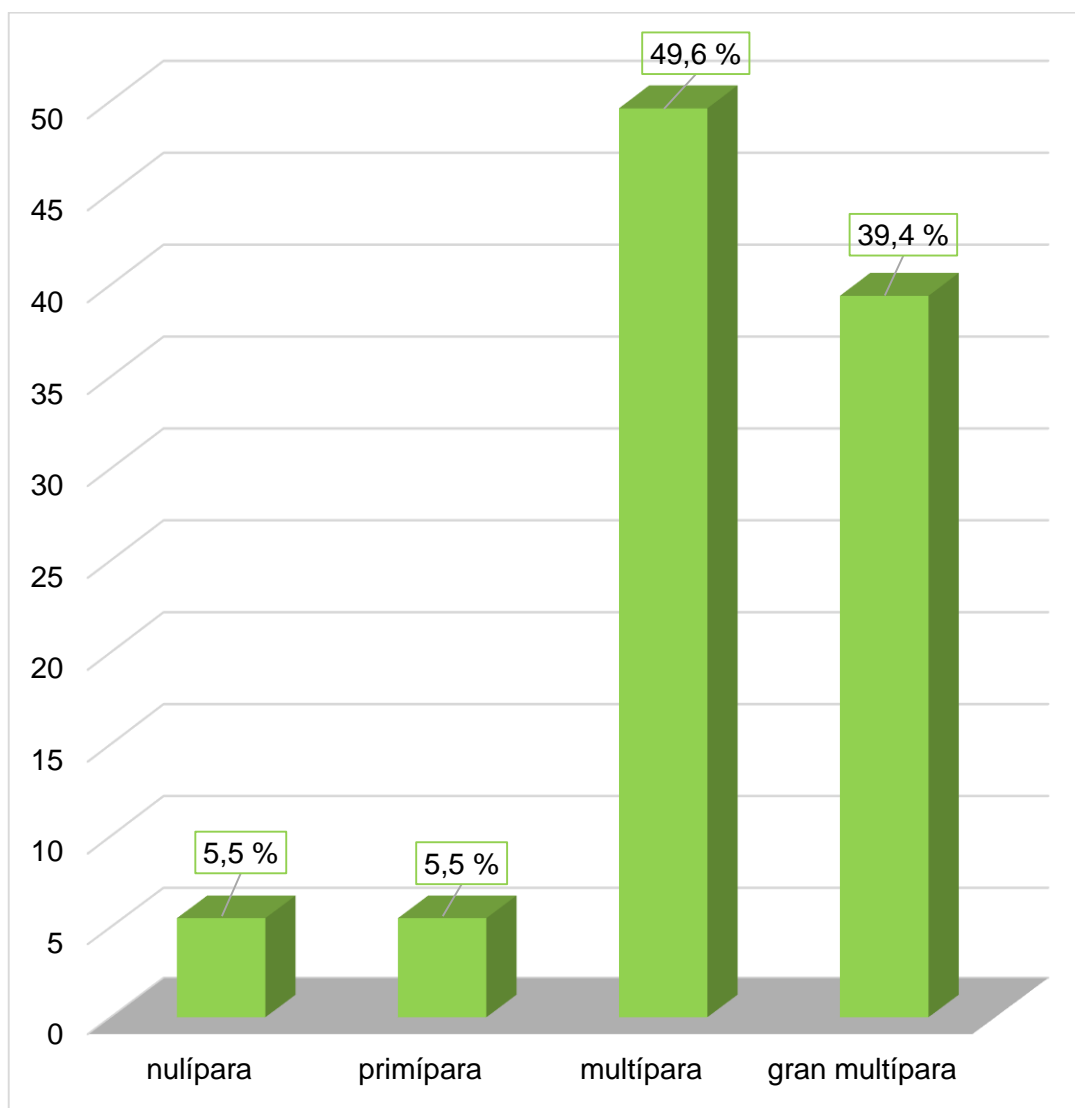


Figura 16. Distribución según paridad por vía vaginal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 18

Tabla 19

Distribución según Edad del primer parto de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

EDAD DEL PRIMER PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
sin hijos	4	3,1
12-17 años	12	9,4
18-29 años	107	84,3
30 a más	4	3,1
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 19, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres tuvo su primer parto a los 18 a 29 años (84,3 %), mientras que en un menor porcentaje de las mujeres tuvo su primer parto a los 30 años a más y algunas mujeres no tuvieron hijos (3,1 %).

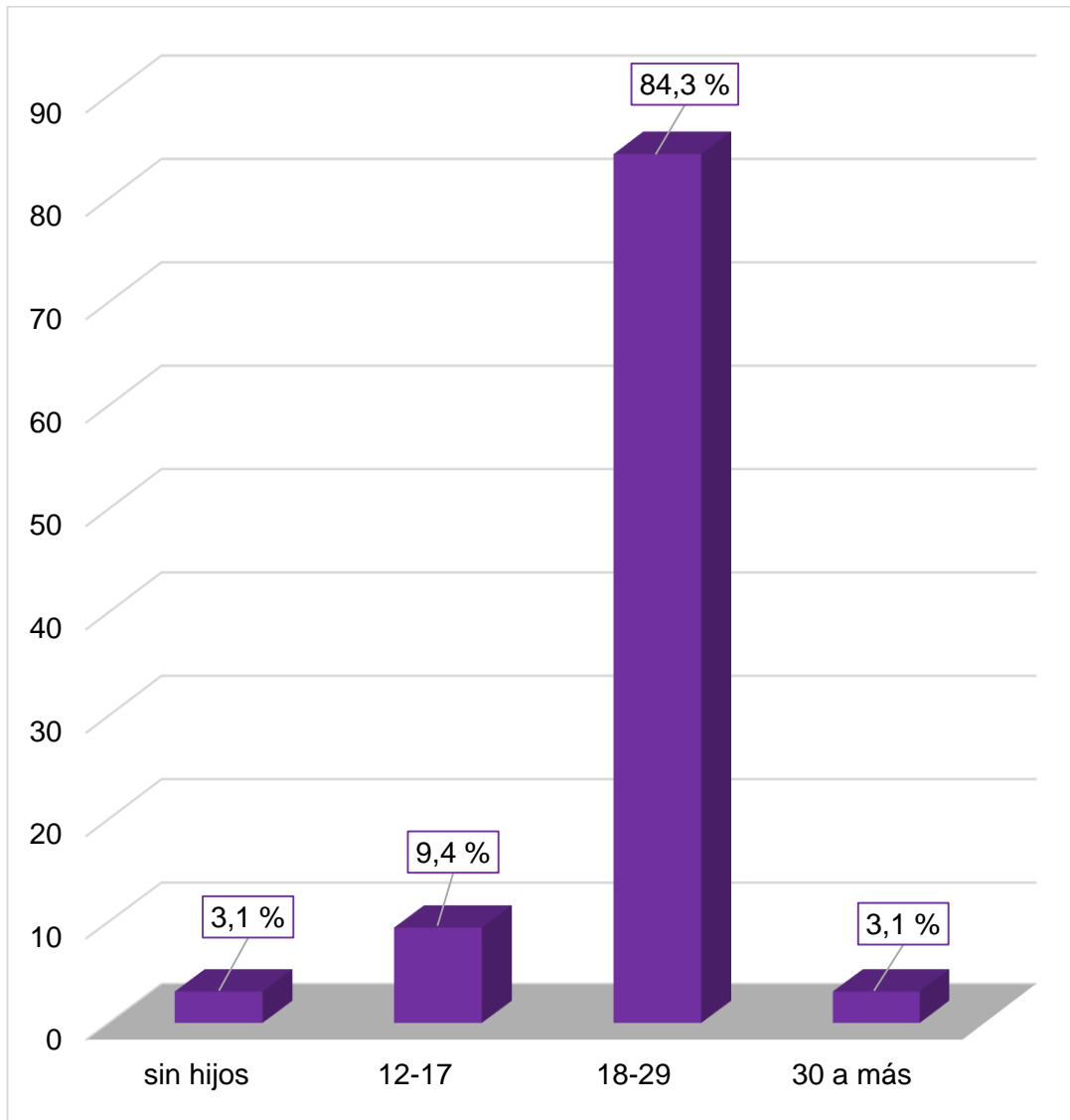


Figura 17. Distribución según Edad del primer parto de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 19

Tabla 20

Distribución según Métodos anticonceptivos de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Píldoras anticonceptivas	31	24,4
Inyectable trimestral	37	29,1
Inyectable trimestral	15	11,8
Implante	9	7,1
T de cobre	10	7,9
Condomes	22	17,3
Ninguno	3	2,4
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 20, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres usa el inyectable trimestral (29,1 %) y las píldoras anticonceptivas (24,4 %), mientras que un menor porcentaje de las mujeres usa la T de cobre (7,9 %), implante (7,1 %) y no usa anticonceptivos (2,4 %).

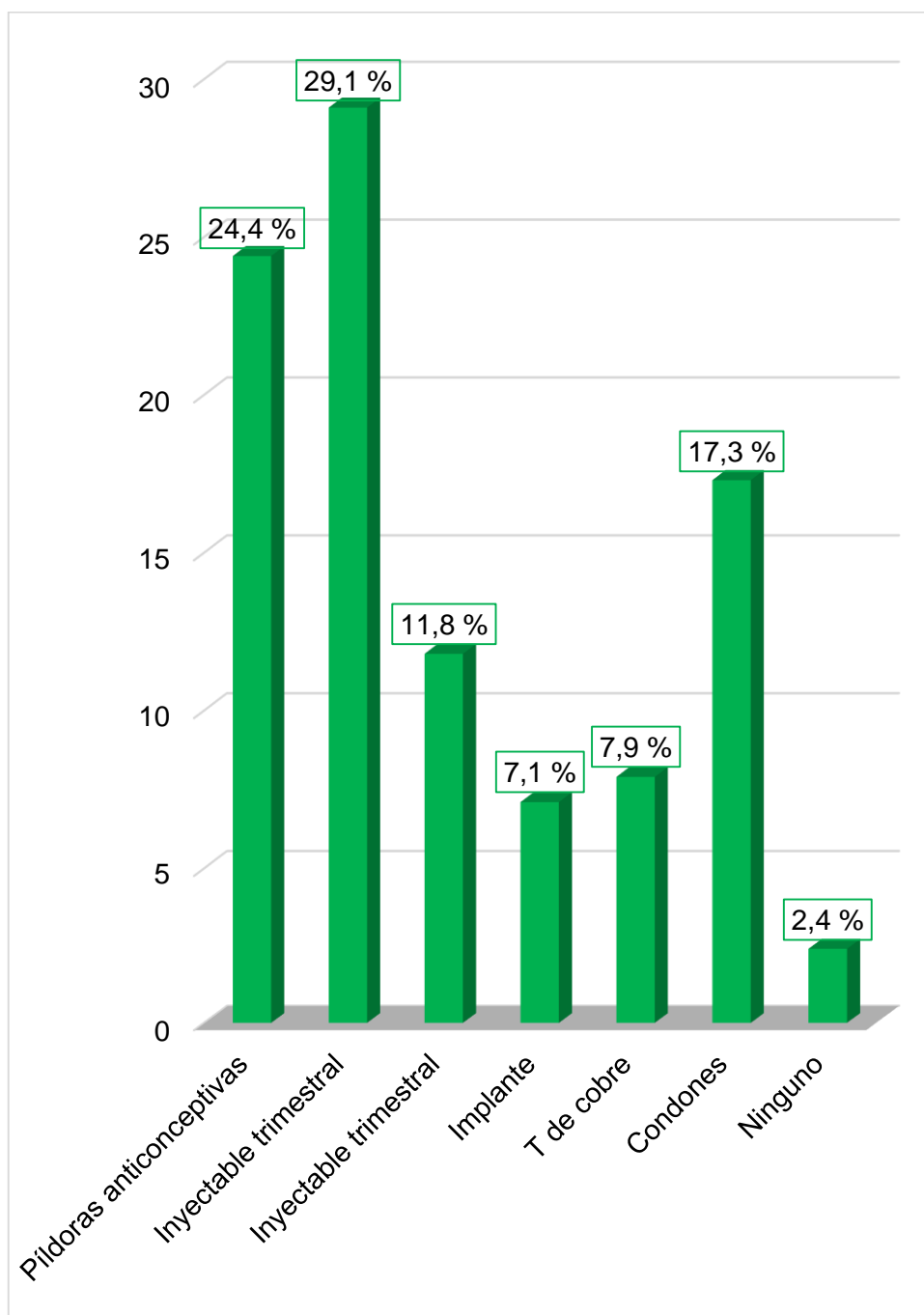


Figura 18. Distribución según Métodos anticonceptivos de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 20

Tabla 21

Distribución según Último Papanicolau negativo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

ULTIMO PAPANICOLAU NEGATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
hace medio año	5	3,9
hace 1 año	21	16,5
hace 2 años	24	18,9
hace 3 años	13	10,2
hace 4 años	22	17,3
hace 5 años	35	27,6
hace 10 años	7	5,5
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 21, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres hizo su último Papanicolau hace 5 años (27,6 %), mientras que un menor porcentaje de las mujeres, hizo su último Papanicolau hace medio año (5,5 %).

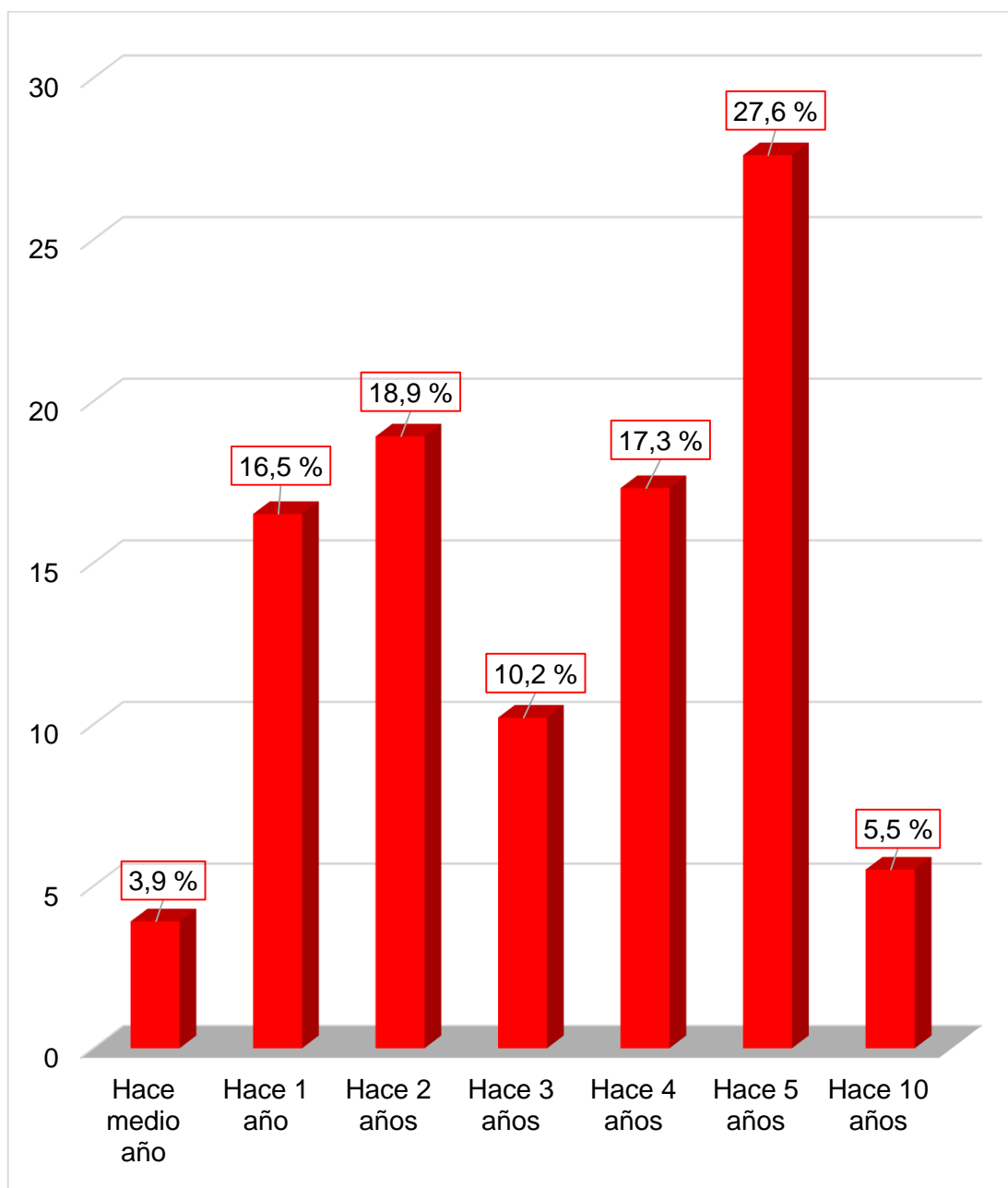


Figura 19. Distribución según Último Papanicolau negativo de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 21

Tabla 22

Distribución según Molestia principal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

MOLESTIA PRINCIPAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
flujo vaginal	83	65,4
dolor	14	11
ginecorragia	15	11,8
sangrado post coital	15	11,8
TOTAL	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 22, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres presenta como molestia principal el flujo vaginal (65,4 %), mientras que un menor porcentaje de las mujeres presenta ginecorragia, sangrado post coital (11,8 %) y dolor (11 %).

