

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE ANSIEDAD Y AUTOESTIMA EN MUJERES CON CÁNCER
DE CUELLO UTERINO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL
ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

AUTORES:

**AYMEÉ STÉFANI ESCOBAR QUISPE
FABIOLA SADITH POMA ORE
MARÍA ISABEL PARIONA PARIONA**

**Callao – 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN SECRETARIA
- MG. NANCY CIRILA ELLIOT RODRÍGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta de Sustentación: 006

Fecha de Aprobación de la Tesis : 18/05/2018

Resolución Decanato N° 1096-2018-D/FCS de fecha 15 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles.

ASEQ

La presente tesis la dedico a toda mi familia, principalmente a mi madre que ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, a mi esposo, gracias por estar presente en esos momentos difíciles brindándome amor, paciencia y comprensión y a mis hijos por ser mi fuente de motivación e inspiración.

F.S.P.O.

A mi esposo por acompañarme en este difícil camino que he transitado con esmero y sacrificio, a ti por tu paciencia y apoyo incondicional para seguir y no desfallecer para alcanzar esta meta.

M.I.P.P.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por protegernos durante todo nuestro camino y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda nuestra vida.

A los Docentes de la Especialidad de Oncología, por habernos compartido sus conocimientos durante nuestra formación profesional.

A todos las Licenciadas en Enfermería del Servicio de Oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, quienes nos brindaron las facilidades para aplicar los instrumentos de recolección de datos.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE TABLA	8
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Identificación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	15
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes del estudio.....	17
2.2. Bases Epistémicas.....	19
2.3. Bases Culturales	21
2.4. Bases Científicas	26
CAPÍTULO III	64
VARIABLES E HIPÓTESIS	64
3.1. Definición de variables	64
Hipótesis general:.....	66
CAPÍTULO IV	67
METODOLOGÍA	67
4.1. Tipo de investigación	67
4.3. Población Muestral.....	68
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	68
4.5. Procedimiento de recolección de datos.	68
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	68
CAPÍTULO VI	74
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	74
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	74
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	74

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS	81
ANEXO N° 01.....	82
Matriz de Consistencia.....	82
ANEXO N° 02.....	83
Escala de Ansiedad.....	83
ANEXO N° 03.....	85
Escala de Autoestima	85
ANEXO N° 04.....	86
Categorización de Variables.....	86
ANEXO N° 05.....	87

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 5.1.	Relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo	66
Tabla 5.2.	Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo	67
Tabla 5.3.	Nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo	68

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 5.1.1. Relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo	66
Figura 5.2.1. Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo	67
Figura 5.3.1. Nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo	68

RESUMEN

Hoy en día, las enfermedades oncológicas constituyen un grave problema de salud para la humanidad por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. El tener miedo, sentir ansiedad, depresión, la autoestima baja, son reacciones muy normales que aparecen frente al diagnóstico de pacientes mujeres con cáncer de cuello uterino, en este marco se planteó la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo 2017?, teniendo como objetivo determinar la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con diagnóstico de cáncer al cuello uterino que acuden al Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2017, la metodología que se aplicó fue, tipo de investigación: Observacional, diseño de investigación: No experimental, transversal, correlacional, la población con la que se trabajó fue constituida por 26 pacientes, la técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento la escala de ansiedad y la escala de autoestima, los resultados que se obtuvieron: fue que el 30,8% presentaron ansiedad moderada y autoestima media. El 19,2% con ansiedad leve y autoestima baja. Asimismo, el 19,2% con ansiedad leve y autoestima media. Se concluye que la relación es significativa entre el nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino.

Palabras clave: Ansiedad, autoestima, cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

Nowadays, oncological diseases constitute a serious health problem for humanity due to their high morbidity and mortality rates. Being afraid, feeling anxiety, depression, low self-esteem, are very normal reactions that appear in front of the diagnosis of women with cervical cancer, in this frame the following question was posed: What is the relationship between level of anxiety and self-esteem? in women with cervical cancer from the Oncology Service of the Daniel Alcides Carrion - Huancayo 2017? Surgical Clinical Teaching Hospital, with the objective of determining the relationship between the level of anxiety and self-esteem in women diagnosed with cancer of the cervix. The methodology that was applied was: Type of research: Observational, research design: Non-experimental, cross-sectional, correlational, the population with which work was constituted by 26 patients, the technique that was used was psychometric, the results that were obtained They indicate that the relationship is significant between the level of anxiety and self-esteem in women with cancer of the cervix, due to a p value of 0.004. That is, less than half have moderate anxiety and average self-esteem. More than half of women with cervical cancer present moderate anxiety, followed by mild anxiety and finally with severe anxiety. Half of women with cancer of the cervix present average self-esteem, followed by those with low self-esteem and finally with high self-esteem.

Keywords: Anxiety, self-esteem, cervical cancer

INTRODUCCIÓN

El tener miedo, y sentir ansiedad, depresión con lleva a que la paciente también presenta la autoestima baja; estas son reacciones muy normales que aparecen frente al diagnóstico de cáncer. Desde el punto de vista social están asociadas con un impacto negativo, pues generan serios problemas de orden psicológico, familiar, laboral y social. Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía a la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones. En todo cáncer la autoestima se ve deteriorada como consecuencia de los tratamientos, y efectos secundarios, cambio en su imagen corporal e incertidumbre ante el futuro, etc.

Cuando surge la enfermedad, las cosas no salen como habían planificado, la autoestima baja. El cáncer y los tratamientos recibidos pueden dañar tu autoestima de varias formas: Por los cambios en su imagen (pérdida del cabello y peso, cicatrices, secuelas de la cirugía), cambios en su independencia y estilo de vida (no poder trabajar todavía, cambio en el trabajo, deporte, etc.). Por las consecuencias derivadas de los tratamientos sobre algún órgano o función determinada (fertilidad, habla, movilidad, etc.). La presencia de alguna de estas consecuencias hace que se sienta la paciente menos valiosa, menos útil o menos atractivo. Esto genera sentimientos de inseguridad y puede provocar aislamiento, reducir las relaciones sociales, alejamiento de la pareja y de los demás, y en general, limita su actividad diaria. Frente a esta problemática identificada realizamos el presente estudio con el objetivo determinar la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema

Según los datos epidemiológicos a nivel del Perú se observa un incremento en la cantidad de pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino anualmente (24.1% de los cánceres), en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres.

Los agentes desencadenantes de la ansiedad y la autoestima en pacientes son la enfermedad como el cáncer, los diversos tipos de tratamiento e intervenciones que son sometidos y cambios corporales. La aparición o aumento del dolor hace que el paciente piense que su enfermedad se va agravando, estos pensamientos negativos generan un aumento de la ansiedad y hace que disminuya la autoestima.

La confirmación de la enfermedad del cáncer en una paciente causa un desequilibrio en su vida, tanto por el diagnóstico como por el tratamiento, ya que el tratamiento no solo afecta el aspecto físico, también influye en otras áreas como el bienestar emocional, las relaciones sociales, la autoestima y el no poder realizar sus actividades, lo que hace que las pacientes tengan que adaptarse a cambios muy importantes en su vida.

Los efectos secundarios del tratamiento afectan al paciente; como en la pérdida del cabello y peso, la infertilidad, los cambios corporales, la pigmentación de la piel y uñas, la sudoración, constantes cefaleas, náuseas y vómito, la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la muerte la pérdida de la esperanza por seguir viviendo, entre otros; afectan

negativamente el bienestar emocional de la paciente, dichos efectos secundarios en muchos casos juegan un papel muy importante en la imagen corporal y la autoestima de las pacientes.

En la mayoría de los casos es una experiencia estresante y traumática debido a las diversas situaciones a las que tiene que enfrentarse la persona durante el transcurso de la enfermedad. Todas estas circunstancias pueden hacer que los pacientes con cáncer al cuello uterino tienen un mayor riesgo de experimentar problemas y trastornos emocionales, como la ansiedad y la autoestima y se formulo la siguiente pregunta.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo?
- ¿Cuál es nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo

1.3.2. Objetivos específicos

- Relacionar el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.
- Relacionar el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

1.4. Justificación

En la actualidad se observa un incremento de la incidencia de casos de pacientes con cáncer al cuello uterino en el Perú, ya que cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres.(6)

Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto, un problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados. El cáncer avanza silenciosamente, sin síntomas. Para

cuando hay síntomas la enfermedad esta usualmente muy avanzada. Por ello, es que es necesario hacer el tamizaje o despistaje para encontrar la infección o las lesiones tempranas y ofrecer alternativas de tratamiento.

La mayoría de los casos de cáncer experimentan casos estresantes y traumáticas debido a las diversas situaciones a las que tiene que enfrentarse la persona durante el transcurso de la enfermedad. Todas estas circunstancias pueden hacer que los pacientes con cáncer tengan un mayor riesgo de experimentar problemas y trastornos emocionales, como puede ser la ansiedad y la autoestima.

La buena identificación de los niveles de ansiedad y autoestima en pacientes con cáncer al cuello con llevara a mejoras que permitan la pronta recuperación del paciente.

Con la presente investigación se propone 02 instrumentos de recolección de datos válido y confiable para medir nivel de ansiedad y autoestima a pacientes con cáncer. Con ambos documentos metodológicos estaríamos contribuyendo en este aspecto.(1)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

ORTIZ y otros (Colombia-2014), (2) en la investigación “Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer al cuello uterino”, consideraron como **objetivo**, identificar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento, los niveles de autoestima, ansiedad y depresión en un grupo de 17 pacientes adultos con diagnóstico de cáncer al cuello uterino. **Metodología**, el estudio es de tipo descriptivo correlacional, en un grupo de 17 pacientes adultos con diagnóstico de cáncer, para lo cual se emplearon la Escala de Autoestima de Rosemberg, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (had) y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (eec-m). **Resultado**, existe una correlación significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima y entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, reevaluación positiva y reacción agresiva. Al igual que una correlación significativa entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, negación, reacción agresiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento.

CARVALHO y otros (Brasil-2015), (3) en la investigación “Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico”, precisaron como **objetivo**: evaluar la autoestima de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. **Método**: estudio descriptivo-analítico; transversal; cuantitativo. Participaron 156 pacientes de una unidad de oncología de un hospital general de medio porte. **Resultados**: se encontró mayor

frecuencia de pacientes que presentaron autoestima alta, algunos de los cuales presentaron autoestima media o baja. La escala presentó valor alfa de Cronbach de 0,746, teniendo en cuenta su consistencia interna buena y aceptable para los ítems evaluados. Ninguna variable independiente presentó asociación significativa con la autoestima. **Conclusión:** los pacientes oncológicos evaluados presentaron autoestima alta; por lo tanto, resulta crucial que la enfermería planee la asistencia de los pacientes en tratamiento quimioterápico, permitiendo acciones y estrategias que atiendan los mismos acerca de su estado físico, así como al psicosocial, teniendo en cuenta el mantenimiento y la rehabilitación de aspectos emocionales de estas personas.

BARAHONA (Perú-2012), (4) en la tesis “Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer al cuello uterino en la salud mental de pacientes adultos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. 2011 Lima, Perú”, consideró como **objetivo:** Determinar los niveles de estrés, depresión, ansiedad y delirium. Si hay relación entre ellos con el sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil, tipo de ocupación, creencia religiosa y pronóstico en pacientes adultos con cáncer. **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo en 169 pacientes de ambos sexos que conocieron su diagnóstico de cáncer al cuello uterino. Ingresaron al estudio de acuerdo a como se fueron internando en los servicios de Oncología del Hospital Rebagliati, Lima, Perú, en el 2012. El estudio no fue aleatorio. Se aplicaron cinco instrumentos validados: la ficha epidemiológica, la escala de autoevaluación de la depresión de Zung, la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung, el Breve cuestionario del estrés y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. **Resultados:** El estrés estuvo presente en el 50.3 % de los pacientes; la depresión, en 58.6 %; la ansiedad, en 18.3 %; el delirium en el 0.6 %. No tuvieron significación estadística con: el

sexo, la edad, nivel de escolaridad, el estado civil, la ocupación, la creencia religiosa o no, y el pronóstico del cáncer. El estrés, la depresión y la ansiedad estuvieron presentes en el 16 % de los casos, el 63 %, presentó por lo menos una de estas condiciones. El estrés estuvo asociado con la depresión (OR 8.6, IC 95 % 3.9-18.8) y con la ansiedad (OR 3.6, IC 95 % 1.1-11.1), en el modelo de regresión logística. Conclusiones: El 16 %, presentó las tres condiciones patológicas, mayor que en el estudio de magistrados de Lima. El 66.3 %, presentó por lo menos una de ellas. El estrés tuvo relación estadísticamente significativa con la depresión y ansiedad en el modelo de regresión logística. Un tercio, se adaptó bien al estrés que produce la enfermedad.

2.2. Bases Epistémicas

Se aplica el modelo de la Teoría según Lakatos

El Programa de Investigación Científica consiste en una sucesión de teorías relacionadas entre sí, de manera que unas se generan partiendo de las anteriores. Estas teorías comparten un núcleo firme o duro (NF). El núcleo firme está protegido por un Cinturón protector (CP) que consiste en un conjunto de hipótesis auxiliares que pueden ser modificadas, eliminadas o reemplazadas por otras nuevas con el objetivo de impedir que se pueda falsar el núcleo firme. En este modelo, el núcleo central al que no se debe atacar de un modo directo a través del modo falsacionista sería:

Las relaciones sexuales con múltiples parejas y sin preservativo son el factor de riesgo más importante para la infección por el Virus del Papiloma Humano y evolución a cáncer de cérvix. El cinturón protector está formado por una serie de hipótesis previas que protegen el Núcleo Firme, por ejemplo:

- El uso del preservativo protege de la infección por Virus del Papiloma Humano en un 70% de los casos.
- El uso prolongado de anticonceptivos está vinculado con la persistencia de infecciones y duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.
- En las trabajadoras sexuales la frecuencia de infección viral de alto riesgo es hasta 14 veces más elevada en relación a la población en general.

Se aplica el modelo de la Teoría según Kuhn

Thomas Kuhn introdujo la teoría de "las Revoluciones Científicas". Según Kuhn, las ciencias no progresan siguiendo un proceso uniforme por la aplicación de un hipotético método científico. Se verifica en dos fases diferentes de desarrollo científico. En un primer momento, hay un amplio consenso en la comunidad científica sobre cómo explotar los avances conseguidos en el pasado ante los problemas existentes, creándose así soluciones universales que Kuhn llamaba paradigma (compromisos compartidos por una comunidad de científicos).

En un segundo momento, se buscan nuevas teorías y herramientas de investigación conforme las anteriores dejan de funcionar con eficacia. Si se demuestra que una teoría es superior a las existentes entonces es aceptada y se produce una "revolución científica".

Una vez descubierto el origen viral del cáncer de cuello uterino se abrieron nuevas e interesantes opciones en la prevención y tratamiento de las lesiones asociadas al Virus del Papiloma Humano (cambio del paradigma dominante).

Se considera Revolución Científica la introducción de las vacunas tetravalente y trivalente como potencial preventivo en la población que no ha estado en contacto con el virus.

Se aplica el modelo de la Teoría de Virginia Henderson

En 1995 reviso un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1992, diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson formulo una definición propia de la enfermería, esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una disciplina separada de la Medicina. Es decir, trabajo en definir la profesión y que eran los cuidados de enfermería. Para ella fue "Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyen a su salud, recuperación a lograr una muerte digna". Actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible.

2.3. Bases Culturales

El cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina. La incidencia en la región es de 21,2 casos por 100 000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.

La mortalidad en la región es de 8,7 defunciones por 100 000 mujeres. El 75% de las 28 565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana (21,9), Bolivia (21,0) y Nicaragua (18,3).

En nuestro país durante el año 2014 se diagnosticaron 1 461 casos nuevos, 185 más que en 2013 y en el año 2015, 1 441. Se produjeron 485 muertes en 2014 y 465 en 2015 para una tasa de 8,7 y 8,3 respectivamente .

Historia natural de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano y del cáncer de cuello uterino.

La infección por el virus del Virus del Papiloma Humano es el factor etiológico considerado en el cáncer de cuello uterino y está íntimamente relacionado con la conducta sexual. Existen cuatro fases fundamentales en el desarrollo del cáncer de cuello uterino: la infección por el Virus del Papiloma Humano del epitelio metaplásico en la zona de transformación, la persistencia viral del, Virus del Papiloma Humano la progresión clonal del epitelio persistentemente infectado a lesiones precancerosas y la invasión a través de la membrana basal del epitelio.

Los factores de riesgo para la adquisición de la infección por Virus del Papiloma Humano son históricamente asociados a:

- Inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana.
- Elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes.
- Un elevado número de parejas sexuales del marido o de la pareja masculina.

Estos parámetros de comportamiento sexual se asocian con un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino en las mujeres, y a un mayor riesgo de infecciones anales, tumores de ano y de pene en los hombres homosexuales. La mayoría de los hombres y mujeres en el mundo se infectan por el Virus del Papiloma Humano al menos una vez en su vida. Pero solo una pequeña parte de las mujeres desarrolla cáncer de cuello uterino. Esto significa que el

90% de las infecciones por Virus del Papiloma Humano regresan espontáneamente; solo un pequeño porcentaje progresa a cáncer. La mayoría de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano son asintomáticas.

El ciclo viral del virus comienza cuando partículas virales infecciosas alcanzan la capa basal del epitelio donde se unen y entran en las células a través de micro lesiones. El genoma viral se mantiene en la capa basal del epitelio. A medida que las células basales se diferencian, el ciclo de vida viral pasa por etapas sucesivas de amplificación del genoma, ensamblaje viral y liberación viral, con un cambio concomitante en los patrones de expresión de los genes tempranos y tardíos.

En todos los casos de cáncer de cuello uterino se detectan tipos del Virus del Papiloma Humano oncogénicos. Los ocho tipos más comunes en todas las regiones del mundo son los HPVs 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58, responsables del 80% de los casos de cáncer de cuello uterino.

Prevención y control del cáncer de cuello uterino constituye un problema social

Teniendo en cuenta la prevalencia del cáncer de cuello uterino la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra una gran preocupación por controlarlo, es uno de los más estudiados por patólogos, epidemiólogos y ginecólogos. La posibilidad que ofrece su localización y su frecuencia permite su amplio estudio, tal es así, que es una de las neoplasias más conocidas en la actualidad en lo referente a epidemiología, etiopatogenia e historia natural.

Diferencias entre condiciones sociales, trabajo, educación, nutrición y de acceso a los servicios de salud se presentan entre países

desarrollados y en desarrollo y constituyen en desafío para todas las sociedades. Estudios han encontrado mayor proporción de lesiones de cuello uterino en mujeres con menor nivel educacional y también en mujeres multíparas .

Existen a nuestro juicio cuatro componentes básicos del control del cáncer de cuello uterino: la prevención primaria, la detección precoz (programas de pesquisa y diagnóstico precoz), el diagnóstico y tratamiento, así como los cuidados paliativos en la enfermedad avanzada. Los programas de detección y control del cáncer de cuello uterino son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que serían en otro concepto la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad. También las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano antes del comienzo de la vida sexual.

La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentar la posibilidad de cura, mejorar la calidad de vida, la sobrevida y disminuir la mortalidad por cáncer.

La prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación y prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Mas el control del cáncer depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica y del diagnóstico precoz de la enfermedad.

El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que

es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este en escamoso, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino. Se considera que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer de cuello uterino debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la infección por el Virus del Papiloma Humano.

En relación con la multiparidad, se plantea que, con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino debido a mayor número de contactos sexuales, a traumas cervicales, desgarros del parto no suturados con más exposición a virus oncogénicos y a cambios hormonales con posible acción carcinogénica. El hábito de fumar también incrementa el riesgo de cáncer de cuello uterino, pues la nicotina, una vez en el torrente sanguíneo, al llegar al cuello uterino se transforma en un oncógeno capaz de inducir cambios mitogénicos en las células cervicales.

En la actualidad existen dos vacunas del Virus del Papiloma Humano profilácticas ampliamente comercializadas a niveles internacionales y autorizadas a nivel global su administración desde enero de 2011: la vacuna tetravalente (GARDASIL) y la vacuna bivalente (CERVARIX). Ambas vacunas son diseñadas para prevenir la infección del Virus del Papiloma Humano por los serotipos 16 y 18 y en última instancia el cáncer de cuello uterino asociado a estos serotipos, no eliminan infecciones ya existentes por el Virus del Papiloma Humano, ni tratan patologías asociadas a este.