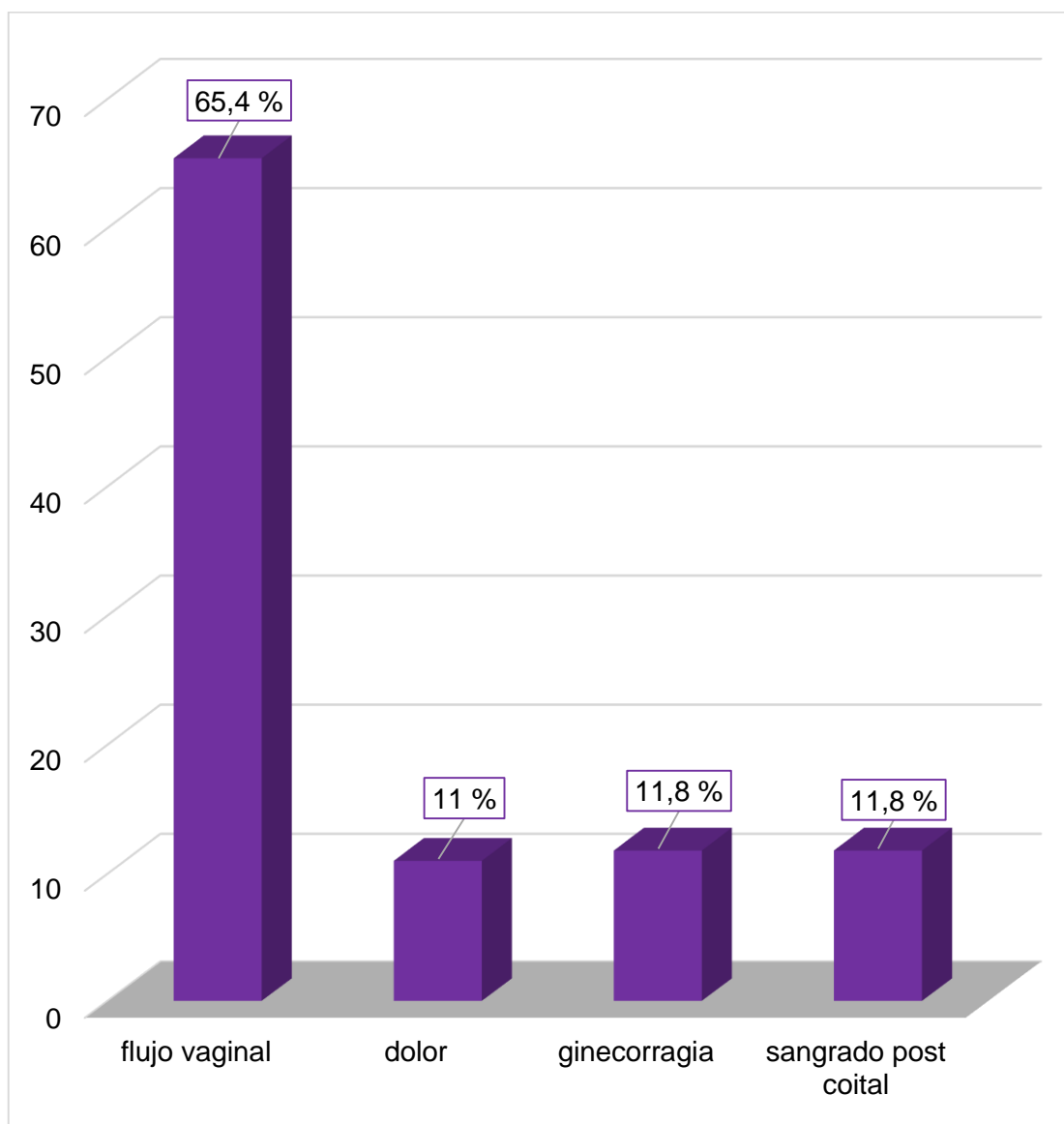


Figura 20. Distribución según Molestia principal de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 22

Tabla 23

Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente (0-20)	24	18,9
Malo (21-40)	68	53,5
Regular (41-60)	31	24,4
Bueno (61-80)	3	2,4
Excelente (81-100)	1	0,8
Total	127	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 23, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres: el 53,5 % de las mujeres tiene una calidad de vida mala, el 24,4 % tiene una calidad de vida regular y el 18,9 % tiene una calidad de vida deficiente.

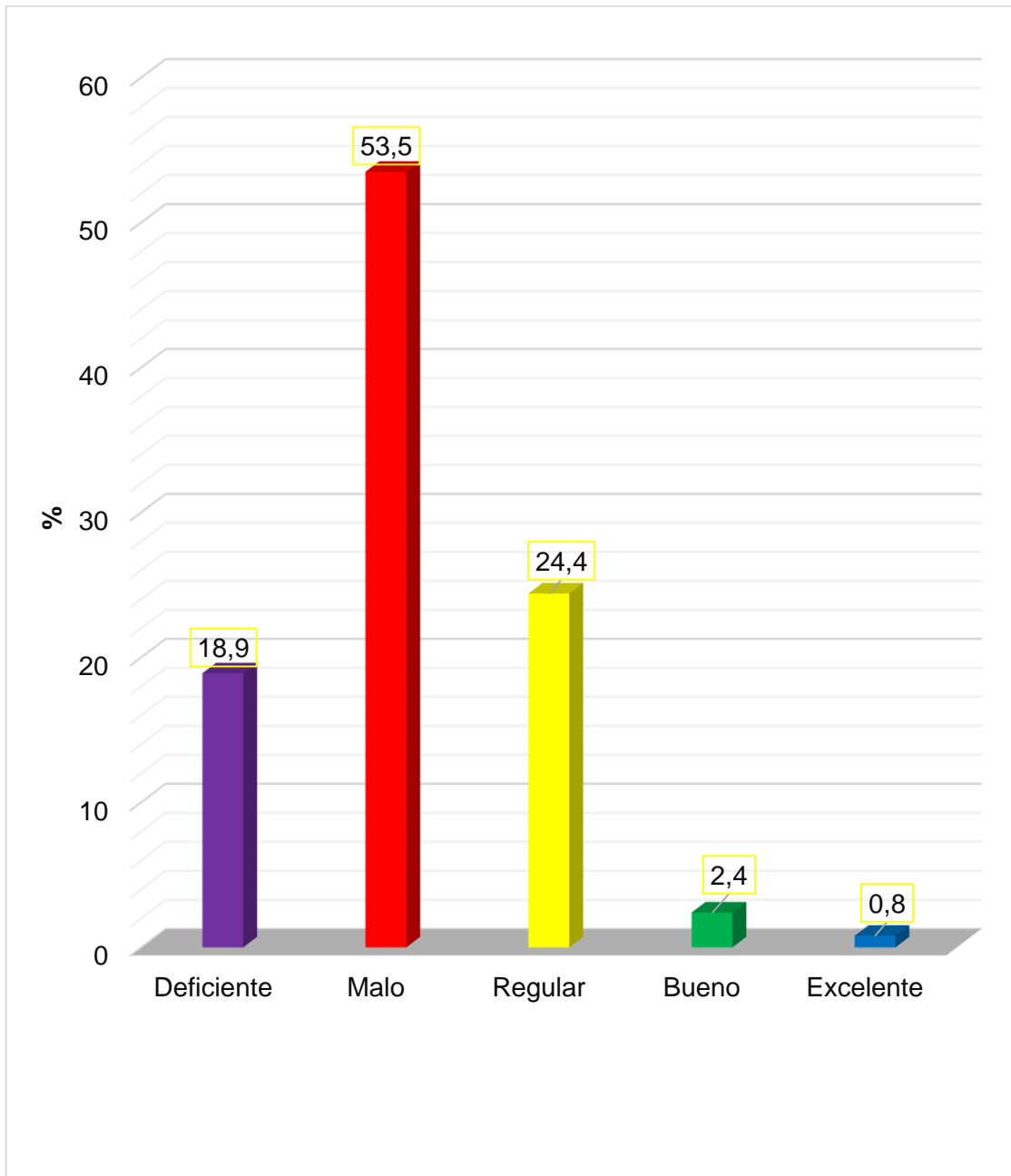


Figura 21. Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: tabla 23

Tabla 24

Calidad de vida según dimensiones de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

CALIDAD DE VIDA										
Dimensiones	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Función física	18	14,2	19	15	34	26,8	51	40,2	05	3,9
Rol físico	50	39,4	46	36,2	30	23,6	01	0,8	00	00
Dolor	21	16,5	19	15	68	53,5	16	12,6	03	2,4
Salud general	25	19,7	19	15	50	39,4	31	24,4	02	1,6
Vitalidad	69	54,3	38	29,9	10	7,9	07	5,5	03	2,4
Función social	43	33,9	31	24,4	38	29,9	13	10,2	02	1,6
Rol emocional	50	39,4	55	43,3	08	6,3	10	7,9	04	3,1
Salud mental	52	40,9	41	32,3	17	13,4	11	8,7	06	4,7

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 24, respecto a las dimensiones de calidad de vida, se puede apreciar que el 40,2 % de las mujeres presenta un nivel bueno en la dimensión función física, lo que significa que los pacientes pueden realizar actividades diarias como el cuidado personal, transportar cargas livianas y realizar esfuerzos moderados necesarios en sus actividades cotidianas. Sin embargo; en la dimensión rol físico, el 39,4 % de los pacientes presenta un nivel deficiente, es decir, que tienen dificultades para realizar actividades laborales que requieren mayores esfuerzos físicos. Respecto a la dimensión dolor corporal, el 53,5 % de los pacientes presenta un nivel regular, en otras palabras, el dolor corporal producto de la enfermedad que padece, dificulta mediadamente sus actividades laborales y domésticas. Del mismo modo; en la dimensión salud general, el 30,4

% de los pacientes se ubica en un nivel regular, lo cual guarda relación con la falta de bienestar para el afronte de problemas venideros, correspondientes a su salud. Por otro lado, el 54,3 % se encuentra en un nivel deficiente de vitalidad, esto quiere decir que los pacientes se sienten cansados y desanimados. Por otro lado, en la función social, un 38 % de los pacientes se ubica en un nivel malo, esto indica que los pacientes estaban llevando su vida social menor a lo habitual. Respecto; a la dimensión función emocional, un 43,3 % de los pacientes se ubica en un nivel deficiente, evidenciando dificultades para culminar sus actividades laborales y cotidianas, que antes desempeñaban con más esmero, tiempo y cuidado. Por último, en la dimensión salud mental, un 40,9 % de los pacientes se ubica en la categoría deficiente, es decir, los pacientes presentan indicadores de tristeza, pérdida de interés, poca energía, ansiedad y preocupaciones.

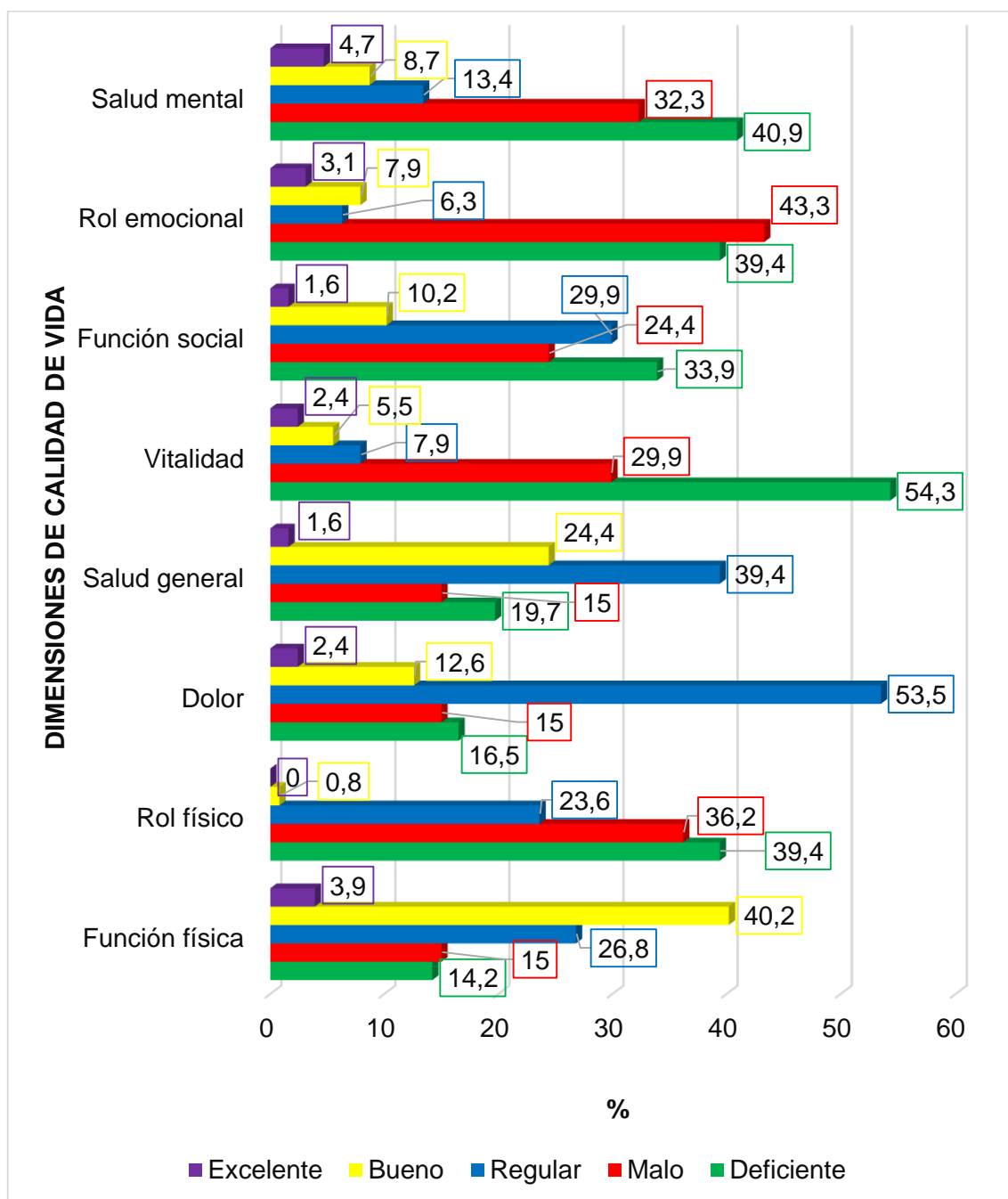


Figura 22. Calidad de vida según dimensiones de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 24

Tabla 25

Calidad de vida según condición de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019.

CONDICION DE SALUD	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	5	3,9
Malo	19	15
Regular	65	51,2
Bueno	34	26,8
Excelente	4	3,1
Total	127	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 25, se observa que el mayor porcentaje de las mujeres presenta: el 51,2 % de las mujeres refiere que su condición de salud, a comparación de hace un año, es regular y el 26,8 % de las mujeres refiere que su condición de salud, a comparación de la de hace un año, es buena.

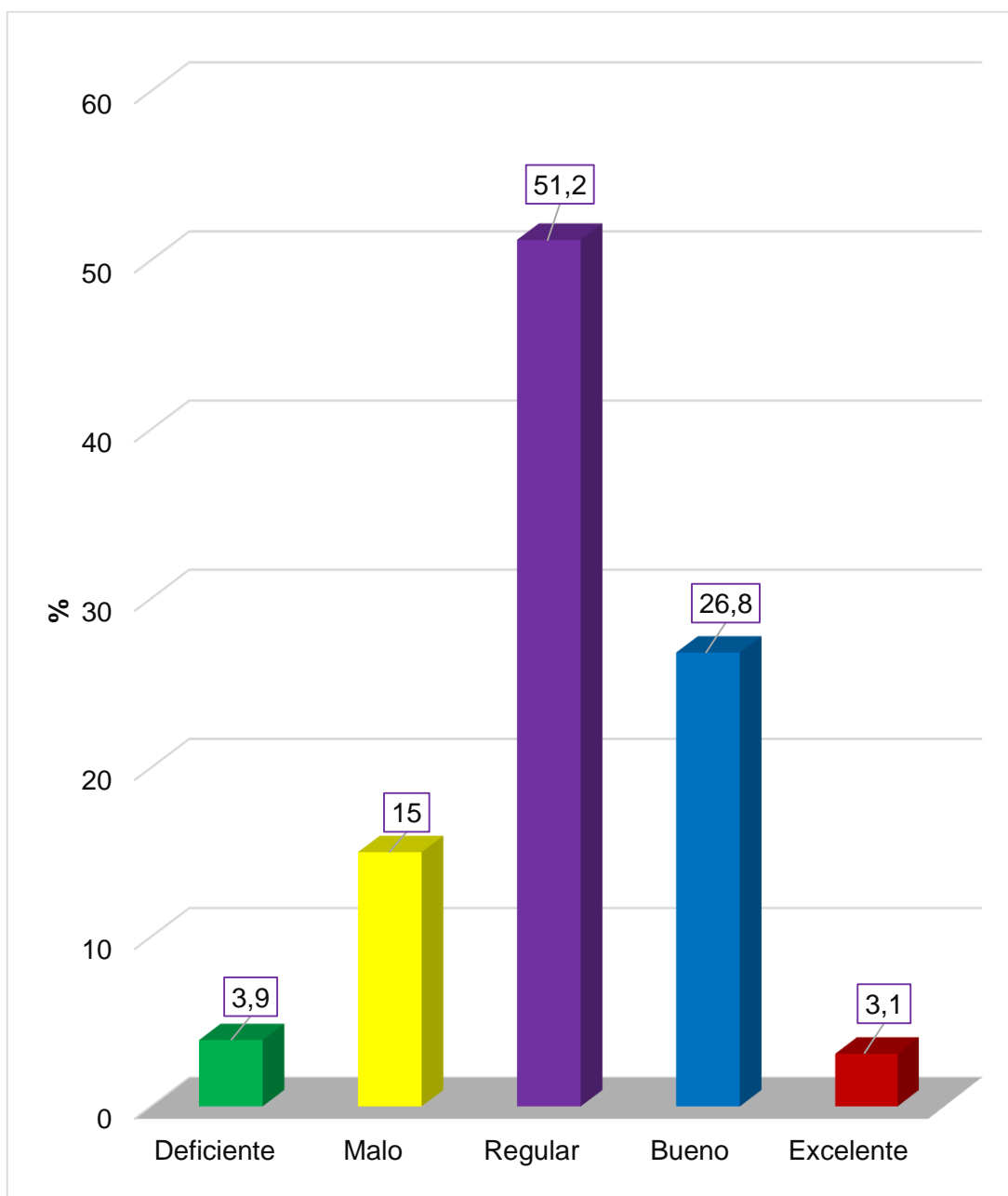


Figura 23. Calidad de vida según condición de salud de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 25

5.2. FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

Tabla 26

Asociación entre edad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Edad	Calidad de Vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
21 -31	00	00	08	6,3	03	2,4	01	0,8	01	0,8	13	10,2
32 - 42	01	0,8	37	29,1	26	20,5	01	0,8	00	00	65	51,2
43 - 53	15	11,8	17	13,4	02	1,6	01	0,8	00	00	35	27,6
54 - 64	06	4,7	06	4,7	00	00	00	00	00	00	12	9,4
65 - 75	02	1,6	00	00	00	00	00	00	00	00	02	1,6
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X2: 71,074 GL: 16 P valor: 0,000 si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 26, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 51,2 % tiene de 32 a 42 años; asimismo, el 29,1 % y 20,5 % de las mujeres tiene una calidad de vida mala y regular, respectivamente. De las mujeres de 43 a 53 años el 13,4 % y el 11,8 % tiene una calidad de vida mala y deficiente. Presenta un nivel de significancia de $0,000 < 0,05$; existiendo una asociación entre ambas variables.

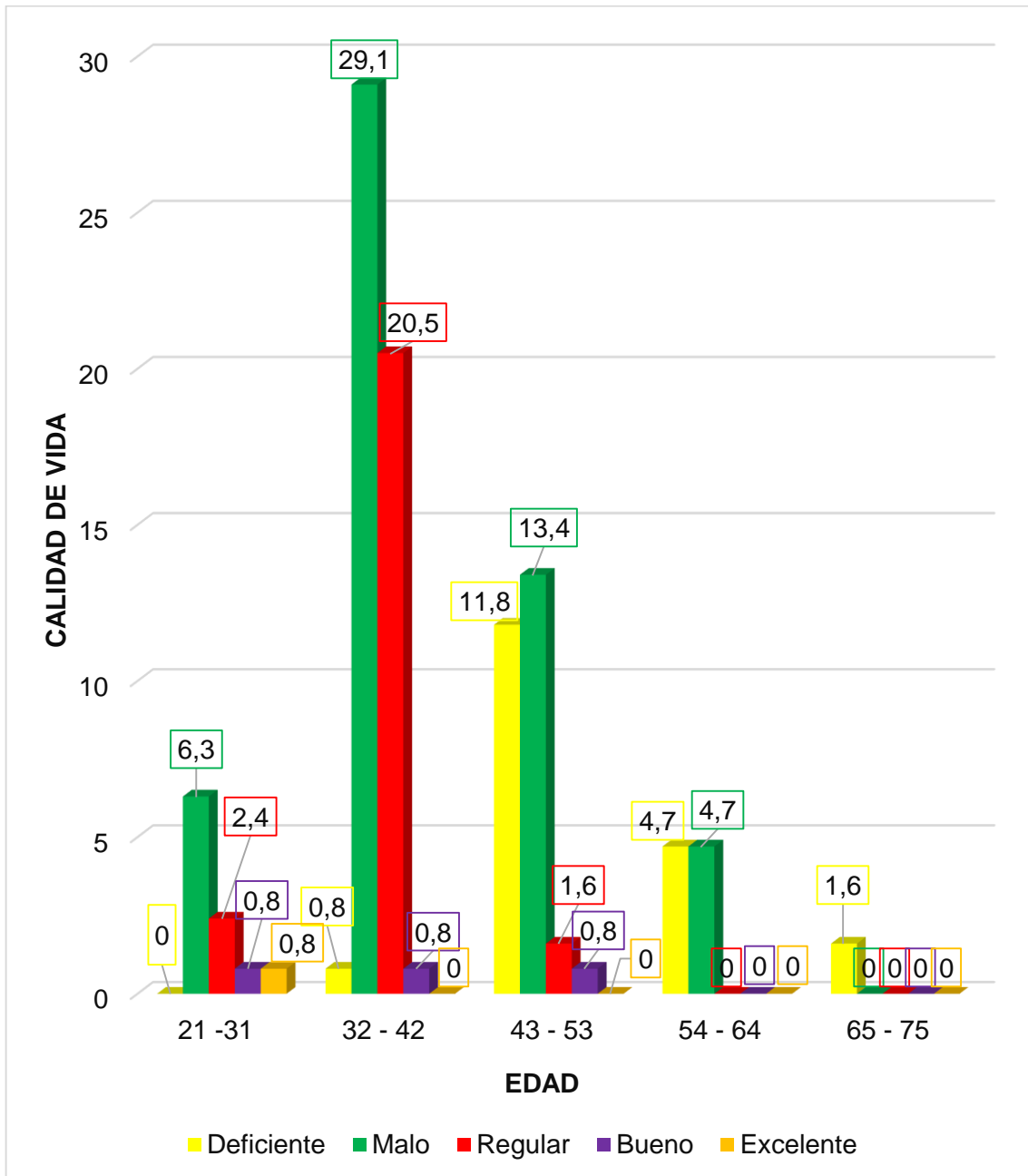


Figura 24. Asociación entre edad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preoperatorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 26

Tabla 27

Asociación entre Estado civil y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Estado civil	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	00	00	02	1,6	01	0,8	01	0,8	00	00	4	3,1
Conviviente	19	15	48	37,8	24	18,9	02	1,6	00	00	93	73,2
Casada	02	1,6	15	11,8	06	4,7	00	00	01	0,8	24	18,9
Separada o divorciada	03	2,4	02	1,6	00	00	00	00	00	00	5	3,9
Viuda	00	00	01	0,8	00	00	00	00	00	00	1	0,8
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X2: 51,330 GL: 16 P valor: 0,000 si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 27, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 73,2 % es conviviente; asimismo, el 37,8 % tiene una calidad de vida mala, el 18,9% tiene una calidad de vida regular y el 15 % tiene una calidad de vida deficiente. De las mujeres casadas, el 11,8 % tiene una calidad mala. Presenta un nivel de significancia de $0,000 \geq 0,05$, existiendo una asociación entre ambas variables.

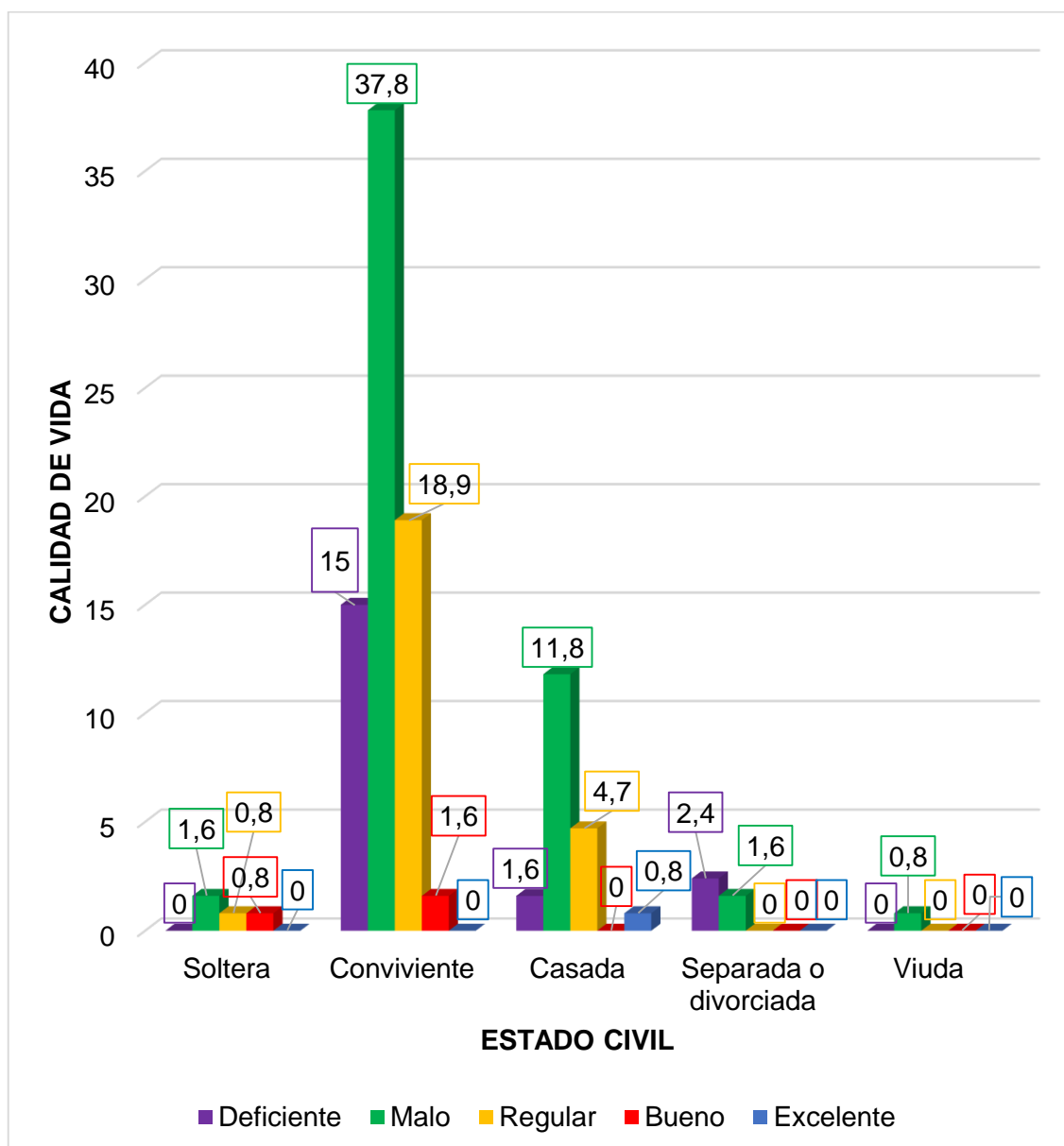


Figura 25. Asociación entre Estado civil y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 27

Tabla 28

Asociación entre Nivel educativo y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Nivel educativo	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
sin grado de instrucción	02	1,6	01	0,8	00	00	00	00	00	00	03	2,4
primaria	02	1,6	06	4,7	02	1,6	00	00	00	00	10	7,9
secundaria	18	14,2	56	44,1	29	22,8	02	1,6	01	0,8	106	83,5
superior no universitario	02	1,6	04	3,1	00	00	00	00	00	00	06	4,7
universitario	00	00	01	0,8	00	00	01	0,8	00	00	02	1,6
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X²: 8,494 GL: 16 P valor: 0,528 no existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 28, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 83,5 % estudió hasta la secundaria; el 44,1 % tiene una calidad de vida mala, el 22,8 % tiene una calidad de vida regular y el 14,2 % tiene una calidad de vida deficiente. Presenta un nivel de significancia de $0,528 < 0,05$; no existe una asociación entre ambas variables.

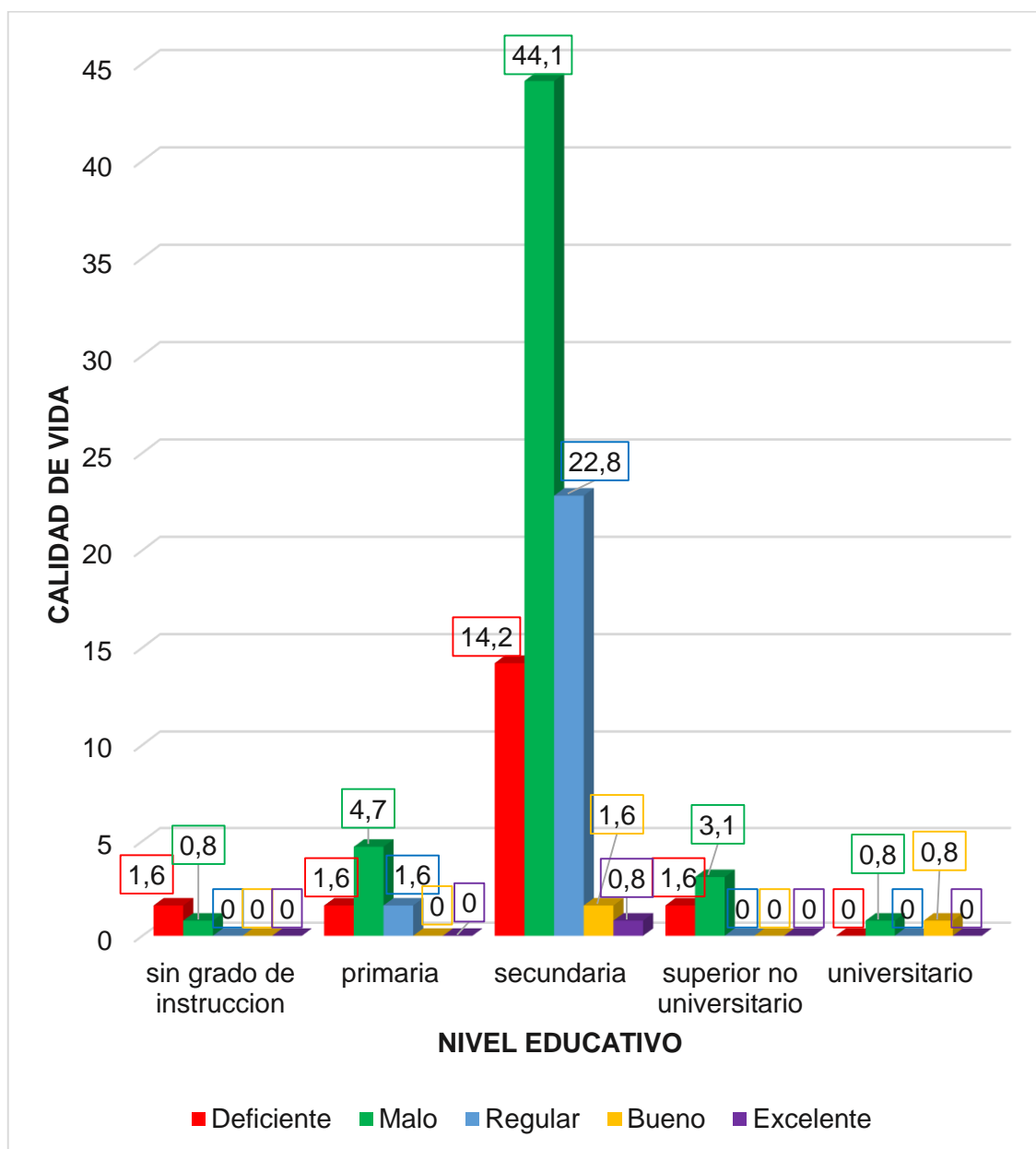


Figura 26. Asociación entre Nivel educativo y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 28

Tabla 29

Asociación entre Ocupación y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

OCUPACION	CALIDAD DE VIDA											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ama de casa	19	15	49	38,6	24	18,9	02	1,6	01	0,8	95	74,8
estudiante	01	0,8	00	00	00	00	01	0,8	00	00	02	1,6
independiente	03	2,4	18	14,2	06	4,7	00	00	00	00	27	21,3
empleado	01	0,8	01	0,8	01	0,8	00	00	00	00	03	2,4
TOTAL	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X²: 25,472 GL: 16 P valor: 1,003 no existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 29, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 74,8 % de mujeres es ama de casa; asimismo, el 38,6 % tiene una calidad de vida mala, el 18,9 % tiene una calidad de vida regular y el 15 % tiene una calidad de vida deficiente. De las mujeres, el 21,3 % tiene un trabajo independiente; asimismo, el 14,2 % tiene una calidad de vida mala. Presenta un nivel de significancia de $1,003 > 0,05$; no existe una asociación entre ambas variables.