La vacuna tetravalente previene la infección por los serotipos 16, 18, 6 y 11, la bivalente solo el 16 y 18. Ambas vacunas parecen

conferir protección cruzada contra los serotipos filogenéticamente relacionados con los serotipos 16 y 18, ambas inducen elevada titulación de anticuerpos neutralizantes, inmunidad humoral y también celular, en la población femenina en edades prepúberes y adolescentes.

En la mayor parte del mundo se realizan acciones para controlar el cáncer de cérvix. El test de Papanicolau o prueba citológica se aplica en casi todo el mundo, contribuye a la detección precoz de esta neoplasia y su correspondiente tratamiento, aunque existen fallos en este programa por falta de control. Es importante señalar que la citología es una prueba cuya sensibilidad no es muy elevada, por lo tanto, la importancia de la realización de la misma está en la repetitividad.

Para la detección precoz de esta enfermedad en nuestro medio es de suma importancia la realización de la prueba citológica en todos los grupos de edades comprendidos en el programa. Aunque consideramos el inicio de la toma de muestra de la misma no está en correspondencia con el inicio cada vez más precoz de la vida sexual en adolescentes junto a conductas irresponsables en este sentido; lo cual favorece la adquisición y persistencia de infección por el Virus del Papiloma Humano que es el factor etiológico reconocido en la enfermedad. (6)

2.4. Bases Científicas

2.4.1. Ansiedad

Definición: La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común,

junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia (7).

La ansiedad es parte normal de la vida y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la persona. Ante una señal o amenaza de peligro, se produce una reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder.

La ansiedad es una emoción, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los “nudos en el estómago”, la diarrea y otras muchas más. Cuando se sobrepasa una intensidad que la hace intolerable o cuando dificulta la capacidad de adaptarse de la persona, la ansiedad puede afectar a la vida cotidiana y puede convertirse en un problema.

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Factores que influyen en la ansiedad

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero parece que pueden originarse por la combinación de varios factores. Intervienen factores genéticos (hereditarios y familiares), neurobiológicos (áreas del cerebro y sustancias orgánicas), psicológicos, sociales y culturales. En el proceso de la aparición de la ansiedad tienen importancia tanto los factores de predisposición individual (personalidad) como los derivados del entorno.

Signos y Síntomas de la Ansiedad

La ansiedad usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas físicos tales como:

- Fasciculaciones o temblores.
- Tensión muscular, dolores de cabeza.
- Sudoración.
- Resequedad en la boca, dificultad para deglutir.
- Dolor abdominal (puede ser el único síntoma de estrés especialmente en un niño).
- Algunas veces, otros síntomas acompañan a la ansiedad como: Mareo, frecuencia cardíaca rápida o irregular, respiración rápida, diarrea o necesidad frecuente de orinar, fatiga, irritabilidad, incluyendo (pérdida del temperamento, dificultad para dormir, pesadillas y disminución de la capacidad de concentración).
- Problemas sexuales.

Clasificación

Aunque hemos iniciado hablando de la ansiedad como trastorno afectivo, que como tal implica un mal funcionamiento de los procesos emocionales del individuo, para comprender mejor la

extensión de este concepto es necesario hacer una distinción fundamental; diferenciando la ansiedad clínica o patológica de la no clínica.

Ansiedad no clínica

Dentro de este tipo de ansiedad se definen dos tipos.

Ansiedad rasgo, (también denominada, en ocasiones neuroticismo) es una dimensión de personalidad bien definida por numerosos autores. Es una condición del individuo que ejerce una influencia constante en su conducta, ante una situación determinada el individuo con mayor grado de este tipo de ansiedad está más expuesto a experimentarla; así la intensidad de sus respuestas emocionales está en función a las características de la situación y de su personalidad.

Ansiedad estado, es la segunda forma de ansiedad no clínica, es una reacción emocional puntual suscitada por un contexto amenazante o una situación estresante, que tiene una duración limitada y que varía en intensidad, se caracteriza por diversas reacciones fisiológicas asociadas, que en su mayoría son desagradables. Sólo cuando ambas condiciones se manifiestan de manera persistente y especialmente intensa, perturbando el funcionamiento diario del individuo, pueden constituir una patología de ansiedad o ansiedad clínica.

Ansiedad y sexo

Las mujeres son fundamentales en todas las esferas de la sociedad, sin embargo, debido a la gran cantidad de funciones que han de desempeñar en la misma, corren un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad. Las investigaciones sobre los problemas mentales, de comportamiento y sociales más generalizados en la comunidad han

revelado que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer trastornos mentales específicos. Los más comunes son la ansiedad, la depresión, las secuelas de la violencia doméstica y sexual, y el consumo de sustancias, que está aumentando vertiginosamente. Las tasas de prevalencia de la depresión y de los trastornos de ansiedad, así como del agotamiento psicológico, son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Estos datos coinciden en una serie de estudios realizados en diferentes países y asentamientos.

De acuerdo a los resultados de un estudio publicado por la revista *Psychiatric Genetics*, un grupo de científicos demostró que las mujeres sufren más ansiedad que los hombres porque tienen un nivel más bajo del químico de la enzima catecol ometil transferasa (COMT) que controla ese estado de ánimo. El hecho de tener menos cantidad de esta sustancia hace que una persona se sienta más ansiosa y tensa. El estudio indica que las mujeres tienen una versión diferente del gen que produce esa enzima y, por lo tanto, tienen más probabilidades de preocuparse.

Ansiedad y edad

Los trastornos de ansiedad pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Sin embargo, algunos trastornos de ansiedad suelen aparecer de forma más frecuente en determinadas etapas o períodos. Gregorio Pérez Hernández, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, realizó un estudio donde se revela que la ansiedad es un padecimiento registrado con mayor frecuencia entre personas de 20 a 30 años. Se considera que, en ese periodo, toda persona se encuentra en una interfaz entre el organismo y sus transacciones con el medio. Se espera que muchas metas, planes y logros se empiecen a concretar, si alguien no ha sido capaz de "triunfar" a esa edad se siente fracasado; la

falta de desarrollo social al no conseguir un buen empleo, no consolidar una familia, entre otros factores.

Ansiedad y cargas familiares

Es sabido que el nivel de ansiedad es mayor en cualquier situación en la que se ve amenazada la integridad de la persona que tiene cargas familiares a su cargo, pero esta disminuye cuando tanto el hombre como la mujer que conforman el hogar trabajan, existiendo un doble ingreso, responsabilidades y obligaciones compartidas.

Ansiedad y cáncer

Muchas personas con cáncer experimentan síntomas de ansiedad. Un diagnóstico de cáncer puede generar estos sentimientos:

- Temor a los efectos secundarios del tratamiento o relacionados con este.
- Temor a una recidiva del cáncer o a su diseminación después del tratamiento.
- Incertidumbre.
- Preocupación por perder la independencia.
- Inquietud sobre cambios en las relaciones.
- Temor a la muerte.

Es posible que la ansiedad dificulte afrontar el tratamiento del cáncer. También puede interferir en su capacidad de tomar decisiones sobre su atención. En consecuencia, la identificación y el tratamiento de la ansiedad son aspectos importantes del tratamiento del cáncer.

Detección de la ansiedad

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology, ASCO) recomienda hacer una

detección de la ansiedad. Esta debe hacerse cuando reciba un diagnóstico de cáncer y en intervalos periódicos durante su tratamiento y recuperación.

Tratamiento

Existen diversas formas de lidiar con la ansiedad. Muchas se usan en conjunto. Hable con su médico o un consejero profesional para encontrar las mejores opciones para usted.

- a) **Técnicas de relajación.** Pueden usarse técnicas de relajación solas o para complementar otros tipos de tratamiento. Pueden implementarse algunos de los siguientes métodos con un poco de orientación. Otros pueden requerir la ayuda de un instructor.
- Respiración profunda.
 - Relajación muscular progresiva. Es una técnica que conlleva la contracción y luego la relajación de los músculos. Comienza desde los pies o la cabeza y relaja progresivamente los músculos de todo el cuerpo.
 - Ensoñación dirigida. Es el uso de palabras y sonidos para ayudarlo a imaginar escenarios, experiencias y sensaciones positivas.
 - Meditación. Es una práctica que centra la atención en una dirección para alcanzar una sensación de conexión con el momento presente y reducir el estrés.
 - Hipnosis.
 - Biorretroalimentación. Conlleva prestar atención a señales del cuerpo y controlarlas, como la frecuencia cardíaca. Las señales del cuerpo se miden con sensores eléctricos indoloros, denominados electrodos.

- Yoga. Es el uso de ejercicios de respiración y posturas para promover la relajación.
- b) **Tratamiento psicológico.** Los profesionales de la salud mental incluyen consejeros licenciados, psicólogos y psiquiatras. Brindan herramientas para mejorar las habilidades para sobrellevar la enfermedad, desarrollar un sistema de apoyo y modificar los pensamientos negativos. Las opciones incluyen la terapia individual, de pareja o familiar, y la terapia de grupo. Además, los psiquiatras son profesionales de la salud mental que pueden recetar medicamentos.
- c) **Medicamentos.** Si sus síntomas de ansiedad son de moderados a graves, es posible que los medicamentos lo beneficien. Existen distintos tipos de medicamentos disponibles. Su médico elegirá el medicamento más apropiado en función de estos factores:
 - Sus necesidades.
 - Posibles efectos secundarios.
 - Otros medicamentos que tome.
 - Sus antecedentes médicos. (7)

2.4.2. Autoestima

Definición: Es la capacidad o actitud interna con que me relaciono conmigo mismo, una forma de pensar positivamente y lo que hace que me perciba dentro del mundo, de una forma positiva implicando que uno mismo se acepte, respete y confíe en si mismo o bien con una orientación negativa, según el estado en que me encuentre.

Importancia de la autoestima

El modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta prácticamente de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor o el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotros mismos. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso. También es la clave para comprendernos y comprender a los demás. Aparte de los problemas de origen biológico, no conozco una sola dificultad psicológica desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o la violación de menores, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos que no sea atribuible a una autoestima

Componentes de autoestima

Según José Manuel Lorenzo (2007), basándose en el psicoterapeuta Braden, en la estructura de la autoestima encontramos 3 tipos de componentes que operan de manera interrelacionada. Presentan una influencia mutua. El aumento positivo o el deterioro de algunos de estos componentes comportan una modificación de los otros en el mismo sentido. (5)

Componentes de la Autoestima

- Componente cognitivo (como pensamos):

Indica idea, opinión, percepción de uno mismo a, es el autoconcepto. También acompañado por la autoimagen o representación mental que tenemos de nosotros. Ocupa un

lugar fundamental en la génesis y el crecimiento de la autoestima.