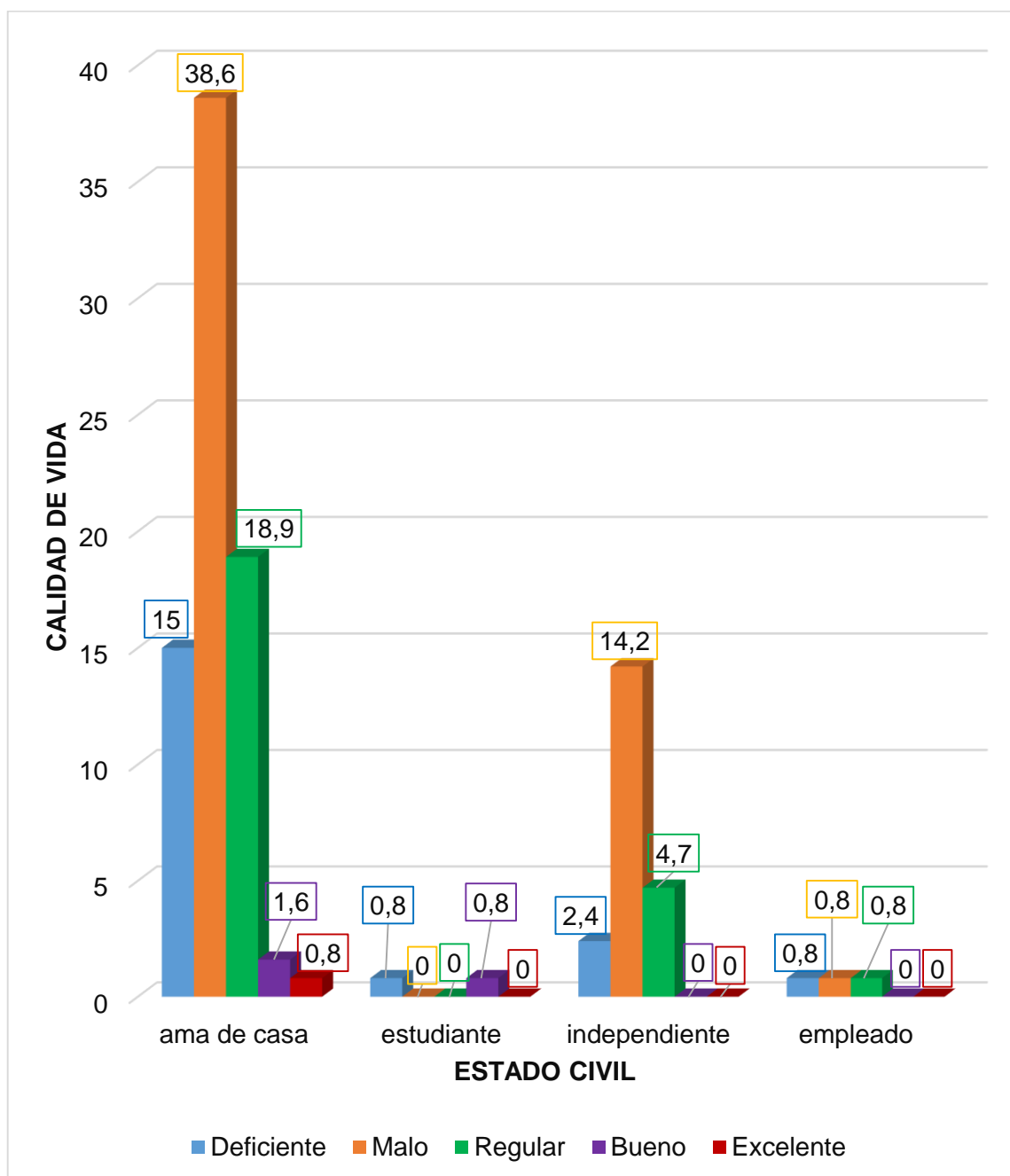


Figura 27. Asociación entre Ocupación y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 29

5.3. FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

Tabla 30

Asociación entre Seguro integral de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

SEGURO INTEGRAL DE SALUD	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con SIS	20	15,7	62	48,8	31	24,4	03	2,4	00	00	116	91,3
Sin SIS	04	3,1	06	4,7	00	00	00	00	01	0,8	11	8,7
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

$X^2: 13,864$ GL: 4 P valor: 0,008 si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 30, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 91,3 % de mujeres está afiliada al sistema de salud (SIS); asimismo, el 48,8 % de mujeres tiene una calidad de vida mala, el 24,4 % de mujeres tiene una calidad de vida regular y el 15,7 de mujeres tienen una calidad de vida deficiente. Presenta un nivel de significancia de $0,008 < 0,05$; existiendo una asociación entre ambas variables.

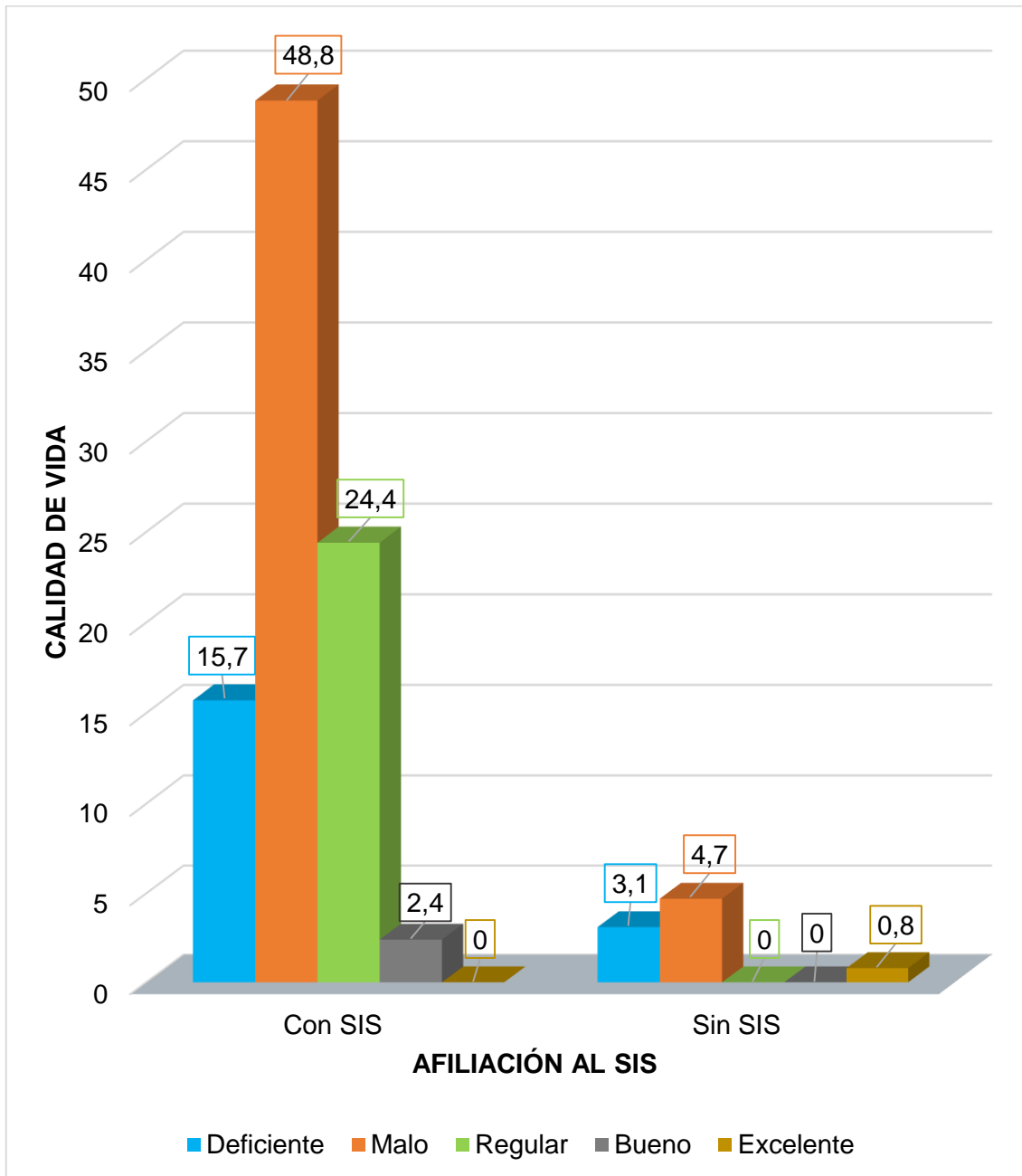


Figura 28. Asociación entre Seguro integral de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 30

Tabla 31

Asociación entre nivel socioeconómico de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Nivel socioeconómico	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No pobre	00	00	06	4,7	04	3,1	01	0,8	00	00	11	8,7
Pobre	07	5,5	13	10,2	08	6,3	00	00	00	00	28	22
Pobreza extrema	17	13,4	49	38,6	19	15	02	1,6	01	0,8	88	69,3
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

χ^2 : 24,672 GL: 12 P valor: 0,002 Si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 31, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 69,3 % de mujeres tiene un nivel socioeconómico deficiente; asimismo, el 37,8 % y 18,1 % de mujeres tiene una calidad de vida mala y regular. De las mujeres, el 22 % tiene un nivel socioeconómico poco aceptable; asimismo, el 11,8 % tiene una calidad de vida mala. Presenta un nivel de significancia de $0,002 \geq 0,05$; por tanto, existe asociación entre ambas variables.

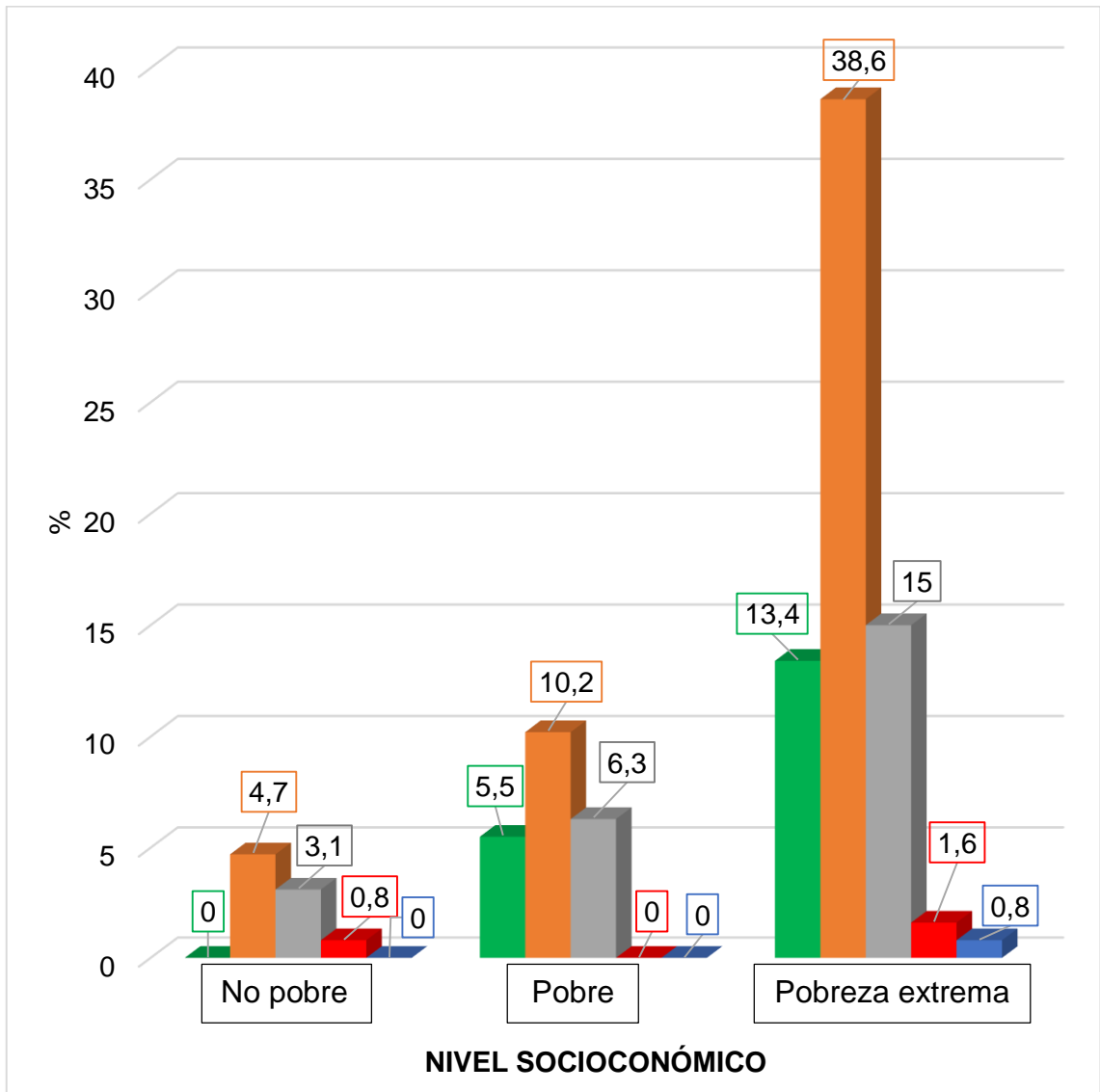


Figura 29. Asociación entre nivel socioeconómico de salud y Calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 31

Tabla 32

Asociación entre hábitos nocivos y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Hábitos nocivos		Calidad de vida											
		Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaquismo	Si	01	0,8	08	6,3	03	2,4	00	00	00	00	12	9,4
	No	23	18,1	60	47,2	28	22	03	2,4	01	0,8	115	90,6
Alcoholismo	Si	00	00	03	2,4	01	0,8	00	00	00	00	04	3,1
	No	24	18,9	65	51,2	30	23,6	03	2,4	01	0,8	123	96,9
Total		24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

Tabaquismo: X^2 : 3,084 GL: 4 P valor: 0,544 no existe asociación

Alcoholismo: X^2 : 8,897 GL: 4 P valor: 0,064 no existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 32, se observa que el mayor porcentaje, del total de las mujeres atendidas: el 90,6 % de mujeres no tiene hábitos nocivos de tabaquismo; asimismo, el 47,2 % y 22 % de mujeres que no tiene hábitos nocivos de tabaquismo y tiene una calidad de vida mala y regular. El 96,9 % de mujeres no tiene hábitos perjudiciales de alcoholismo; asimismo, el 51,2 % y 23,6 % de mujeres que no tiene hábitos nocivos de alcoholismo y tiene una calidad de vida mala y regular. Presentan un nivel de significancia de $0,544 \geq 0,05$ y $0,064 \geq 0,05$; por tanto, no existe asociación entre ambas variables.

5.4. FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

Tabla 33

Asociación entre inicio de relaciones sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Inicio relaciones sexuales	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
menos de 15	20	15,7	52	40,9	22	17,3	02	1,6	01	0,8	97	76,4
16 A 19	03	2,4	12	9,4	06	4,7	01	0,8	00	00	22	17,3
20 a más	01	0,8	04	3,1	03	2,4	00	00	00	00	08	6,3
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

χ^2 : 2,404 GL: 8 P valor: 0,966 no existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 33, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 76,4 % de mujeres inició sus relaciones sexuales menor a 15 años; asimismo, el 40,9 %; 17,3 % y 15,7% de mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales menor a los 15 años, tiene una calidad de vida mala, regular y deficiente. Presenta un nivel de significancia de $0,966 \geq 0,05$; por tanto, no existe relación entre ambas variables.

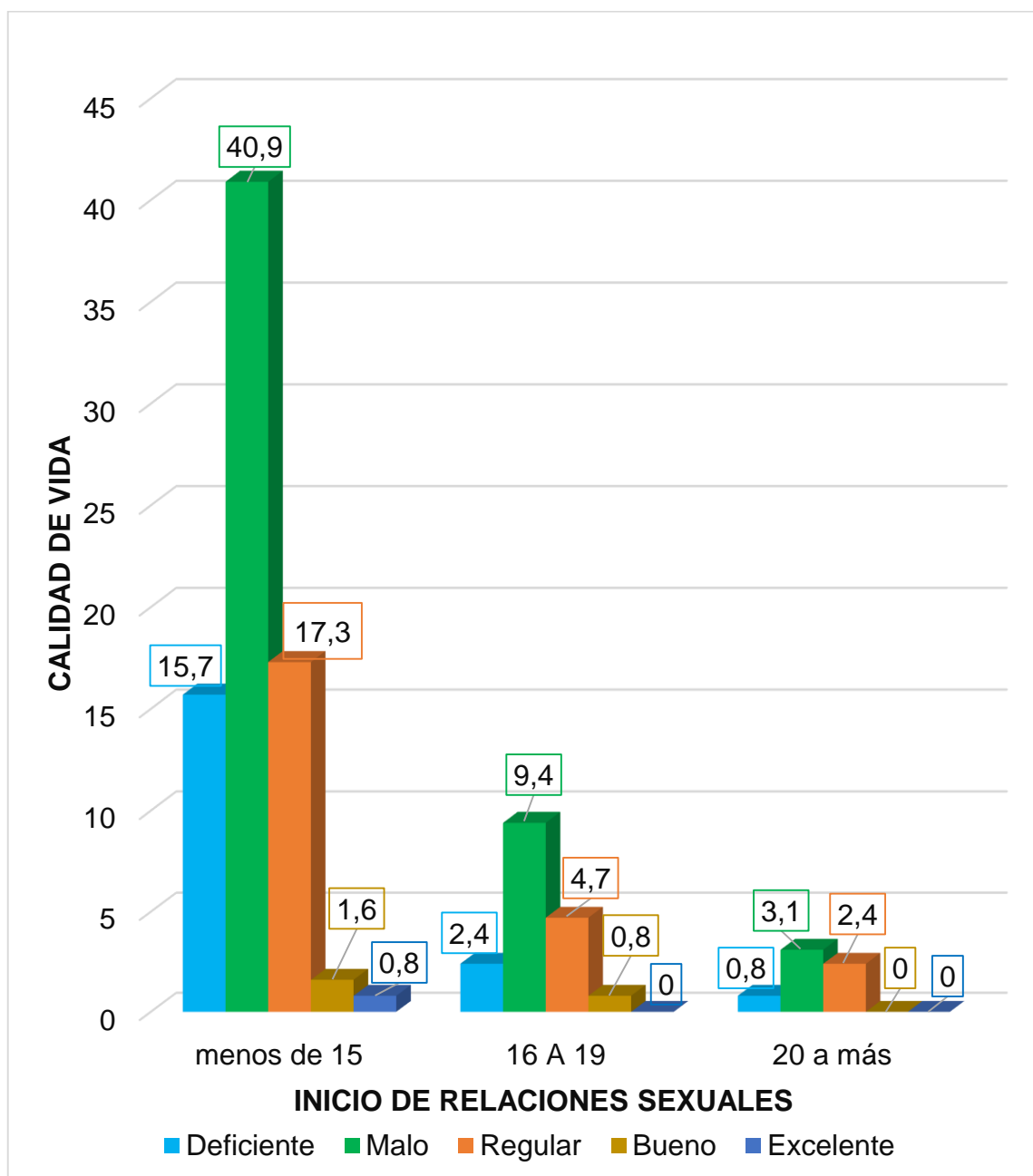


Figura 30. Asociación entre inicio de relaciones sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 33

Tabla 34

Asociación entre número de parejas sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Número de parejas sexuales	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	00	00	01	0,8	01	0,8	00	00	00	00	02	1,6
2 a 4	17	13,4	45	35,4	24	18,9	03	2,4	01	0,8	90	70,9
5 a 7	06	4,7	18	14,2	03	2,4	00	00	00	00	27	21,3
8 a mas	01	0,8	04	3,1	03	2,4	00	00	00	00	08	6,3
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

$X^2: 6,699$ GL: 12 P valor: 0,877 no existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 34, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 70,9 % de mujeres tuvo de 2 a 4 parejas sexuales; asimismo, el 35,4 %; 18,9 % y 13,4 % de mujeres que tuvo de 2 a 4 parejas sexuales, tiene una calidad de vida mala, regular y deficiente. De las mujeres el 21,3 % de las ellas tuvo de 5 a 7 parejas sexuales; asimismo, el 14,2 % de mujeres que tuvo de 5 a 7 parejas sexuales tienen una calidad de vida mala. Presentan un nivel de significancia de $0,877 \geq 0,05$; por tanto, no existe relación entre ambas variables.

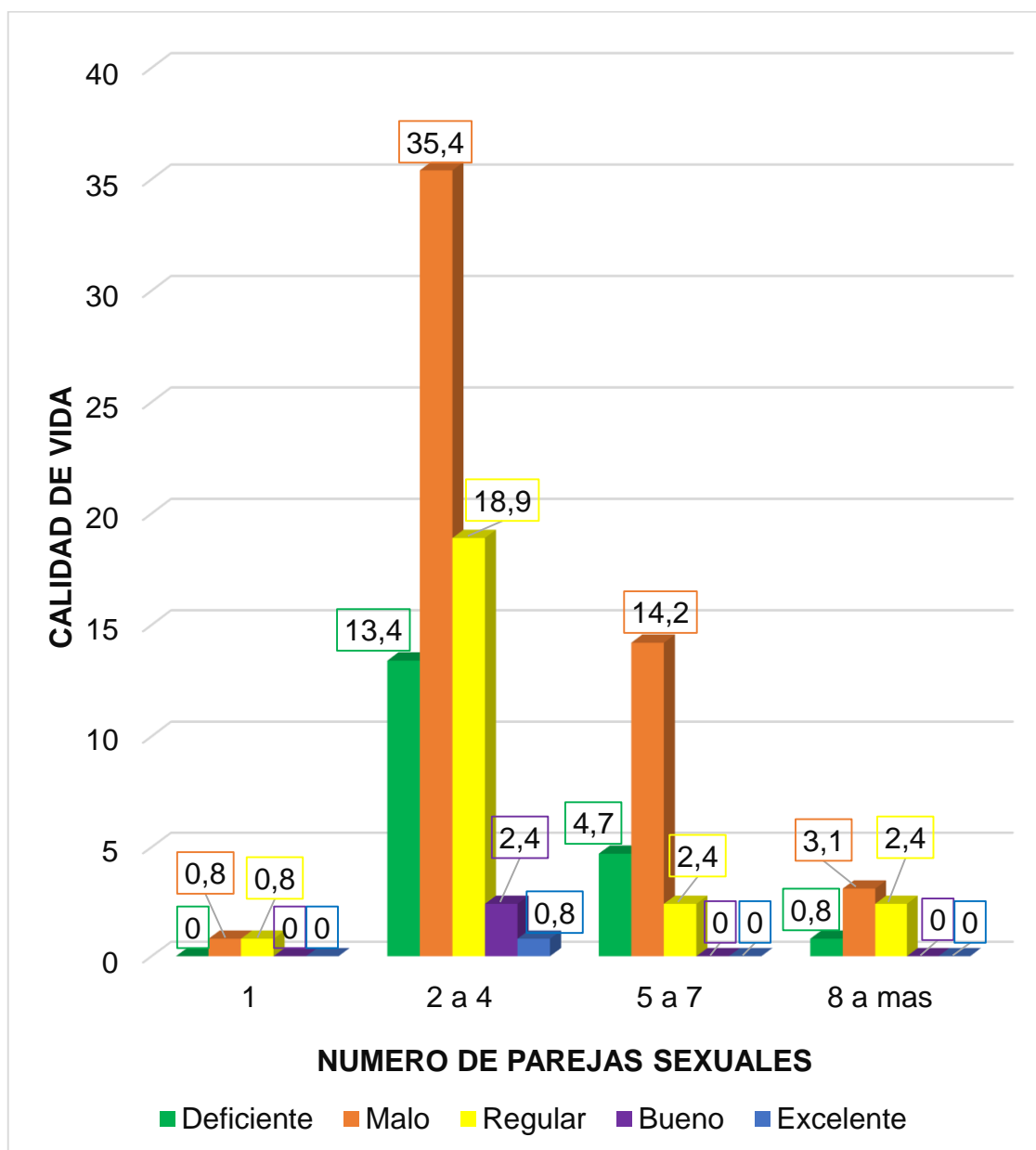


Figura 31. Asociación entre número de parejas sexuales y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 34

Tabla 35

Asociación entre antecedentes de ITS y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Antecedente de ITS	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	24	18,9	63	49,6	30	23,6	03	2,4	01	0,8	121	95,3
No	00	00	05	3,9	01	0,8	00	00	00	00	06	4,7
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X^2 : 11,390 GL: 4 P valor: 0,018 si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 35, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 95,3 % de mujeres tiene antecedente de ITS (infecciones de transmisión sexual); asimismo, el 49,6 %; 23,6 % y 18,9 % de las mujeres que tienen antecedentes de ITS, tiene una calidad de vida mala, regular y deficiente. Presenta un nivel de significancia de $0,018 < 0,05$; por tanto, existe una asociación entre ambas variables.

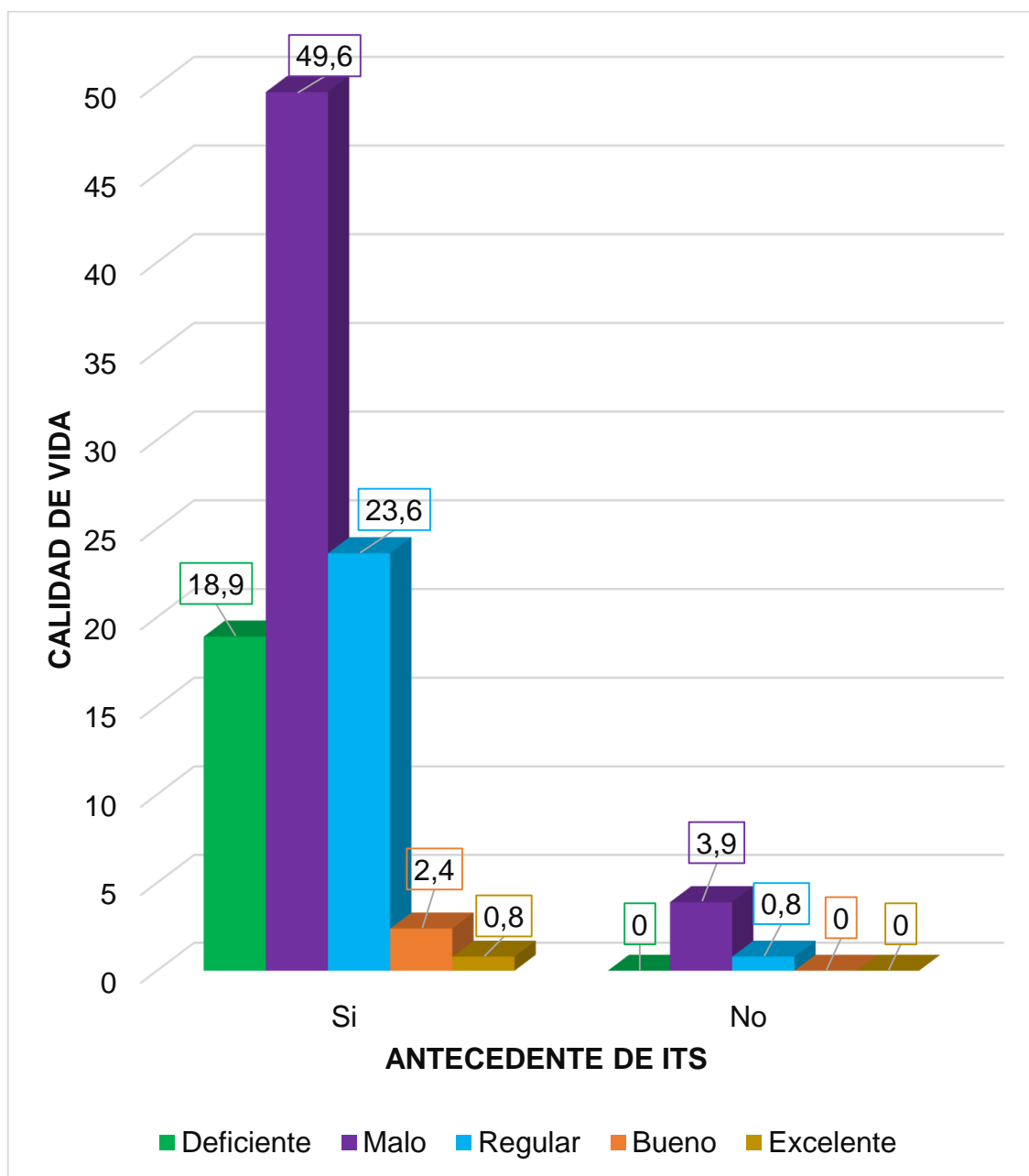


Figura 32. Asociación entre antecedentes de ITS y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 35

Tabla 36

Asociación entre edad del primer parto y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Edad de primer parto	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin hijos	00	00	04	3,1	00	00	00	00	00	00	04	3,1
12 a 17	02	1,6	05	3,9	04	3,1	01	0,8	00	00	12	9,4
18 a 29	21	16,5	57	44,9	26	20,5	02	1,6	01	0,8	107	84,3
30 a más	01	0,8	02	1,6	01	0,8	00	00	00	00	04	3,1
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X²: 10,380 GL: 12 P valor: 0,034 si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 36, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres atendidas: el 84,3 % de mujeres tuvo su primer parto a los 18 a 29 años; asimismo, el 44,9 %; 20,5 % y 16,5 % de mujeres que tuvo su primer parto a los 18 a 29 años, tiene una calidad de vida mala, regular y deficiente. De las mujeres que tuvieron su primer parto a los 12 a 17 años, el 3,9 % de mujeres tiene una calidad de vida mala. El 3,1 % de mujeres no tuvo hijos y tiene una calidad de vida mala. Presenta un nivel de significancia de $0,034 < 0,05$; por tanto, existe una asociación entre ambas variables.