- **Componente afectivo (como nos sentimos)**

Nos indica la valoración de lo positivo y negativo que hay en nosotros. Implica un sentido de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Significa sentirse bien o a disgusto con uno mismo. Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales.

- **Componente conductual (como actuamos)**

Significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento coherente y consecuente. Es la autoafirmación dirigida hacia uno mismo y la búsqueda de consideración y reconocimiento por parte de los demás.

El esquema o modelo presentado por Corno y Snow en 1986 describe estructuralmente la vertiente personal de aprendizaje académico y proponen tres ámbitos de análisis: la cognición, la conación y el afecto.

- **El ámbito cognitivo**, estaría definido por dos grandes tipos de variables: las habilidades (que serán distintas según el enfoque desde el cual se contemplen) y los conocimientos previos (tanto la cantidad y tipo de conocimiento disponible como su estructuración y funcionalidad en la memoria).

- **El ámbito conativo**, estaría integrado por aquellas características de la persona que con el paso del tiempo se conceptualizan como estilos propios de enfrentarse a las tareas de aprendizaje. Dos son los estilos a considerar: los estilos cognitivos (menos dependientes de la tarea específica de aprendizaje y más relacionados con el ámbito de las habilidades cognitivas) y los estilos de aprendizaje (menos relacionados con el ámbito de cognitivo más vinculados al

ámbito del comportamiento y de las tareas de aprendizaje).

(5)

Según Mruk y Alcántara también posee 3 componentes y en pocas palabras los describe:

- **Cognitivo:** se refiere a la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta.
- **Afectivo:** se refiere a la valoración de lo positivo y negativo que hay en el individuo, es un sentimiento de capacidad personal pues implica un diagnóstico del propio merecimiento o valor como ser humano. Este elemento nace de una auto estimación que nace de la observación propia de uno mismo y de la asimilación e interiorización de la imagen y la opinión que los demás tienen y proyectan en nosotros.
- **Conductual:** se refiere a la autorrealización y autoafirmación dirigida hacia llevar a la práctica un comportamiento consecuente lógico racional.

Niveles y/o tipos de autoestima

La autoestima es importante porque es el primer paso en creer en uno mismo. Si uno no cree en uno mismo las demás personas tampoco creerán. Si uno no puede encontrar su grandeza, los demás no podrán encontrarla.

Por eso es muy importante porque la valoración de si mismo es la fuente de la salud mental. La autoestima tiene grandes efectos en sus pensamientos, emociones, valores y metas.

El grado de autoestima que tiene una persona tiene importantes consecuencias en muchos aspectos de la vida, puede condicionar el aprendizaje, los proyectos, la responsabilidad, la profesión , en

definitiva, condiciona de manera notoria nuestro desarrollo personal, nuestra forma de ver y entender el mundo.

Una autoestima positiva, o una autoestima negativa confieren una serie de características a la persona que, según el caso, proporcionan una serie de ventajas o inconvenientes.

Por su parte Coopersmith, plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconceptos disimiles. Caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:

- **Autoestima Alta:** También llamada autoestima positiva, es el nivel deseable para que una persona logre sentirse satisfecha en la vida, sea consciente de su valía y de sus capacidades y pueda enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva. Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y mantienen altas expectativas con respecto a trabajo futuros, manejan la creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos, caminan hacia metas realistas.

- **Autoestima Media:** Esta autoestima media o relativa supone cierta inestabilidad en la percepción de una misma. Si bien en algunos momentos la persona con autoestima media se siente capaz y valiosa, esa percepción puede cambiar al lado opuesto, a sentirse totalmente inútil debido a factores variados, pero especialmente a la opinión de los demás. Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto numero de afirmaciones positivas,

siendo mas moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.

- **Autoestima Baja:** Son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar de los demás, su actitud hacia si mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades.

Ineptitud, incapacidad, inseguridad y fracaso son los términos que acompañan a una persona con autoestima baja. Se trata de un estado de autoestima que debemos evitar en nuestro camino hacia la felicidad.

Lo ideal es mantener la autoestima alta y para ello existen una serie de técnicas que iremos viendo a lo largo de las siguientes semanas. Hay que tener muy claro que la autoestima se puede mejorar, aumentar y que no solo se puede, sino que además se debe. Porque los problemas de autoestima no afectan solo a al desarrollo personal.

Características de la persona con una autoestima positiva

- Experimenta un sentimiento de agrado y satisfacción consigo misma: se conoce, se valora y se acepta con todas sus virtudes, defectos y posibilidades.
- Siente que las limitaciones no disminuyen su valor esencial como persona y se descubre como alguien “querible”, es decir, como alguien digno de ser querido.
- Le otorga suficiente importancia al cuidado de si misma.
- Tiene el valor de asumir riesgos y enfrentar los fracasos y frustraciones como oportunidades para aprender a crecer y los asume como desafío siendo capaz de separarlos de si misma.

- Los riesgos que asume los realiza con la previa evaluación de las posibles consecuencias y no espera depender de los demás para que le ayuden ante posibles apuros.
- Logra aprender de los errores, tratando de no repetirlos.
- Es una persona asutoanalítica. Acepta sus logros y sus aspectos fuertes, así como no tienen inconveniente en aceptar sus errores.
- Intenta mejorar su comportamiento y su rendimiento, acepta también el consejo y las criticas constructivas.
- Busca constantemente el desarrollo personal.
- Manifiesta tranquilidad, incluso siente retos difíciles. Se caracteriza por ser una persona abierta, expresiva, positiva, optimista, enérgica, resuelta y llena de vida y emprende sus actividades con entusiasmo y motivación.
- No se siente paralizada por las preocupaciones ni por el miedo, ni pierde tiempo en lamentaciones.
- Se siente segura de si misma. Se siente capaz de actuar con independencia y autonomía. No necesita saber opinión de los demás para tomar decisiones o actuar.
- No necesita la ayuda ni la presencia de otros para lograr que su propósito sea eficiente.
- Confía en su mente, lo que le da seguridad en las actividades que realiza.
- Es sociable y cooperativa, pero no busca llamar la atención. Le agrada tanto escuchar como ser escuchada.
- No se siente amenazada por el éxito y la felicidad ajena, incluso suele fomentar el desarrollo y bienestar en los demás.
- Defiende sus derechos y necesidades, incluso lucha por conseguirlas para otros.

- Acepta y valora a los demás tal cual son. Puede establecer relaciones de sana dependencia comunicándose de manera clara y directa con ellos.
- Tiene la capacidad y la buena disposición para permitir que los seres queridos sean lo que ellos elijan sin presionarlos para inducirlos en sus preferencias. Puede ser amable sin sacrificarse a si mismo. Puede cooperar con los demás sin traicionar sus normas y convicciones.

Características de la persona con Autoestima Negativa

- Se siente descontenta consigo misma, pues se considera poco valiosa, e incluso en casos extremos, sin ningún valor, y por lo tanto "no querible".
- Esta convencida de que no tiene aspectos positivos para enorgullecerse, tiene conciencia de sus defectos, pero tiende a sobredimensionarlos.
- No conoce quien es, ni cuales son sus capacidades y habilidades que la hacen digna de ser querida por ella misma y por los demás.
- Con frecuencia presentan una actitud de queja y critica, triste, insegura, inhibida y poco sociable derrotista y poco vital, les falta espontaneidad y presentan agresividad.
- Manifiestan la necesidad compulsiva de llamar la atención y de aprobación, la necesidad imperiosa de ganar.
- Presentan un temor excesivo a equivocarse: prefieren decir "no se". Tienen un marcado sentido del ridículo.
- Prefiere ser descrita como perezosa que como incapaz.
- Evitan los desafíos por temor al fracaso.
- Constantemente busca el apoyo y la aprobación de los demás.

- Oculta sus verdaderos sentimientos y pensamientos cuando cree que estos no concuerdan con los de los demás.
- Presenta gran necesidad de sentirse querida y valorada y, como es dependiente de los demás para su autovaloración, presenta una especial sensibilidad ante cualquier actitud de los otros que le haga sentirse postergada o rechazada. No logra establecer sanas relaciones de dependencia y plantear claramente sus ideas por miedo al rechazo.
- Su reacción frente a un error particular se transforma en una crítica generalizada a todo lo que es como persona.
- Por lo general se siente una persona incompetente y piensa que todo lo hace mal.
- Espera que los demás vean sus puntos débiles y los valoren tan negativamente con ella misma.
- Presenta una personalidad victimiza y ejerce el papel de “pobrecito de mí”, buscando con ello que los demás eleven su energía.
- Es pesimista y no suele percibir las oportunidades positivas. Supone que su eventual éxito es fruto de la suerte y no confía en que dure mucho.
- Carece de habilidades sociales. Le resulta difícil crear y mantener relaciones sólidas y fructíferas.
- Tiende a sentirse afectada fácilmente y la sensación de daño que percibe suele ser más intensa puesto que la asocia, inconscientemente, a situaciones pasadas que le han causado heridas emocionales no curadas.

La autoestima positiva es importante porque cuando las personas la experimentan, se sienten bien y lucen bien, son afectivas y productivas y responden bien a los demás.

Responde a ellos mismos saludablemente, en forma positiva y pueden crecer y cambiar. Ellos saben que pueden ser

amados y son capaces de mejorar. Se ocupan de ellos mismos y de los demás. No necesitan humillar a los demás para sentirse bien.

Cuando la autoestima es baja, nuestra capacidad de enfrentar las adversidades de la vida baja. No caemos frente a las adversidades y nuestro sentido de propio valor disminuye. Nos caemos frente a las adversidades y nuestro sentido de propio valor disminuye. Nos dejamos influenciar por el deseo de evitar el dolor, en vez de experimentar alegría. Todo lo negativo tiene mas influencia en nosotros, en vez de lo positivo. (Branden 1995). (5)

Pirámide de la autoestima

La pirámide de autoestima representa el crecimiento y desarrollo personal del individuo en donde la comunicación y aceptación de uno mismo son fundamentales. La misma esta conformada por cuatro bloques en donde la cúspide representa la autoestima, el punto máximo de aceptación y dignidad del ser humano.

Jesús Díaz Ibáñez, describe los elementos que integran su Pirámide de autoestima.

Autoconocimiento: Me permite ser consciente de mis virtudes, defectos y sobre todo posibilidades para seguir desarrollándome. Me doy cuenta de que tengo habilidades, destrezas y capacidades, pero sobre todo me defino como persona.