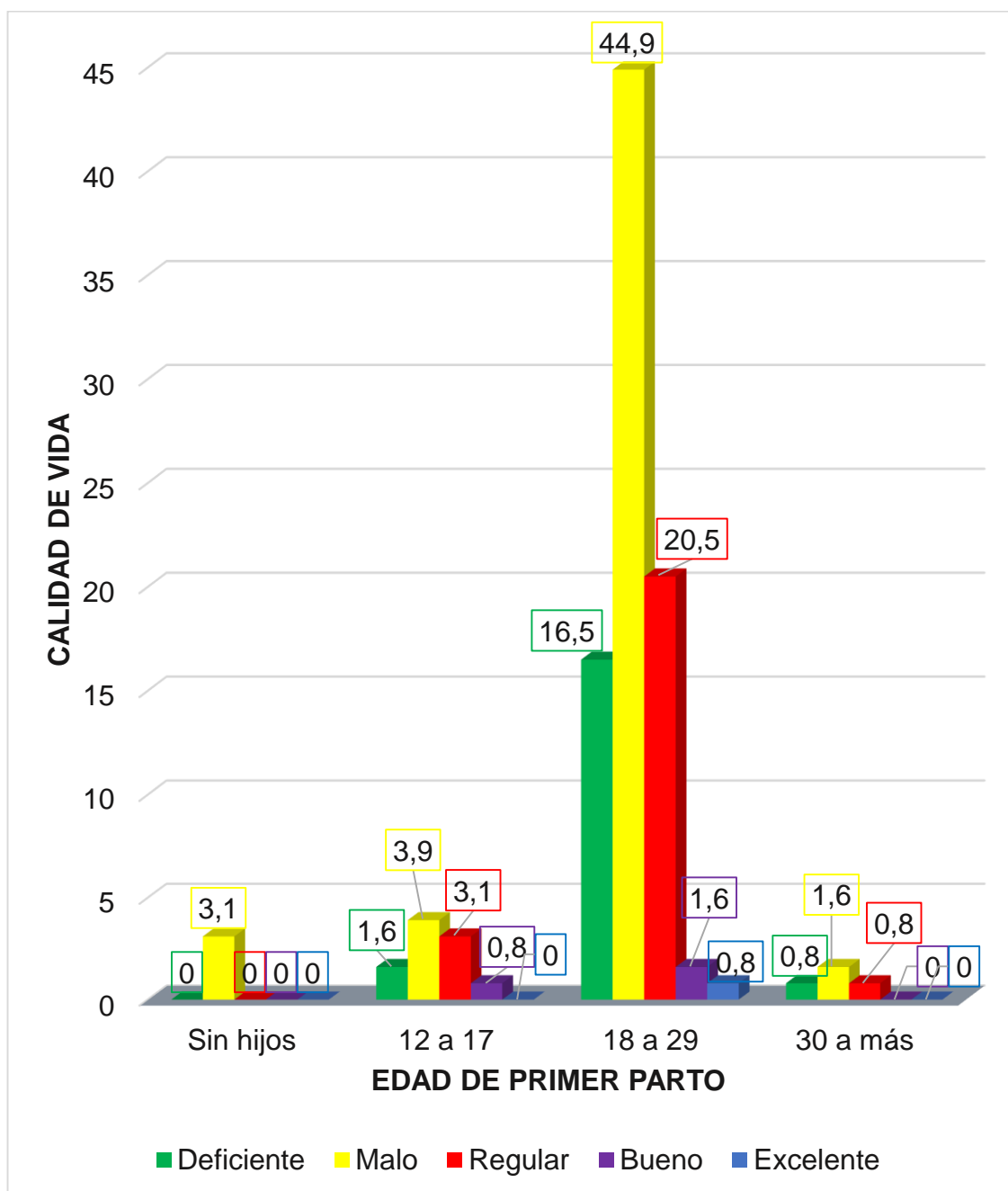


Figura 33. Asociación entre edad del primer parto y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 36

Tabla 37

Asociación entre paridad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Paridad por vía vaginal	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	00	00	05	3,9	01	0,8	01	0,8	00	00	07	5,5
Primípara	01	0,8	04	3,1	02	1,6	00	00	00	00	07	5,5
Múltipara	05	3,9	33	26	23	18,1	01	0,8	01	0,8	63	49,6
Gran Múltipara	18	14,2	26	20,5	05	3,9	01	0,8	00	00	50	39,4
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X²: 4,828 GL: 12 P valor: 0,305 no existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 37, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres, según paridad por vía vaginal: el 49,6 % de mujeres es múltipara; asimismo, el 26 % de mujeres que son múltiparas, tiene una calidad de vida mala. De las mujeres que son gran múltiparas, el 20,5 % y 14,2 % de mujeres tiene una calidad de vida mala y deficiente. Presenta un nivel de significancia de 0,305 > 0,05; por tanto, no existe asociación entre ambas variables.

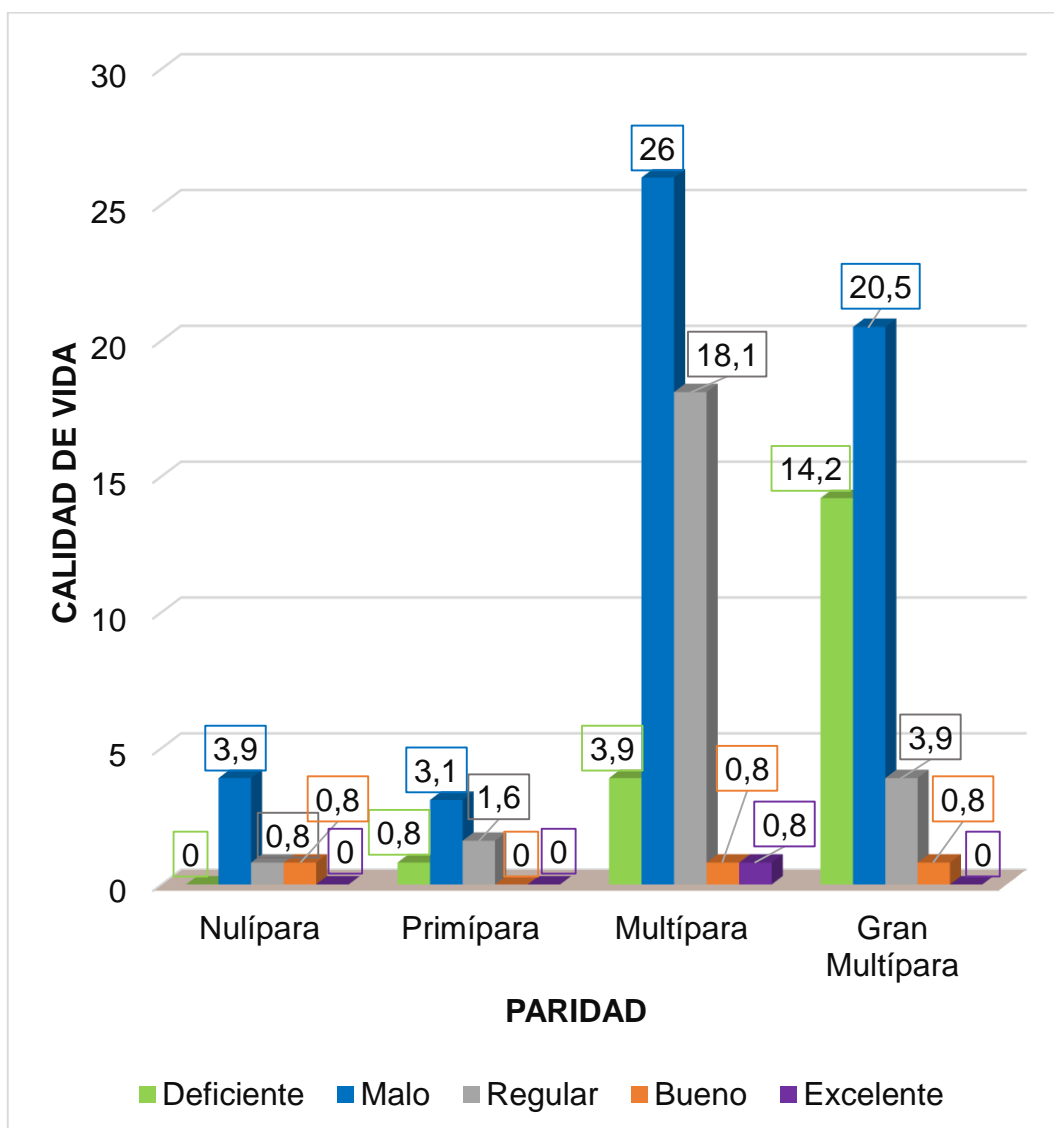


Figura 34. Asociación entre Paridad y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 37

Tabla 38

Asociación entre Métodos anticonceptivos y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Métodos anticonceptivos	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Píldoras Anticonceptivas	09	7,1	15	11,8	07	5,5	00	00	00	00	31	24,4
Inyectable Trimestral	03	2,4	25	19,7	09	7,1	00	00	00	00	37	29,1
Inyectable Mensual	01	0,8	08	6,3	04	3,1	01	0,8	01	0,8	15	11,8
Implante	00	00	03	2,4	04	3,1	02	1,6	00	00	09	7,1
T de Cobre	02	1,6	05	3,9	03	2,4	00	00	00	00	10	7,9
Condomes	07	5,5	11	8,7	04	3,1	00	00	00	00	22	17,3
Ninguno	02	1,6	01	0,8	00	00	00	00	00	00	03	2,4
Total	24	18,9	68	53,5	31	24,4	03	2,4	01	0,8	127	100

X^2 : 46,084 GL: 24 P valor: 0,004 si existe asociación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 38, se observa que el mayor porcentaje del total de las mujeres que usan métodos anticonceptivos: el 29,1 % de mujeres usa el inyectable trimestral; Asimismo, el 19,7 % de mujeres que usa el inyectable trimestral, tiene una calidad de vida mala. Del total de mujeres que usan las píldoras anticonceptivas, el 11,8 % de mujeres tiene una calidad de vida mala. También el 8,7 % de mujeres que usa condones, tiene una calidad de vida mala. Presenta un nivel de significancia de $0,004 < 0,05$; por tanto, existe relación entre ambas variables.

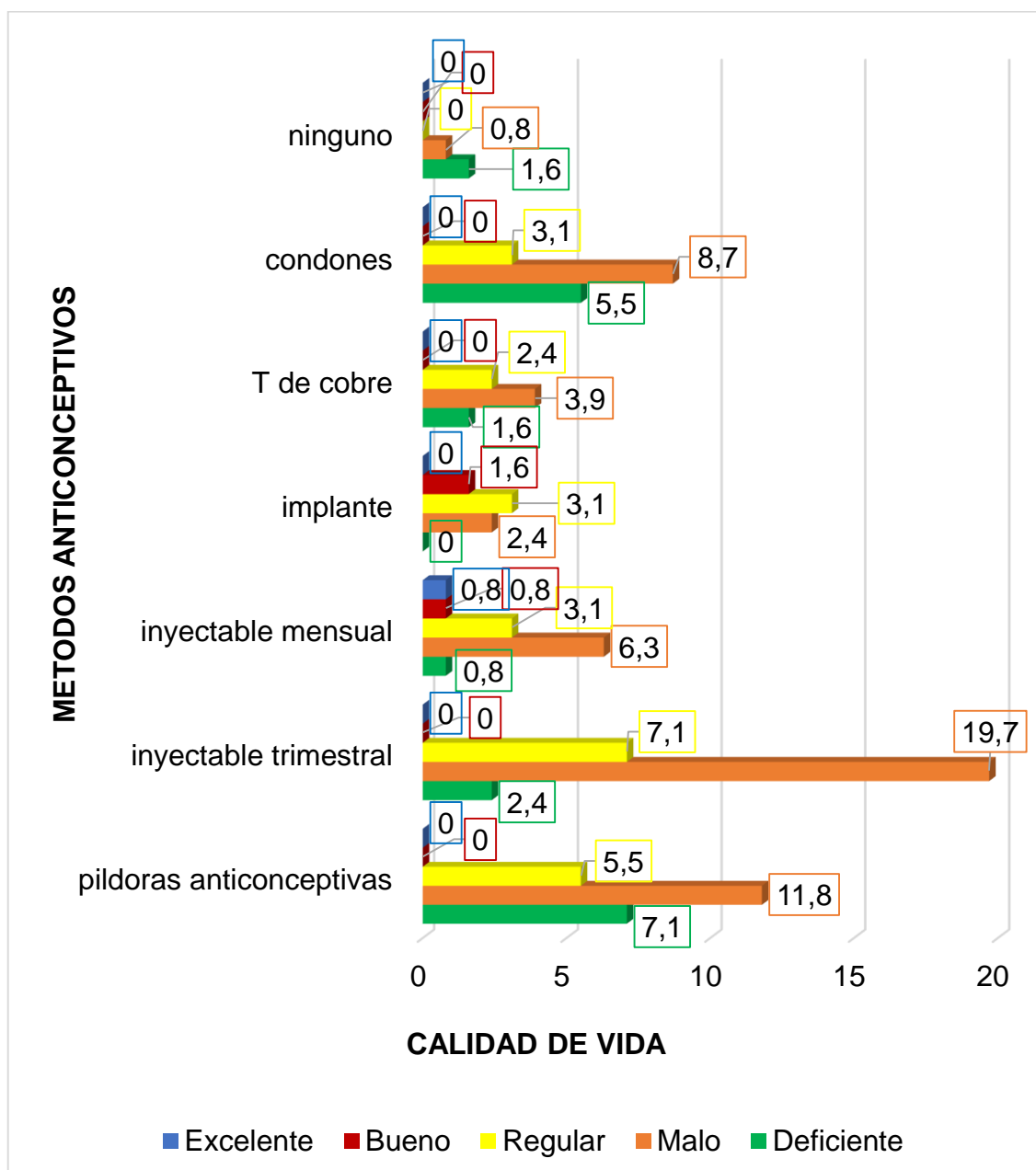


Figura 35. Asociación entre Métodos anticonceptivos y calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Fuente: Tabla 38

5.5. PROCESO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.5.1. Primera hipótesis específica

H₀: No existe asociación entre factores demográficos como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación, con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

H₁: Existe asociación entre factores demográficos como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

Tabla 39

Factores demográficos asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Variable	Factores demográficos	Estadístico de prueba	Valores	Interpretación
Calidad de vida	Edad	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	71,074 16 0,000	Sí presenta asociación P < 0,05
	Estado civil	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	51,330 16 0,000	Sí presenta asociación P < 0,05
	Nivel educativo	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	8,494 16 0,528	no presenta asociación P > 0,05
	Ocupación	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	25,472 12 1,003	No presenta asociación P > 0,05

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la Tabla 39, se observa que el valor para los factores demográficos, así como: edad y estado civil, asociados a la calidad de vida, es menor que el nivel de significancia (0,05); por lo que, se acepta la asociación entre las variables. El factor demográfico, nivel educativo y ocupación, asociados a la calidad de vida, es mayor al nivel de significancia (0,05), por lo que, no existe relación entre esta variable.

5.5.2. Segunda hipótesis específica

H₀: No existe asociación entre factores sociales como seguro integral de salud, nivel socioeconómico, tabaquismo y alcoholismo; con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

H₁: Existe asociación entre factores sociales como seguro integral de salud, nivel socioeconómico, tabaquismo y alcoholismo; con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

Tabla 40

Factores sociales asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Variable	Factores sociales	Estadístico de prueba	Valores	Interpretación
Factores sociales	Seguro integral de salud	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. Asintónica	13,864 4 0,008	Sí presenta asociación P < 0,05
	Nivel socioeconómico	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. Asintónica	24,672 12 0,002	Sí presenta asociación P < 0,05
	Tabaquismo	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	3,084 4 0,544	No presenta asociación P ≥ 0,05
	Alcoholismo	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	8,897 4 0,064	No presenta asociación P ≥ 0,05

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la Tabla 40, se observa que los valores para los factores sociales, así como: seguro integral de salud y nivel socioeconómico, asociados a la calidad de vida, es menor que el nivel de significancia (0,05); por lo que, se acepta la asociación entre las variables. Los factores sociales como: tabaquismo y alcoholismo, asociados a la calidad de vida, es mayor al nivel de significancia (0,05), por lo que, no existe relación entre estas variables.

5.5.3. Tercera hipótesis específica

H₀: No existe asociación entre algunos factores Gineco-obstétricos como: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, paridad por vía vaginal, edad del primer parto, uso de métodos anticonceptivos, con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

H₁: Existe asociación entre algunos factores Gineco-obstétricos como: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, paridad por vía vaginal, edad del primer parto, uso de métodos anticonceptivos, con la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

Tabla 41

Factores gineco - obstétricos asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino atendidas en el preventorio de cáncer del HAHUT de Tacna, setiembre – diciembre 2019

Variable	Factores gineco - obstétricos	Estadístico de prueba	Valores	Interpretación
Factores gineco obstétricos	Inicio de relaciones sexuales	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	2,404 8 0,966	No presenta asociación P ≥ 0,05
	Número de parejas sexuales	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	6,609 12 0,887	No presenta asociación P ≥ 0,05
	Antecedente de ITS	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	11,390 4 0,018	Sí presenta asociación P < 0,05
	Edad de primer parto	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	10,380 12 0,034	Sí presenta asociación P < 0,05
	Paridad por vía vaginal	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	4,828 12 0,305	No presenta asociación P > 0,05
	Uso de métodos anticonceptivos	Chi-cuadrada de Pearson gl Sig. asintónica	46,084 24 0,004	Sí presenta asociación P < 0,05

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la Tabla 41, se observa que, los valores para los factores gineco-obstétricos como: antecedentes de ITS, edad del primer parto y uso de métodos anticonceptivos, asociados a la calidad de vida, es menor que el nivel de significancia (0,05); por lo que, se acepta la asociación entre las variables. Los factores gineco-obstétricos como: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y paridad por vía vaginal, asociados a la calidad de vida, es mayor al nivel de significancia (0,05), por lo que, no existe relación entre estas variables.

5.5.4. Hipótesis general

H₀: No existe asociación entre algunos factores y la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

H₁: Existe asociación entre algunos factores y la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

Tabla 42

Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino

Variable		Sig. (p)	ODDS Ratio (Exp B)
Factores demográficos	Edad	0,000	2,906
	Estado civil	0,000	19,735
	Nivel educativo	0,528	0,542
	Ocupación	1,003	0,995
Factores sociales	Seguro integral de salud	0,008	0,031
	Nivel socioeconómico	0,002	4,691
Factores gineco-obstétricos	Inicio de relaciones sexuales	0,966	6,807
	Número de parejas sexuales	0,877	0,669
	Antecedente de ITS	0,018	11,322
	Edad del primer parto	0,034	70,180
	Paridad por vía vaginal	0,305	,875
	Métodos anticonceptivos	0,004	8,585

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 42, se muestra la existencia de una asociación significativa entre la calidad de vida y los factores demográficos: Edad (Probabilidad: 0,000 y ODDS Ratio: 2,906), Estado civil (Probabilidad: 0,000 y ODDS Ratio: 4,691); Factores sociales: Nivel socioeconómico (Probabilidad: 0,002 y ODDS Ratio: 4,691) y Factores gineco-obstétricos: Antecedente de ITS (Probabilidad: 0,018 y ODDS Ratio: 11,322), Edad del primer parto (Probabilidad: 0,034 y ODDS Ratio: 70,180), y métodos anticonceptivos (Probabilidad: 0,004 y ODDS Ratio: 8,585).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general, que establece que existe asociación entre algunos factores y la calidad de vida en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, en el preventorio de cáncer del Hospital Hipólito Unanue en Tacna, setiembre - diciembre 2019.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen: Velásquez, Kawabata y Ríos (18), en mujeres indígenas de Caaguazú, Paraguay; Núñez y Cols (20), en mujeres de Cuba; en pacientes oncológicos; Quispe y Cols (22), Vives (24) y gallegos, Fuentes y Gonzales (25), en mujeres con lesiones precursoras de cáncer, quienes señalan que los factores de riesgo están asociados con las lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino. Castillo y Cols (16). Estos autores expresan en sus investigaciones de la calidad de vida, en las lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino. Por tanto, la mayoría de los autores hicieron sus investigaciones de manera separada entre factores y calidad de vida. Por ese motivo, no se encontró un estudio que relacione ambas variables.

Sin embargo, Chang y Samayoa (19), refiere que más del 85 % de las pacientes post histerectomía, consideró tener una calidad de vida adecuada. Ello no es acorde con lo que en este estudio se halla. En nuestro estudio más del 50 % refiere tener una calidad de vida mala.

Pero, en lo que no concuerda el estudio de los autores, referidos con el presente, es que estos autores mencionan a los factores epidemiológicos asociados más al virus papiloma humano y su asociación significativa entre ambas variables. En este estudio no se encuentran estos resultados. Castro y

Cols (17) y Arcos (23), encontraron sus respectivos estudios asociados a los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino como: la menarquia temprana, el inicio de relaciones sexuales; con respecto a las calidades de vida refieren que se vio afectada más la dimensión sexual.

En este estudio, con respecto a los factores demográficos, se encontró el mayor porcentaje en las mujeres: el 51,2 % tiene de 32 a 42 años; el 73,2% de mujeres es conviviente; el 83,5 % de mujeres estudió hasta la secundaria; el 74,8 % de mujeres es ama de casa y el 37 % de mujeres pertenece al distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa; el 25,2% de mujeres pertenece al distrito de Tacna; el 12,6 % de mujeres pertenece al distrito de Alto Alianza y el 11 % de mujeres pertenece al distrito de Ciudad Nueva.

La edad promedio de las mujeres varía entre 21 a 75 años, encontrándose el mayor porcentaje entre las edades de 32 a 42 años. Por otro lado, Castro y Cols (17), coincide con las edades de 30 a 34 años. Asimismo, Velásquez, Kawabata y Ríos (18), refieren que la mayor frecuencia fue entre 25 a 44 años en un 70,59 %. Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22), las edades fueron mayores a 35 años, con una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, Vives (24), refiere que la edad promedio de las pacientes fue de 26 años. En comparación con otros estudios, se observaron cifras similares.

Con respecto al estado civil, el 73,2 % de mujeres es conviviente. En comparación con otros estudios, se observaron cifras similares. Quispe, Valencia y Rodríguez (23), coincide con un estado civil de convivencia ($OR = 1.67$). Bonilla y Montalvo (21), el 59.4 % tiene un estado civil de conviviente.

En cuanto al grado de instrucción, el 83,5 % de mujeres estudió hasta la secundaria. En comparación con otros estudios, se observaron resultados similares: Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22), bajo grado de instrucción ($OR = 1.84$). Vives (24), El 68 % de la población tenía grado de instrucción de secundaria y superior. Bonilla y Montalvo (21), el 53.1 % fue analfabeta.

Con respecto a la ocupación, el 74,8 % de mujeres es ama de casa. Velásquez, Kawabata y Ríos (18), coincide que las mujeres en estudio se dedican a su hogar.

En cuanto a la procedencia, el mayor porcentaje de las mujeres: el 37 % de mujeres pertenece al distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa; el 25,2 % pertenece al distrito de Tacna; el 12,6 % pertenece al distrito de Alto Alianza y el 11 % pertenece al distrito de Ciudad Nueva. Un poco más de la tercera parte de las mujeres de nuestro estudio, pertenece a las ciudades como; cono sur, centro y cono norte, que pertenecen a la zona urbana de la provincia de Tacna. Solares (18), coincide con el lugar de residencia, se concentraron en la Zona metropolitana, centro y sur. No se encontraron estudios similares. Sin embargo, Velásquez, Kawabata y Ríos (18), refiere en su estudio que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, es similar a estudios de otros países y menor a algunos estudios que se realizaron en Paraguay en población no indígena. Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22), procedencia rural (OR = 3.92). Bonilla y Montalvo (21), el 66.7 % procedieron de la zona rural.

Sin embargo, se recalca que los factores demográficos como: edad, nivel de instrucción y ocupación, están asociados a la calidad de vida y tienen una calidad de vida mala con valores menores al nivel de significancia (0,05). No se encontraron estudios similares de asociación.

En este estudio, con respecto a los factores sociales, se encontró: el 46,5 % tiene una vivienda alquilada; el 91,3 % está afiliado al sistema SIS; el 69,3 % tiene un nivel de estado socioeconómico V – Deficiente, el 90,6 % no fuma y el 96,9 % no toma bebidas alcohólicas.

Con respecto a la vivienda y afiliación al SIS, el 46,5 % tiene una vivienda alquilada, el 91,3 % está afiliado al sistema SIS. A comparación de otros estudios, no se encontraron estudios similares.

En cuanto al nivel de estado socioeconómico, el 69,3 % tiene un nivel de estado socioeconómico V – Deficiente. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen: Castillo y Cols (16), Todas las mujeres pertenecen a los estratos

socioeconómicos 1 a 3. Vives (24), refiere que tienen un nivel socioeconómico bajo.

Con respecto a los hábitos nocivos en nuestro estudio el 90,6 % no fuma y el 96,9 % no toma bebidas alcohólicas. Se encontraron resultados similares en cuanto al consumo de tabaco: Según: Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22), No se observó asociación estadísticamente significativa entre la edad del primer embarazo y el consumo de tabaco y lesiones cervicales ($p=0.678$, $OR=2.02$ IC 95%:0.37-11.18). Arcos (23), el consumo de tabaco con su p-valor de 0.832, no tuvieron relevancia estadística. Sin embargo, Núñez y Cols (20), no coincide el 73,91 % con $X^2= 35,28$ tienen el hábito de fumar.

Por lo tanto, se recalca que los factores sociales como: vivienda, afiliación al SIS y nivel socioeconómico, están asociados a la calidad de vida y tienen una calidad de vida mala con valores menores al nivel de significancia (0,05). No se encontraron estudios similares de asociación.

En este estudio, con respecto a los factores gineco-obstétricos, se obtuvo los siguientes resultados: el 76,4 % de mujeres tuvo su menarquia a los 11 a 15 años; el 76,4% de mujeres inició sus relaciones sexuales menor a 15 años; el 70,9 % de mujeres tuvo de 2 a 4 parejas sexuales; el 95,3 % de mujeres tuvo antecedentes de ITS (Infección de transmisión sexual); el 49,6 % de mujeres es múltipara, el 84,3 % de mujeres tuvo su primer parto a los 18 a 23 años de edad, el 29,1 % y el 24,4% de mujeres usa como método anticonceptivo el inyectable trimestral y las píldoras anticonceptivas; el 27,6 % de mujeres se hizo su último Papanicolaou hace 5 años, seguido de un 18,9 % de mujeres se hizo su último Papanicolaou hace 2 años; el 65,4 % de mujeres tuvo como molestia principal el flujo vaginal.

En cuanto a la menarquia, el 76,4 % de mujeres tuvo su menarquia a los 11 a 15 años de edad. Según Velásquez, Kawabata y Ríos (18), el 58,8% de mujeres que presentó lesiones cervicales, tuvo menarca menor de 12 años. Gallegos, Fuentes y Gonzales (25), en el análisis bivariado, hubo resultados significativos en la menarquia temprana ($OR=2,071$; $p=0.024$). Se encontraron

resultados distintos a comparación de nuestro estudio. Por tanto, ello no es acorde con lo que se halla.

Con respecto al inicio de relaciones sexuales, el 76,4 % de mujeres inició sus relaciones sexuales menor a 15 años. Se encontraron resultados similares según: Velásquez, Kawabata y Ríos (18), el 76,5 % relaciones sexuales < 15 años. Núñez (21), el 60,87 % inició las relaciones sexuales antes de los 15 años ($X^2=26,67$). Gallegos, Fuentes y Gonzales (25), el inicio temprano de relaciones sexuales (OR=2,213; $p=0.017$). Sin embargo, hay resultados que no son acorde con lo que se halla según Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22), iniciaron sus relaciones sexuales menor de 16 años (OR = 29.51). Castro y Cols (17), El 72,9 % comenzó sus relaciones sexuales a los 17 años de edad o menos.

En cuanto al número de parejas sexuales, el 70,9 % de mujeres tuvo de 2 a 4 parejas sexuales. Se obtuvieron resultados similares son los siguientes autores: Núñez y Cols (20), el 36,96 % tuvo más de cuatro parejas sexuales. Ramos (22), el 61.5% tuvo más de 4 parejas sexuales. Gallegos, Fuentes y Gonzales (27), el tener múltiples parejas sexuales (OR=3,036; $p=0.001$). Sin embargo, Quispe, Valencia, Rodríguez y Salazar (22), no coincide en su estudio, refiere que las mujeres en estudio tuvieron más de 2 parejas sexuales (OR = 16.06).

Con respecto a los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, el 95,3 % de mujeres tuvo antecedentes de ITS (Infección de transmisión sexual). Se encontraron estudios similares. Pero Castro y Cols (17), refiere que el 91,6 % de 48 mujeres citologías positivas, tenía infección asociada, de las cuales el 39,5 % era el Virus del Papiloma Humano. Núñez y Cols (20), tuvieron antecedentes de infecciones de transmisión sexual y el 34,78 % presentó papiloma humano ($X^2=134,08$).

En cuanto a la paridad por vía vaginal, el 49,6 % de mujeres es múltipara, se encontraron resultados similares según: Castro y Cols (17), el 56 % tuvo tres partos o más. Gallegos, Fuentes y Gonzales (25), son múltiparas (OR=2,759;

$p=0.045$). Sin embargo, no es acorde con lo que se halla por: Velásquez, Kawabata y Ríos (18), el 82,35 % es gran múltipara.

Con respecto a la edad en el primer parto: el 84,3 % de mujeres tuvo su primer parto a los 18 a 23 años de edad. No se encontraron estudios similares.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 29,1 % y el 24,4 % de mujeres usa como método anticonceptivo el inyectable trimestral y las píldoras anticonceptivas. Se encontraron resultados similares según: Quispe, Valencia y Rodríguez (23), usan con método anticonceptivo AOC (píldoras anticonceptivas) (OR = 1.70). Vives (24), los métodos anticonceptivos más utilizados fueron, las inyecciones y/o pastillas. Bonilla y Montalvo (21), el uso de métodos AOC no es factor de riesgo.

Con respecto al último PAP (Papanicolaou), el 27,6 % de mujeres se hizo su último Papanicolaou hace 5 años, seguido de un 18,9 % de mujeres se hizo su último Papanicolaou hace 2 años. No se encontraron resultados similares. Sin embargo, Vives (24), refiere a mayor número de PAP realizados (más de 3 exámenes de PAP) se obtuvieron PAP con citología anormal previas ($p=0,021$).

Con respecto a la molestia principal, el 65,4 % de mujeres tuvo flujo vaginal. No se encontraron estudios similares. Sin embargo, Castro y Cols (17), refiere que el 91,6 % de las 48 mujeres citologías positivas tenían infección asociada. Castillo y Cols (16), refiere el 70,7 % ha tenido molestias o irritación vaginal que interfieren en su desempeño. Por tanto, son resultados que no son acorde con lo que se halla.

En nuestro estudio, los factores gineco-obstétricos como: uso de métodos anticonceptivos, último Papanicolaou y molestias principales, están asociados a la calidad de vida y tienen una calidad de vida mala con valores menores al nivel de significancia (0,05). No se encontraron estudios similares de asociación.

Con respecto a la calidad de vida, el 53,5 % de mujeres presentó una calidad de vida mala. Según Chang y Samayoa (19), más del 85 % de las pacientes post histerectomía, consideró tener una calidad de vida adecuada. Esto no es acorde con lo que se halla en nuestro estudio.

La no existencia de asociación entre las variables de estudio, se puede deber a que los factores agrupan distintos índices de evaluación. Los resultados obtenidos nos indican que pueden estar influenciados por otros factores. Por lo que no todos se asocian con la calidad de vida.

El desarrollo de esta investigación permitió evidenciar la situación de la calidad de vida que padecen las mujeres de nuestra región. Con los resultados obtenidos se busca establecer oportunamente estrategias preventivas de cambio y así concientizar a la población para que tengan hábitos saludables.

CONCLUSIONES

1. Los factores demográficos que se asociaron significativamente a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de setiembre a diciembre del año 2019, fueron la edad y el estado civil ($p < 0,05$).
2. Los factores sociales que se asociaron significativamente a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de setiembre a diciembre del año 2019, fueron el nivel de estado socioeconómico y seguro integral de salud ($p < 0,05$).
3. Los factores gineco-obstétricos que se asociaron significativamente a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de setiembre a diciembre del año 2019, fueron el antecedente de ITS, edad del primer parto y el uso de métodos anticonceptivos ($p < 0,05$).
4. Los factores demográficos, sociales y gineco-obstétricos, se asocian significativamente a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de setiembre a diciembre del año 2019, obteniéndose en el modelo regresión logística multinomial, la edad con un $(\text{exp})B$ 2,906 que se interpreta como un riesgo de 2,9 veces más para ocurrencia de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, el estado civil con un $(\text{exp})B$ 19,735, que se interpreta como un riesgo de 19,7 veces más para ocurrencia de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, el nivel socioeconómico con un $(\text{exp})B$ 4,691 que se interpreta como un riesgo de 4,69 veces más para ocurrencia de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, el seguro integral de salud con un $(\text{exp})B$ 0,031 que constituye un factor protector para las personas que no tienen SIS, el antecedente de ITS $(\text{exp})B$ 11,322 691 que se interpreta como un riesgo de 11,3 veces más para ocurrencia de lesiones precursoras

y cáncer de cuello uterino, edad del primer parto (exp)B 7,180 que se interpreta como un riesgo de 7,18 veces más para ocurrencia de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino y el uso de métodos anticonceptivos (exp)B 8,585 que se interpreta como un riesgo de 8,58 veces más para ocurrencia de lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino.