Autoconcepto: Es una serie de creencias acerca de si mismo. Se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto, si se cree inteligente o apto, actuará como tal.

Autoevaluación: Capacidad interna para considerar si algo me beneficia, esto es, me ayuda a crecer o, por el contrario, constituye

algo negativo, esto es, algo que entorpece mi desarrollo como persona.

Autoaceptación: Admito en mí todas mis características, sin realizar comparaciones con los demás, o queriendo copiar modelos porque experimento insatisfacción frente a mí.

Autorrespeto: Estar atento y satisfacer mis necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

Autoestima: La autoestima es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, y se acepta y respeta, tendrá autoestima.

El cáncer y la autoestima

La sociedad y la publicidad nos pide ser perfectos. Por eso cuando surge la enfermedad, cuando las cosas no salen como habíamos planificado, nuestra autoestima se resiente.

El cáncer y los tratamientos recibidos pueden dañar tu autoestima de varias formas:

- Por los cambios en tu imagen (pérdida del cabello, aumento de peso, cicatrices, secuelas de la cirugía, pérdida de la mama...).
- Por los cambios en tu independencia y estilo de vida (no poder trabajar todavía, cambio en el trabajo, deporte, etc.).
- Por las consecuencias derivadas de los tratamientos sobre algún órgano o función determinada (fertilidad, habla, movilidad, etc.).

La presencia de alguna de estas consecuencias puede hacer que te sientas menos valioso, menos útil o menos atractivo. Esto genera sentimientos de inseguridad y puede provocar aislamiento, reducir las relaciones sociales, alejamiento de la pareja y de los demás, y en general, puede limitar tu actividad diaria.

Este daño es normal, es algo que les ocurre a muchas personas en tu misma situación. Pero no debes olvidar que la autoestima es algo que podemos trabajar y “reconstruir”.

Necesitamos aceptarnos como un todo, con límites y capacidades. Querernos sin condiciones. Sólo así sentiremos el aumento de la autoestima. Necesitamos valorar lo mejor de nosotros y lo menos bueno.

Los problemas de autoestima se observan en todos los ámbitos de la vida, desde las relaciones sociales, hasta la vida sentimental, pasando por el ámbito laboral. Una autoestima baja puede llevarnos a un menor rendimiento en el trabajo, a una inseguridad personal que genere trastornos emocionales o a mantener relaciones de pareja dependientes y autodestructivas. Para evitarlo, practicaremos con la autoestima hasta que logremos llevarla a los niveles adecuados. (5)

2.4.3. Cáncer al cuello uterino

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

Etiología: El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres se infectan con el Virus del Papiloma Humano alguna vez en su vida, usualmente al inicio de la actividad sexual. La mayoría de las infecciones se resolverán espontáneamente a los 6 y hasta los 24 meses.

Fisiopatología: El primer paso para el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección del cuello uterino por un Virus del Papiloma Humano de tipo oncogénico. La mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo, algunas pocas persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células premalignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal. Algunos tipos de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo tienen más riesgo de persistir. Los serotipos 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%. Las infecciones cervicales con el Virus del Papiloma Humano de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones progresan a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis.

Estos son algunos de los cofactores que se han postulado en el desarrollo de displasias de alto grado:

- El tipo de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo y la infección viral persistente predicen un mayor riesgo de progresión.
- Susceptibilidad genética: La susceptibilidad a cáncer cervical causado por la infección a Virus del Papiloma Humano ha

sido identificada mediante estudios en gemelos y en familiares en primer grado, así como también estudios de asociación genómica. Mujeres que tengan un familiar en primer grado afectado tienen el doble de riesgo de desarrollar un tumor cervical comparado con mujeres que no tienen ningún familiar en primer grado con alguna tumoración cervical. La susceptibilidad genética sin embargo aporta menos del 1% de los cánceres cervicales.

- Condiciones del huésped que comprometan la inmunidad (por ejemplo, mal estado nutricional, y la infección por el Virus del Papiloma Humano que se asocia con un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer de cuello uterino).
- Factores ambientales (por ejemplo, exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas).
- Otros factores aumentan significativamente el riesgo de infección con el Virus del Papiloma Humano. Éstos incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Aspectos Epidemiológicos: En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. El Centro de Información del Virus del Papiloma Humano y Cáncer del Institut Català d'Oncologia, que recopiló datos epidemiológicos sobre el Virus del Papiloma Humano y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan.

Se estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3. Esto se compara con la de Sudamérica que es 22.2 y la mundial que es 15.1. La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo.

El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo.^{12,12} También para el 2012, la tasa cruda de mortalidad estimada fue de 11.6 y la tasa de mortalidad estandarizada por año fue de 12.0, mientras que en Sudamérica fue de 8.6.

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino varió de 7.9 muertes por 100,000 habitantes en el 2001 a 5.7 en el 2011. Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto, un problema de salud pública.

El cáncer de cuello uterino afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados.

El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados.

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0),

Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2).

Epidemiología de la infección por Virus del Papiloma Humano:

Se estima que la prevalencia de infección por el Virus del Papiloma Humano es de 10.4%, de las cuales se estima que el 32% están infectadas por el tipo 16, 18 o por ambos. Globalmente, la infección por el Virus del Papiloma Humano es más frecuente en mujeres menores de 35 años, con un segundo pico después de los 45 años sólo en Europa, América y África.

Un metaanálisis estimó que la infección por VPH 16 ó 18 en el Perú está presente en el 6.6% de mujeres con citología normal, en el 27.3% de mujeres con lesiones cervicales de bajo grado, en el 53.1% de lesiones de alto grado y en el 65.9% de cáncer de cuello uterino. En pacientes referidas al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) entre el 2012 - 2014, los genotipos más frecuentes fueron 16 (23,8%) y 6 (11,9%). Un estudio de casos y controles en 198 mujeres con cáncer de cuello uterino en dos hospitales de Lima encontró que los tipos más comunes de Virus del Papiloma Humano fueron 16, 18, 31, 52, y 35. En un estudio sobre tamizaje en 5435 mujeres de la Amazonía peruana, la prevalencia del Virus del Papiloma Humano fue 12.6% y el tipo más frecuente fue el 16.

En un estudio en población urbana en Iquitos se encontró una prevalencia del Virus del Papiloma Humano de 43.9% y de 35.4% en población nativa de la etnia amazónica Bora, obteniéndose una frecuencia del Virus del Papiloma Humano de alto riesgo de 71.9% en Iquitos y 56.3% en la etnia Bora. En un estudio en 754 mujeres en zonas rurales, el 77% reportó síntomas de infecciones del tracto

reproductivo; y, 70% tuvo evidencia objetiva de una o más de estas infecciones, encontrándose infección cervical en un 4.9%.

De los 715 Papanicolaou considerados adecuados en el estudio, 7 fueron cáncer de cuello uterino, 4 lesiones intraepiteliales de alto grado y 15 de bajo grado. 19 Finalmente, en 2247 muestras de mujeres urbanas de 17 - 79 años, el 34.5% fue positivo al Virus del Papiloma Humano, el 82.7% por un solo tipo de virus y el 17.3 % por más de un tipo. Los tipos más comunes fueron el Virus del Papiloma Humano 16 (10.8%) y el 18 (2%).

Un estudio en 200 trabajadoras sexuales en Lima encontró una prevalencia de Virus del Papiloma Humano de 66.8%. Los tipos 16 y 18 fueron los más frecuentes.

En un estudio reciente en Ventanilla (García 2016), se tamizaron 2200 mujeres encontrándose una prevalencia del Virus del Papiloma Humano de 12.5%.

Para el período 2006-2011, en el Perú la vigilancia epidemiológica de cáncer notificó un total de 14115 casos de cáncer de cérvix a nivel nacional lo que representó el 14.6% de los cánceres notificados. El cáncer de cérvix fue el más frecuente de los cánceres notificados, presentándose con mayor frecuencia en mujeres entre los 40 y 59 años de edad (52.6%).

Historia Natural de la Infección por el Virus del Papiloma Humano y el Cáncer de Cuello Uterino

Una clara comprensión de la historia natural del cáncer de cuello uterino es la clave para la planificación y la implementación de un programa racional de prevención de cáncer cervical costo efectivo. Los modelos aceptados de la historia natural del cáncer de cuello de útero han cambiado en los últimos años. 24 Los primeros

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

La mayoría de las displasias de bajo grado retroceden o no progresan, particularmente los casos de menor grado se dan en las mujeres más jóvenes (34 años o menos). Los casos prevalentes son menos propensos a la regresión.

Las mujeres con infección del Virus del Papiloma Humano persistente, es decir con presencia del virus detectable tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer. El cáncer cervical se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años.

Signos y Síntomas

- a) Infección por el Virus del Papiloma Humano es totalmente asintomática, pero puede producir lesiones de bajo grado, que luego la mayoría regresionan.
- b) Lesiones premalignas y cáncer en estadio temprano, las lesiones premalignas no producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología.
- c) Cáncer de cuello uterino en estadio avanzado Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado incluyen:

- Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables.
- Sangrado cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo, durante el coito o el uso de diafragma.
- Dolor durante el coito.

Con el crecimiento lateral de los parámetros, los uréteres pueden obstruirse y si ambos uréteres son obstruidos puede presentarse anuria y uremia. El compromiso de la pared pélvica puede causar dolor ciático y, menos común, linfedema de miembros inferiores. El crecimiento anterior del tumor en estadios avanzados de la enfermedad puede ocasionar dolor vesical y hematuria.

Por extensión directa a la vejiga puede ser causa de retención urinaria y eventualmente llegar a una fistula vesico-urinaria. La extensión posterior puede ocasionar dolor lumbar, tenesmo y la formación de fistulas rectos vaginales.

Al examinar el cérvix se puede apreciar rojo, friable, exofítico o una lesión ulcerada. En la palpación recto vaginal en lesiones avanzadas, puede detectarse induraciones o nódulos en los parametrios.