RECOMENDACIONES

1. El personal de salud debe realizar un análisis de los factores de riesgo, antecedentes que pueden condicionar la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, y tomar las medidas que estén a nuestro alcance para reducirla, actuando sobre los factores de riesgo en los cuales podemos influir; en cada caso se debe realizar una atención oportuna para los casos de lesiones pre malignas de cuello uterino y la calidad de tamizaje de cáncer del cuello uterino.
2. Se recomienda al MINSA (Ministerio de Salud) e instituciones asistenciales en el área de salud, capacitar al personal de salud responsable de la atención primaria en implementar estrategias de tamizaje, para acceder a un diagnóstico temprano y de esa manera evitar las complicaciones a corto y a largo plazo, sino que existe la necesidad de determinar la etiología y los factores desencadenantes de este problema y con ello facilitar un tratamiento específico.
3. Se recomienda a las municipalidades promover la gestión de promoción, evaluación, educación y participación integral con la familia, la comunidad y la escuela, haciendo énfasis en la prevención del cáncer ginecológico y calidad de vida; donde se incluyan variables psicosociales y familiares desde un enfoque integral. En muchas oportunidades no se le da importancia, para así lograr una familia, escuela y comunidad saludable.
4. Continuar con los estudios de investigación en toda nuestra región, que permitan conocer a profundidad los factores asociados a la calidad de vida de las mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino, y así poder colaborar en la disminución de la tasa de morbimortalidad de las mujeres con cáncer de cuello uterino, para formular planes de intervención regional en el sector salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan nacional de prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017 – 2021 (R.M. N° 440-2017/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Cáncer - Lima: Ministerio de Salud; 2017.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral de cáncer cérvicouterino: guía de prácticas esenciales. 2a ed. Washington, DC: OPS; 2016.
3. Papiloma virus y cáncer cérvicouterino (datos y cifras /OMS). EE.UU. (24 de enero de 2019). URL disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
4. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres hysterectomizadas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71:216-21.
5. Etxeberría Y, Pérez J, Badiola C, Quintana J, Padierna A, Aróstegui I et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. Gac Sanit. 2001; 15:25-31.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). (Disponible en línea). Centro de Prensa, Nota descriptiva N° 297, (citado en febrero del 2013). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
7. Guía técnica: guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino, Lima, Minsa, junio 2017.
8. Clasificación de tumores de la Organización Mundial de la Salud. IARC, 2003.

9. Aliaga Chávez M. Cáncer de cuello uterino consulta rápida. Perú. Edición lima agosto De 2011.
10. Globocan 2012 - Home [Internet]. [citado 2015 Feb 8]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
11. Dirección Regional De Salud Tacna, (DIRESA). 2015. Boletín Epidemiológico de Morbilidad y Mortalidad en cáncer 2017.
12. Rodríguez Adams ME. Calidad De Vida Y Percepción De Salud En Mujeres De Mediana Edad. Cuba. Invest Medicoquir 2012 (enero-junio); 4(1):245-259. ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162.
13. Díaz Ledesma, C R; Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2013. 1-175.
14. Schiffman M, Castle PE, Jerónimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet 2007;370:890.
15. MINSA. Guía Técnica: Guía de práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello uterino. RM N° 1013-2016/MINSA.
16. Castillo – Ávila IY, Canencia Padilla J, Zurbarán Lamadrid M, Pertuz Cantillo D, Montes Padilla M, Jiménez Chacón E. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino, Cartagena (Colombia) 2012. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 1 (22-31) (Internet). 2015. (Fecha de acceso: 01 de abril del 2020); URL disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195238628003.pdf>
17. Castro, Falcón, Valdés, Díaz y Martínez. Estrategia de intervención sobre la percepción de factores epidemiológicos del cáncer cérvicouterino en Cuba.

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015;41(3)266-274. Fecha de acceso: 01 de abril del 2020); URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n3/gin08315.pdf>

18. Velásquez C, Kawabata A y Ríos Gonzales CM. *Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. Rev. Salud Publica Paraguay. Vol. 8 N°.02* (Fecha de acceso: Julio – diciembre 2018); URL disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v8n2/2307-3349-rspp-8-02-15.pdf>
19. Chang Tablada LM, Samayoa Letona JPM. *Calidad de vida en pacientes sometidas a histerectomía (tesis de posgrado). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018.*
20. Núñez Rodríguez M, Gutiérrez Guzman D, Rivero Vasallo M, López Escandón R, González Núñez AM. *Factores de riesgo de lesiones precursoras del cuello de útero. Rev Cubana Enfermer vol.34 no.3. 2018.* (fecha de acceso: 01 de setiembre del 2018); URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300004
21. Bonilla Tello KA y Montalvo de la Torre YI. *Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008 – 2012. (Tesis de grado). Huaraz – Perú: Universidad Nacional San Antúnez de Mayolo; 2015.*
22. Quispe Gómez M, Valencia Vera C, Rodríguez Figueroa A y Salazar Quispe P. *Factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor*

- Ramos Guardia Huaraz 2014-2015 en Huaraz-Perú. Aporte Santiaguino 11(1), 81-94. (Fecha de acceso: enero-junio 2018); URL disponible en: http://revistas.unasam.edu.pe/index.php/Aporte_Santiaguino/article/view/458/546
23. Arcos Salas RD. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes de consultorio externo del servicio de ginecología en el Hospital Regional de Ica – Perú, julio 2017 – junio 2018 en Lima – Perú. (Tesis de grado). Lima – Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019.
24. Vives Estación MC. Características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2017 en Lambayeque – Perú. (Tesis de grado). Lambayeque – Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019.
25. Gallegos Toribio R, Fuentes Vargas MA y Gonzales Menéndez MJM. Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017 en Lima. Rev. Fac. Med. Hum. 2019;19(2):48-56 (Fecha de acceso: abril 2019); URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a04v19n2.pdf>
26. Amanda Galli, Marisa Pagés y Sandra Swieszkowski, RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA CONTENIDOS TRANSVERSALES Factores determinantes de la salud, Buenos Aires, diciembre 2017
27. Winslow, C.E.A. (1920): The untilled Fields of public Health Science J 1(23):33
28. Omar García Alzugárate. En: La salud pública en el mundo contemporáneo. Primera Parte. Pg. 153

29. Declaración de Alma Ata. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm. Accesado octubre 2011.
30. Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Ministerio de Salud. URL disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
31. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta médica peruana v.28 n.4 Lima oct./dic. 2011. URL disponible
en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
32. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado octubre 2011.
33. OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra 1998.
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa548.pdf. octubre 2011.
34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Foro Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.
35. *Op. cit.* Ardila R. p. 162.
36. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Revista Colombiana de Cardiología [revista en Internet] 2007 [acceso 8 de febrero de 2018]; 14(4): 207-222. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v14n4/v14n4a4.pdf>
37. Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 1(138), 358-365

38. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 9(2), 9-21. URL disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
39. Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(), 11-24
40. Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14(4), 207-222.
41. Prieto, L. y Badia, X. (2001). Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Atención Primaria*, 28(3), 201-209
42. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and ítem selection. *Med Care*. 1992; 30:473-83.
43. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000; 25:3130-9.
44. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
45. Williams. Ginecología. Lesiones preinvasores y cáncer del cuello uterino. 2004.
46. Camacho Rodríguez R. Programas Nacionales de Control del Cáncer: Necesidad y Permanencia [en línea] 2003 Sep [citado 8 Marzo 20 13]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11602/Cancer-cuellouterino> Revision-factores-riesgo.html.

47. Cunningham F. et al. Williams Ginecología. 1 ed. México: Interamericana Editores; 2008. Consuegra C, Molina D, Egea E. El virus del papiloma humano, agente viral importante precursor de la mayoría de las displasias o cáncer cervical. 8 ed. México: Uninorte; 2004.
48. Verdessi A, Perán F, Espinoza R. Prevalencia de displasia de cuello uterino en pacientes portadoras del virus del papiloma humano. Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana 2006; 11 (2): 1-8.
49. Sijvarger C, Gonzalez J, Prieto A. Epidemiología de la infección cervical por virus papiloma humano en Ushuaia. Revista Argentina de Microbiología 2006; 38(1): 1 -11.
50. Picconi M, Gronda J, Alonio L. Virus papiloma humano en mujeres quechuas jujeñas con alta frecuencia de cáncer de cuello uterino, tipos virales y variantes de HPV 16.: res2002;62(3):209- 220.
51. Feliz G, Reyes Z, Castillo C. Incidencia de HPV en adolescentes que acudieron a una consulta ginecológica privada. Revista Médica Dominicana 2002; 63(2): 112- 114.
52. Evangelista M, Lannoy L, Leidijany M. Análisis comparativo entre portadores de condilomas/HPV e infectados y no infectados por el virus del VIH, en un centro de referencia de ITS/SIDA de Brasilia. Revista Médica de Brasil 2001; 1(1): 5-12.
53. Takakuwa K, Mitsui K, Mitsutoshi I. Studies on the prevalence of human papillomavirus in pregnant women in Japan. Journal of Perinatal Medicine 2006; 34(1): 77-79.
54. López N, Hernández A, Lizárraga S. Papel de la determinación de HPV en el screening del cáncer de cérvix. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002; 3(3): 136-137.

55. Piver S. Lesiones preinvasoras del cérvix: diagnóstico y tratamiento. *Oncología Ginecológica* 2000; 6: 88-91.
56. Gori J, Lorusso A. Patología cervical uterina. *Ginecología Siglo XXI* 2005; 21: 354-355.
57. Montes E, López G, Bazante W, Sisalima L. Infección por virus del papiloma humano. *Manual de Citología*. México: SOLCA: 2000.
58. Baliga B, Manual colposcopia y virus del Papiloma Humano. Principios y práctica de la Colposcopia 2004; 16: 170174.
59. Chávez S, Roldán G. Distribución de Lesiones de Cuello Uterino y Correlación Citohistopatológica. *Revista de Ginecología y Obstetricia Mexicana* 2005; 1:1-6.
60. Toro M, Mendosa J, Muñoz M, Vielma S, Noguera M, López M. Infección Cervical por el Virus del Papiloma Humano: Diagnóstico por Citología y por Captura de Híbridos del ADN Viral. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana* 2000; 1: 103-107.
61. Carrillo A, Mohar A, Meneses A, Frias M, Solorza G, Lizano M. Utilidad en la Combinación de Oligonucleótidos Universales para la Detección del Virus del Papiloma Humano en Cáncer Cérvico Uterino y Lesiones Pre malignas. *Salud Pública de México* 2004; 46 (1): 7-15.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN AL DIRECTOR DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE



ESCUELA DE
POSGRADO

UNJBG

Av. Biológico Cuadra 15 1° Piso / Teléfonos: (0051)(052) 241192 - (0051)(052) 583030 Anexo 3061 y 3052
Web: <http://esp.unjbg.edu.pe/> / E-mail: esp@unjbg@gmail.com / Tacna - Perú

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE
DIRECCIÓN EJECUTIVA
30 ABR 2019
TRAMITACIÓN DOCUMENTARIO
REGISTRO N° 5128
Firma: [Firma] 11.04

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 002-2019-ESPG/UNJBG.
Tacna, 09 de abril del 2019

Señor
Med. Pedro Rodas Alejo
DIRECTOR DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
Presente.

De mi especial consideración:

Es grato hacerle llegar un cordial saludo y a la vez aprovechar la ocasión para presentar a la Srta. **MARÍA EMILIA MIRANDA MAQUERA**, egresada de la Maestría en Salud Pública, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, con la finalidad de que se sirvan otorgarle las facilidades para aplicar los instrumentos de evaluación, recolección de datos y elementos valederos que son necesarios para el desarrollo de su Proyecto de Tesis denominado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, MARZO-AGOSTO 2019"**.

Agradeciendo la atención que brinde al presente, hago propicia la ocasión para expresarles los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente;

Jorge Luis Lozano Cervera
DIRECTOR ESPG (e)

Capitular
Tacna
12:30pm

ANEXO 2

CREDECIAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
LEY 27867
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

CREDECIAL

El Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, designado por Resolución Gerencial General Regional N°023-2019-GRR/GOB.REG.TACNA con su modificatoria Resolución Gerencial General Regional N° 105-2019-GRR/GOB.REG.TACNA; a través de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

ACREDITA A:

MARIA EMILIA MIRANDA MAQUERA

Egresado de la Maestría en Salud Pública de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, quien recabará datos en el Programa Estratégico de Prevención de Cáncer, para la realización de su Proyecto de Tesis: **"FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, MARZO – AGOSTO 2019"** por un periodo de 30 días a partir de la fecha.

Se otorga el presente documento para los fines solicitados; al término del estudio entregará un ejemplar empastado de Tesis a la Biblioteca del Hospital, de acuerdo al convenio vigente.

Tacna, 05 de junio del 2019

  PE德罗 CASIANO RODAS ALEJOS Director Ejecutivo Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna	  IRMA VILLAR AGURTO Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna
--	---

PCRA/IVA -035-UADI

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION

FIN: Describir las características sociodemográficas e identificar los antecedentes ginecológicos de las mujeres con cáncer ginecológico.

Presentación: Buen día mi nombre es María Miranda, Obstetra de la Maestría de Salud Pública, estoy realizando un estudio sobre los factores asociados a la calidad de vida. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces expresándoles que es anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

Instrucciones: Lea, complete y marque con un aspa (X) según sea su caso.

A) Factores demográficos

1. Edad del paciente:años
2. Estado civil: a) Soltera, b) conviviente, c) casada, d) separada o divorciada, e) viuda
3. Nivel educativo: a) sin grado de instrucción, b) primaria, c) secundaria, d) superior no universitario, e) universitario.
4. Ocupación: a) ama de casa, b) estudiante, c) independiente, d) empleado, e) desempleado.
5. Establecimiento de salud del cual procede:
6. Localidad o distrito:

B) Factores sociales

1. Vivienda: a) alquilada, b) alojada, c) propia.
2. Afiliación al sistema de salud: a) con SIS, B) sin SIS.
3. Nivel de estado socioeconómico: a) no pobre, b) pobre, c) pobreza extrema.
4. Hábitos nocivos:
 - a) Tabaquismo: si (), no ().
 - b) Alcoholismo: si (), no ().

C) Factores gineco obstétricos

1. Menarquia: años
2. Edad de inicio de relaciones sexuales: años

3. Poliandria:
4. Antecedente de ITS: si (), no ().
5. Paridad: GPARA:
6. Edad del primer parto:
7. Numero de partos vaginales:
8. Uso de métodos anticonceptivos: a) píldoras anticonceptivas, b) inyectable trimestral, c) inyectable mensual, d) implante, e) T de cobre, f) condones, g) ninguno.
9. Ultimo Papanicolau negativo:años
10. Molestia principal: a) dolor, b) ginecorragia, c) flujo vaginal, d) sangrado, e) otros.

CUESTIONARIO SF – 36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1) En general, usted diría que su salud es:

- | | | |
|--------------|------------|---------|
| a. Excelente | c. Buena | e. Mala |
| b. Muy buena | d. Regular | |

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco |
|-------------------------|--------------------------|

c. No, no me limita nada

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

a. Sí , me limita mucho

c. No, no me limita nada

b. Sí, me limita un poco

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí , me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí , me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias:

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|
| a. Siempre | c. Muchas veces | e. Sólo alguna vez |
| b. Casi siempre | d. Algunas veces | f. Nunca |

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- | | |
|----------------------|---------------------|
| a. Totalmente cierta | d. Bastante falsa |
| b. Bastante cierta | e. Totalmente falsa |
| c. No lo sé | |

34) Estoy tan sano como cualquiera.

- | | |
|----------------------|---------------------|
| a. Totalmente cierta | d. Bastante falsa |
| b. Bastante cierta | e. Totalmente falsa |
| c. No lo sé | |

35) Creo que mi salud va a empeorar.

- | | |
|----------------------|--------------------|
| a. Totalmente cierta | b. Bastante cierta |
|----------------------|--------------------|

c. No lo sé

e. Totalmente falsa

d. Bastante falsa

36) Mi salud es excelente

a. Totalmente cierta

b. Bastante cierta

c. No lo sé

d. Bastante falsa

e. Totalmente falsa

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON
LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO UTERINO ATENDIDAS EN EL
PREVENTORIO DE CANCER DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA

SETIEMBRE - DICIEMBRE 2019

Yo.....ide
ntificada con DNI....., domiciliada en
..... He sido informada de los objetivos del estudio
“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON
LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO UTERINO ATENDIDAS EN EL
PREVENTORIO DE CANCER DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA,
SETIEMBRE - DICIEMBRE 2019”, cuyos resultados nos permitirán conocer los
factores asociados a la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de
lesiones precancerosas de cuello uterino; así mismo, el equipo investigador
garantiza un cuidadoso manejo de la información recabada garantizando la
privacidad de todas las participantes del estudio. Teniendo conocimiento de los
propósitos y la forma del manejo de la información acepto participar
voluntariamente en el presente estudio. Así mismo, en cualquier momento podré
voluntariamente retirarme del estudio sin perjuicio de la atención que recibiré en
el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

.....

Firma del paciente