Diagnóstico

Biopsia: El diagnóstico definitivo de lesiones premalignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) o colposcopia. La estrategia “tamizar o ver y tratar” recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica. (10)

Otros criterios diagnósticos

Examen físico: Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. Cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical. (10)

Las únicas lesiones visibles que no requieren biopsia son los quistes de Naboth, y sólo cuando este diagnóstico se confirma por un examinador experimentado. El cáncer usualmente se origina en la zona de transformación (la unión del epitelio escamoso del ectocérvix y el epitelio glandular del canal endocervical). La lesión puede manifestarse como una ulceración superficial, un tumor exofítico en la exocérvix o una infiltración en el endocérvix. (10)

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de cáncer cervical incluye otras condiciones que dan lugar a sangrado vaginal irregular o fuerte, flujo vaginal, o una lesión cervical visible. El sangrado del tracto genital y flujo vaginal pueden ser causados por una variedad de condiciones. El sangrado post-coital, que es la presentación más específica de cáncer de cuello uterino, también puede resultar de cervicitis. Las lesiones de tipo tumoral benignos que pueden confundirse con el cáncer de cuello uterino incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis.

Exámenes Auxiliares

- **Citología cervical o Papanicolaou (PAP):** Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se “raspan”

con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación.

Siendo una prueba relativamente sencilla, son muchos los pasos que pueden fallar: la toma de la muestra, la coloración y la lectura. La sensibilidad del papanicolaou se estima en alrededor del 50%, Además el otro grave problema en nuestro medio es que la lectura de las muestras requiere personal muy entrenado, toma tiempo, las pacientes frecuentemente no recogen su resultado y se pierden oportunidades valiosas de tratar tempranamente.

- **Inspección visual con Ácido Acético (IVAA):** Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad de la inspección visual con ácido acético, varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas.

Las ventajas de la inspección visual por ácido acético son las siguientes: su sencillez, se puede enseñar a **obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud**; menor costo que otros enfoques en el uso rutinario, permite acción

inmediata evitando así la necesidad de una visita de retorno para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia.

Existen estudios en el Perú sobre el potencial beneficio del IVAA, especialmente cuando se usa la estrategia "VER Y TRATAR", usando crioterapia. La inspección visual debe ser realizada por personal de la salud entrenado. (10)

- **Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH):** Otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo.

Estudios han mostrado que las pruebas de Virus del Papiloma Humano moleculares son más efectivas que Inspección Visual por Acido Acético y el Papanicolaou.

Sin embargo, el costo de las pruebas moleculares para el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano y su complejidad puede significar una limitación. Las ventajas de las pruebas moleculares del Virus del Papiloma Humano en los países desarrollados incluyen una buena correlación inter e intraobservador; se puede realizar controles de calidad, y tienen muy alta sensibilidad.

Existen también hoy pruebas moleculares del Virus del Papiloma Humano que son menos costosas, requieren menos equipo y podrían ser manejadas por personal con un entrenamiento mínimo. Además, el uso de muestras autocolectadas (autotoma por la misma paciente) para la prueba del Virus del Papiloma Humano podría mejorar significativamente la cobertura y ha demostrado ser muy bien aceptada por las mujeres.

Un aspecto importante es que estas pruebas se recomiendan hacer a partir de los 30 años. Lo que buscan es detectar infecciones por el Virus del Papiloma Humano persistentes que son las que se asocian con cáncer cervical. También se ha estudiado su uso como parte de la estrategia “TAMIZAR y TRATAR” con excelentes resultados.

- **Colposcopia:** Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y premalignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso. La sensibilidad de la colposcopia tampoco es óptima ya que el diagnóstico colposcópico detecta 70-80% de las lesiones de alto grado. El objetivo principal de la colposcopia es identificar lesiones precancerosas y cancerosas de modo que puedan ser tratadas temprano.

Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino

A. Prevención Primaria:

a) Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Existen tres tipos de vacunas contra el Virus Papiloma Humano (VPH):

La tetravalente y la bivalente que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos de Virus del Papiloma Humano 16, 18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales. La vacuna tetravalente también protege contra el Virus del Papiloma Humano 6, 11 que se asocian a verrugas genitales.

La tercera vacuna es la monovalente que incluye protección contra Virus del Papiloma Humano 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado.

La evidencia de los ensayos clínicos, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Food Drugs Administration (FDA) y los reportes post-licencia han demostrado que estas vacunas tienen un buen perfil de seguridad, no se han registrado efectos secundarios graves causados por las vacunas. Los efectos secundarios presentados son leves, principalmente locales y autolimitados.

La NTS N° 080-MINSA/DGIESP-V.04: “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación” vigente o la que haga sus veces, establece las indicaciones para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y dispone que para las niñas que inician el esquema de vacunación con 2 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, el intervalo sea 6 meses entre dosis.

Las niñas que ya han iniciado vacunación con el esquema anterior (3 dosis) continuarán y completarán el esquema.

B. Prevención secundaria:

b) Tamizaje en población general

- El cáncer cervical suele ser de evolución lenta: Las lesiones premalignas tempranas tardan de 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad. El tamizaje de mujeres más jóvenes detectará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará lugar a tratamientos innecesarios, por lo que no es eficaz en función de los costos.
- La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones premalignas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino.
- Las pruebas moleculares del Virus del Papiloma Humano, el Papanicolaou y la Inspección visual por ácido acético, pueden ser usados como métodos de tamizaje. En el enfoque de "TAMIZAJE y TRATAMIENTO" o "VER Y TRATAR", la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva.
- Este enfoque reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el retraso de inicio del tratamiento de las mujeres.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de Inspección visual por ácido acético o en el Papanicolaou, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de Virus del Papiloma Humano, se debe

proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.

c) Pronóstico

En el carcinoma epidermoide, las metástasis a distancia en general aparecen sólo cuando el cáncer es avanzado o recidivado. Las tasas de supervivencia a 5 años son las siguientes:

- Estadio I: 80 a 90%
- Estadio II: 60 a 75%
- Estadio III: 30 a 40%
- Estadio IV: 0 a 15%

Cerca del 80% de las recidivas se manifiestan dentro de los 2 años. Factores pronósticos avanzados incluyen el compromiso de los ganglios linfáticos, tamaño y volumen tumoral grandes, invasión profunda del estroma cervical, invasión parametrial, invasión del espacio vascular e histología no epidermoide.

Tratamiento

- Extirpación o radioterapia curativa si no hay diseminación a los parametrios o más allá.
- Radioterapia y quimioterapia si hay diseminación a parametrios o más allá.
- Quimioterapia para las metástasis y el cáncer recidivado.

El tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia y quimioterapia. Si está indicada la histerectomía, pero la paciente no la desea, se usa radio más quimioterapia.

Neoplasia Intraepitelial Cervical y Carcinoma Epidermoide estadio IA1

En general, la conización con escisión electroquirúrgica en asa (LEEP), láser o bisturí es tratamiento suficiente. La histerectomía se realiza en el cáncer estadio IA1 si hay factores pronósticos adversos (histología no epidermoide o invasión vascular o linfática). Algunos expertos recomiendan la histerectomía radical, particularmente cuando está invadido el espacio linfático o vascular; incluye el vaciamiento pelviano bilateral y la extirpación de los ligamentos adyacentes (p. ej., cardinales, uterosacros) y los parametrios y los 2 cm superiores de la vagina. La histerectomía también puede realizarse en mujeres que ya no desean tener hijos. Si no hay factores pronóstico adversos, la histerectomía simple (extrafascial) en general es suficiente porque el riesgo de recidiva y de metástasis ganglionar es < 1%. El vaciamiento ganglionar no está indicado.

Estadios IA2 a IIA

Las opciones terapéuticas incluyen una histerectomía radical y vaciamiento ganglionar pelviano solos (estadios IA2 to IB1) o una histerectomía radical y vaciamiento ganglionar pelviano con quimio y radioterapia pelviana (estadios IB2 to IIA). Actualmente se usa la quimioterapia con radioterapia concurrente. Con cualquiera de los tratamientos, la tasa de curación a 5 años en los estadios IB o IIA es del 85 al 90%. La cirugía proporciona datos adicionales para la estadificación y conserva los ovarios. Si la diseminación extracervical se registra durante la cirugía, la radioterapia posoperatoria puede evitar la recidiva local.

En algunas pacientes con cáncer cervical temprano y que desean conservar la fertilidad, puede realizarse una traquelectomía radical. Se puede utilizar un abordaje abdominal o un acceso vaginal, laparoscópico o cirugía asistida por robótica. En este procedimiento se extirpan el cuello, los parametrios adyacentes a éste, los 2 cm superiores de la vagina y los ganglios linfáticos pelvianos. El útero remanente se sutura a la parte superior de la vagina y se conserva así la potencial fertilidad. Las candidatas ideales para este procedimiento son las pacientes con:

- Subtipos histológicos como el carcinoma epidermoide, el adenocarcinoma o el carcinoma adenoescamoso
- Estadios IA1/grados 2 o 3 con invasión del espacio vascular
- Estadios IA2
- Estadio IB1 con lesiones < 2 cm de diámetro

La invasión de la parte superior del cuello y el segmento uterino inferior debe excluirse mediante Resonancia Magnética. Las tasas de recidivas y de muerte son similares a las de las histerectomías radicales. Si la paciente con este procedimiento planea tener hijos, el parto debe ser por cesárea. Las tasas de fertilidad después de una traquelectomía radical varían del 50 al 70%.

Estadios IIB a IVA

La radioterapia con quimioterapia (cisplatino) es más adecuada como terapia primaria. La estadificación quirúrgica debe considerarse para determinar si los ganglios para aórticos están comprometidos y si está indicada la radioterapia de campo extendido; se usa un abordaje

retroperitoneal. La estadificación puede realizarse por vía laparoscópica. La radioterapia de rayo externo encoge el núcleo del tumor y trata los ganglios regionales. Esta terapia es seguida por braquiterapia (implantes locales radiactivos, en general de cesio) en el cuello, que destruyen el núcleo tumoral. La radioterapia puede provocar complicaciones agudas (proctitis o cistitis radiante) y, a veces, complicaciones tardías (estenosis vaginal, obstrucción intestinal, formación de fístulas recto vaginales y vesicovaginales).

En general, la quimioterapia se administra con la radioterapia, a menudo para sensibilizar el tumor a la radiación. A menudo, el tratamiento es ineficaz en los tumores voluminosos (bulky) y en los estadios avanzados.

Aunque los cánceres estadio IV A en general se tratan inicialmente con radioterapia, debe considerarse la exenteración pelviana (extirpación de todos los órganos pelvianos). Si después de la radioterapia el cáncer aún está presente pero confinado a la pelvis central, la exenteración está indicada y cura hasta al 40% de las pacientes. El procedimiento puede incluir una urostomía continente, una anastomosis rectal anterior sin colostomía, un bloqueo epiploico para cerrar el suelo de la pelvis (colgajo en J) y la reconstrucción con colgajos de músculo grácilis o miocutáneo de recto abdominal.

Estadio IV B y cáncer recidivado

La quimioterapia es el tratamiento primario, pero sólo el 15 al 25% de las pacientes responden a ella y sólo por poco tiempo. El cisplatino es el fármaco más activo y el estándar

actual, pero el agregado de topotecán parece mejorar la respuesta global y la supervivencia. El paclitaxel más carboplatino también se usa para el tratamiento del cáncer recurrente o metastásico no escamoso. Las metástasis fuera del campo de radiación parecen responder mejor a la quimioterapia que el cáncer previamente irradiado o las metástasis pelvianas. (6)

Rol de la enfermera y el paciente con cáncer al cuello uterino

El rol de la enfermera y el paciente con cáncer de cuello uterino es muy importante ya que la mujer, en cualquier escenario, juega un importante papel en la creación y desarrollo de la familia, ella requiere de una atención integral que le permita gozar de una óptima salud para el logro de una vida plena, que le permita insertarse en las diferentes actividades de la sociedad e incidir positivamente en el mantenimiento del equilibrio de ésta. Es por ello que el personal de enfermería, debe estar preparado y debidamente entrenado para la atención de pacientes con cáncer de cuello uterino brindándole apoyo cuando no hay nadie y, a menudo, gracias a su cariño, permiten atravesar momentos dolorosos, brindarle información sobre prevención de la enfermedad sobre todo en adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos, higiene, las mujeres activas sexualmente o mayores de 18 años deberían tener exámenes ginecológicos regularmente, incluyendo un examen pélvico y un Papanicolaou, prevención de tabaquismo, sobre las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano en el nivel primario y niñas que todavía no iniciaron su vida sexual.

Atención y preparación psicológica sobre su enfermedad y estadios de ésta: hay que informar claramente sobre su tratamiento y la

importancia de ser constante. También hay que dar seguimiento al tratamiento de la paciente. En caso de radioterapia, prepararla para que siga las indicaciones de informarles de las reacciones adversas y su disminución.

La enfermera debe estar bien informada y conocer la historia natural del cáncer de cuello uterino para el cuidado y anticipación a las necesidades de las pacientes. Enseñar a la familia como realizar los cuidados con calidad y afectividad: alimentación, debilidad y fatiga de la paciente, cambios de posición, ayudarle a caminar, y en sus necesidades fisiológicas, informar sobre signos de alarmas y su cuidado, ofrecerles materiales escritos sobre el cáncer de cuello uterino y sobre todo brindarle apoyo psicológico a la paciente y sus familiares.

2.5. Definición de Términos

- **Autoestima:** es el valor que el individuo atribuye a su persona y a sus capacidades. Es una forma de pensar positivamente, una motivación para experimentar diferentes perspectivas de la vida, de enfrentar retos, de sentir y actuar qué implica que nosotros nos aceptemos, respetemos, confiemos y creamos en nosotros.
- **Ansiedad:** Es una emoción normal que alerta al cuerpo para que responda ante una amenaza.
- **Cáncer al cuello uterino:** se origina cuando las células sanas de la superficie del cuello uterino cambian y proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de variables

Variable 1:

Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino

Variable 2:

Nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino.

- **Nivel de ansiedad:** Es una emoción normal que alerta al cuerpo para que responda ante una amenaza y se medirá en los 3 niveles de ansiedad: ansiedad leve, moderada y severa.
- **Nivel de autoestima:** Es el valor que el individuo atribuye a su persona y a sus capacidades y se medirá en 3 niveles de autoestima: alta media y baja.

3.2. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS	VALOR
Nivel de ansiedad	Ansiedad no clínica de estado	Tensión o nerviosismo	psicométrica escala de ansiedad	ansiedad leve 8 a 16 ansiedad moderada 17 a 25 ansiedad severa 26 a 32
		Disfrutar de alguna actividad de su agrado		
		Miedo a algo terrible		
		Reír de cosas positivas		
		Preocupaciones		
		Alegrías		
		Relajación y tranquilidad		
	Ansiedad no clínica de rasgo	Pensar que todo va muy lento		ansiedad leve 7 a 14 ansiedad moderada 15 a 22 ansiedad severa 23 a 28
		Sentir sensaciones anormales a nivel de abdomen.		
		Perdida de animo		
		Inquietudes		
		Esperanzas hacia el futuro		
		Terror intenso		
		Diversión		

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS	VALOR
Nivel de autoestima	Autoestima alta	Poseer cualidades	Psicométrica Escala de autoestima	Alta: 31 a 40
	Autoestima media	Capacidad de realizar cosas		
		Valoración a uno mismo		
Autoestima baja	Respeto a uno mismo	Baja: 10 a 20		

3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas

Hipótesis general:

La relación es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

Hipótesis específicas:

- El nivel de ansiedad es moderado en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.
- El nivel de autoestima es medio en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

Descriptivo

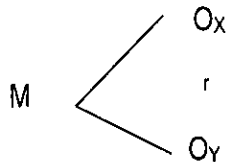
Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:

Transversal. Todas las variables fueron medidas en una sola ocasión, porque se realizó la recolección de datos en un momento determinado

4.2. Diseño de investigación

- **Correlacional**, porque se permitió relacionar el nivel de ansiedad y autoestima.

Diagrama:



Leyenda:

M = muestra de mujeres con diagnóstico de cáncer al cuello uterino.

O = Observación de la variable de estudio.

X = Variable nivel de ansiedad.

Y = Variable nivel autoestima.

r = relación

4.3. Población Muestral

La población fue constituida por 26 pacientes con cáncer de cuello uterino del servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Variable	Técnica	Instrumento
Nivel de ansiedad	Entrevista	Escala de ansiedad
Nivel de autoestima	Entrevista	Escala de autoestima

4.5. Procedimiento de recolección de datos.

- Se solicitó la autorización para realizar la ejecución del proyecto al servicio de Oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.
- Se solicitó la autorización en el servicio de Oncología para realizar el proyecto de investigación.
- Elaboración del instrumento que se aplicó en la entrevista del paciente.
- Se identificó al grupo con el que se trabajó.
- Se aplicó el instrumento en las pacientes.
- Y se realizó el procesamiento y análisis de los datos obtenidos.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará:

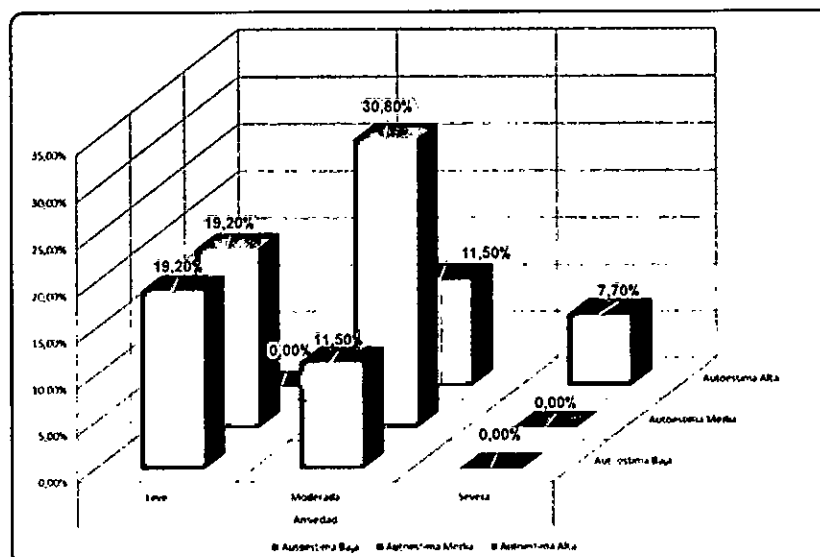
- **Técnicas estadísticas:**
 - Estadística descriptiva.** A través de tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos.
 - Estadística inferencial.** Para la contrastación de hipótesis se hará uso del Coeficiente de correlación de Spearman.

CAPÍTULO V RESULTADOS

Tabla 5.1. Relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, 2017.

Relación		Ansiedad						Total	
		Leve		Moderada		Severa			
		f	%	F	%	f	%	f	%
Autoestima	Baja	5	19,2%	3	11,5%	0	0,0%	8	30,8%
	Media	5	19,2%	8	30,8%	0	0,0%	13	50,0%
	Alta	0	0,0%	3	11,5%	2	7,7%	5	19,2%
Total		10	38,5%	14	53,8%	2	7,7%	26	100,0%

Figura 5.1. Relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer al cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion Huancayo, 2017.



Fuente: Resultados propios

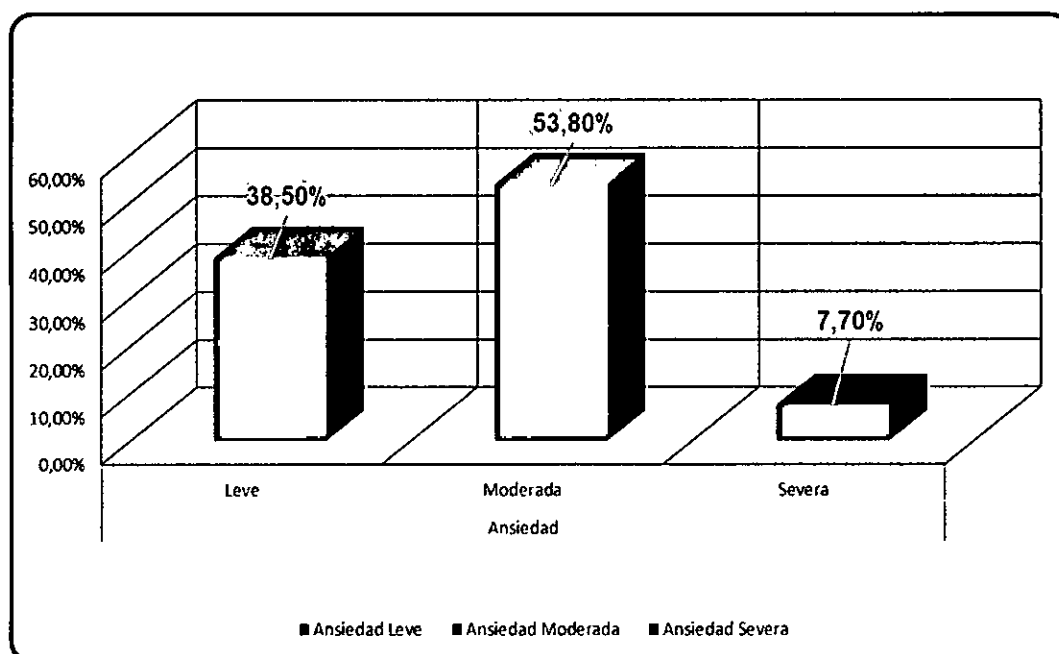
Del 100% (26) de pacientes con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo - 2017, el 30,8% (8) presentan ansiedad moderada y autoestima media. El 19,2% (5) con ansiedad leve y autoestima baja. Asimismo, el 19,2% (5) con ansiedad leve y autoestima media. Seguido del

11,5%(3) de mujeres que presentan ansiedad moderada y autoestima baja.

Tabla 5.2. Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, 2017.

Categorías	F	%
Leve	10	38,5%
Moderada	14	53,8%
Severa	2	7,7%
Total	26	100,0%

Figura 5.2. Nivel de ansiedad en mujeres con cancer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clinico Quirurgico Daniel Alcides Carrion Huancayo, 2017.



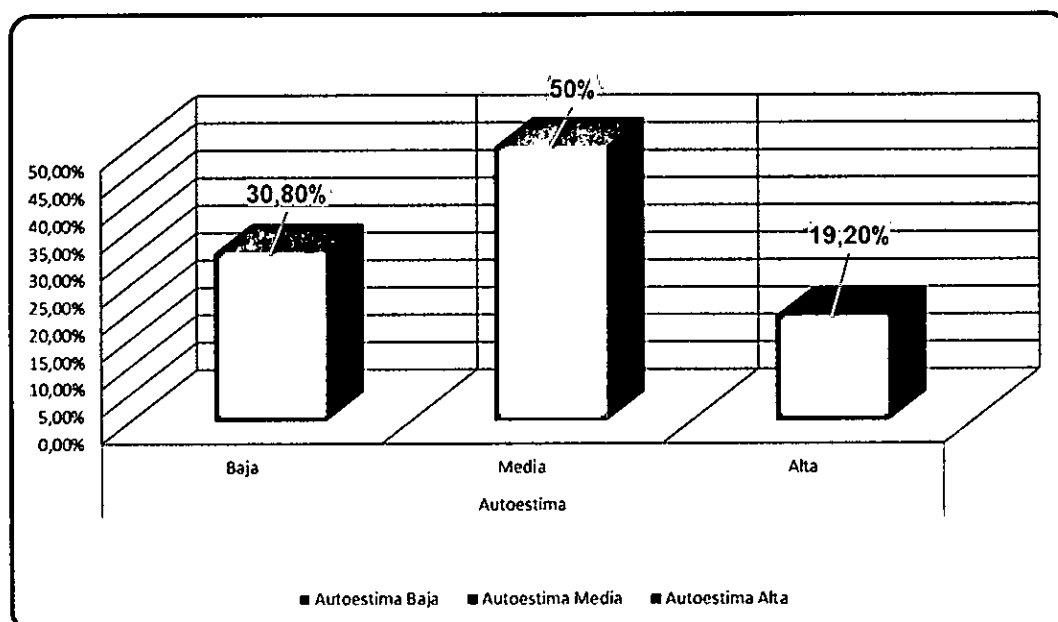
Fuente: Resultados propios

El 53,8%(14) de mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo-2017, presentan ansiedad moderada, seguido del 38,5%(10) con ansiedad leve y finalmente el 7,7%(2) ansiedad severa.

Tabla 5.3. Nivel de autoestima en mujeres con cancer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion Huancayo, 2017.

Categorías	F	%
Baja	8	30,8%
Media	13	50,0%
Alta	5	19,2%
Total	26	100,0%

Figura 5.3. Nivel de autoestima en mujeres con cancer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion Huancayo, 2017.



Fuente: Resultados propios

Del 100% (26) de pacientes mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, el 50,0%(13) presentan autoestima media, seguido del 30,8%(8) con autoestima baja y finalmente el 19,2% (5) autoestima alta.

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

1. Planteamiento de hipótesis

- **Hipótesis alterna**

La relación es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017.

Ha: $R_{xy} > 0$ (Existe relación significativa entre nivel de ansiedad y autoestima)

- **Hipótesis nula**

La relación no es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017.

H₀: $R_{xy} \leq 0$ (No existe relación significativa entre nivel de ansiedad y autoestima)

2. Nivel de significancia

5% = 0,05

3. Nivel de confianza

95%

4. Estadístico de prueba

Coeficiente de correlación de Spearman.

Viene dado por la expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d : Es la diferencia entre los rangos correspondientes nivel de ansiedad y autoestima.

n : Es el número de parejas de datos.

5. Regla de decisión

Si: p valor >0,05 se **ACEPTA** la hipótesis alterna.

Si: p valor ≤ 0,05 se **RECHAZA** la hipótesis nula.

6. Calculo del estadístico de prueba

		Correlaciones		
			ANSIEDAD	AUTOESTIMA
Rho de Spearman	ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	1,000	,545**
		Sig. (bilateral)		,004
		N	26	26
	AUTOESTIMA	Coefficiente de correlación	,545**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	
		N	26	26

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ESCALA DE GRADO Y DIRECCIÓN DE LA RELACIÓN

r_s	Estándar
± 0,80 a ± 1,00	Alto (± 1.0, perfecto)
±0,60 a ±0,79	Moderadamente alto
± 0,40 a ± 0,59	Moderado
±0,20 a ±0,39	Bajo
±0,00 a ±0,19	No existe relación

7. Conclusión

Como el p valor (0,004) es menor que 0,05 entonces se acepta la hipótesis alterna: **“La relación es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017.**

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados

Al realizar el proceso de contrastación de hipótesis, resultó que la relación es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino por presentar un p valor de 0,004. Asimismo, al presentar el valor de 0 ,545** según el Coeficiente de correlación de Spearman resultó una relación moderada entre ambas variables de estudio, basado a los datos recolectados donde indica que del 100% (26) de pacientes, el 30,8% (8) presentan ansiedad moderada y autoestima media. El 19,2% (5) con ansiedad leve y autoestima baja. Asimismo, el 19,2% (5) con ansiedad leve y autoestima media.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad provocada por la proliferación anormal de células, mediante un proceso denominado carcinogénesis, es decir, la capacidad que adquieren algunas células para multiplicarse incontroladamente e invadir otros órganos. Y al ser considerada el cáncer como una enfermedad de larga duración, esto indica que toda enfermedad de larga duración, crónica o que pone en peligro la salud física y psicológica del individuo entronca con un fenómeno humano universal que es el sufrimiento. Y este fenómeno es personal e íntimo, donde el cáncer juega un papel disparador, pero donde es el individuo, en último caso, el que afrontará de una manera u otra la enfermedad, sus consecuencias intrínsecas (el propio deterioro físico celular) y extrínsecas (los tratamientos invasivos frecuentemente necesarios en estas enfermedades).

El sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados: el paciente, la familia-ámbito social (amigos, compañeros) y el personal de salud. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal de salud hace que el malestar percibido de uno de ellos puede amplificar o minimizar el malestar de los demás. Las expectativas de uno pueden influir en los otros y viceversa, y estas expectativas y metas pueden diferir de un colectivo a otro.

La enfermedad oncológica y sus tratamientos a pesar de los adelantos técnicos, farmacológicos y médicos en general sigue presentando una serie de síntomas físicos importantes, como son: Dolor, Falta de energía, Somnolencia, Mareos, Nauseas, Vómitos, dificultad para deglutir, Entumecimiento, Picor, Problemas gastrointestinales (Estreñimiento, Diarrea), Tos, Problemas respiratorios, Inflamación de brazos y piernas, Cambios en el peso corporal, Problemas sexuales y una serie de alteraciones psicológicas: Ansiedad y Depresión, Problemas en el ciclo del sueño, Pesadillas y Dificultades en la respuesta sexual, Irritabilidad, Problemas de comunicación y Malestar por el sufrimiento de la familia, Problemas de concentración y Dificultades para tomar decisiones, Malestar relacionado con los servicios de salud, Miedo al futuro y Desesperanza. Al respecto frente a toda esta problemática presentada en la enfermedad oncológica la enfermera juega un papel muy importante que por función debe tomar en consideración los principios de la Teoría de ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, presentada por Virginia Henderson, y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando

conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.

Los hallazgos del estudio precisa que del 100% (26) de pacientes en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017, el 30,8% (8) presentan ansiedad moderada y autoestima media. El 19,2% (5) con ansiedad leve y autoestima baja. Asimismo, el 19,2% (5) con ansiedad leve y autoestima media. Estos resultados coinciden parcialmente con el estudio de Ortiz y otros(2) donde precisa que existe una correlación significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima y entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, reevaluación positiva y reacción agresiva. Al igual que una correlación significativa entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, negación, reacción agresiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento. Al respecto se asevera que Cuando la autoestima es amenazada por algún acontecimiento negativo, como en el caso de una enfermedad crónica como el cáncer, el individuo puede desarrollar aumento en los niveles de ansiedad, y buscar así alternativas para resolver la situación. Asimismo los resultados de la investigación "Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico" en Brasil, 2015 " realizados por Carvalho y otros (3) difieren totalmente con el estudio realizado por precisar que los pacientes oncológicos evaluados presentaron autoestima alta; por lo tanto, resulta importante que la enfermería planee la asistencia de los pacientes en tratamiento quimioterápico, permitiendo acciones y estrategias que atiendan los mismos acerca de su estado físico, así como al psicosocial, teniendo en cuenta el mantenimiento y la

rehabilitación de aspectos emocionales de estas personas. Finalmente, Barahona (4) en la tesis realizada el 2012 sobre Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer al cuello uterino en la salud mental de pacientes adultos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. 2011, indican que El estrés estuvo presente en el 50.3 % de los pacientes; la depresión, en 58.6 %; la ansiedad; en 18.3 %; el delirium en el 0.6 %. No tuvieron significación estadística con: el sexo, la edad, nivel de escolaridad, el estado civil, la ocupación, la creencia religiosa o no, y el pronóstico del cáncer. El estrés, la depresión y la ansiedad estuvieron presentes en el 16 % de los casos, el 63 %, presentó por lo menos una de estas condiciones. El estrés estuvo asociado con la depresión y con la ansiedad. Es decir, el 16 %, presentó las tres condiciones patológicas, mayor que en el estudio de magistrados de Lima. El 66.3 %, presentó por lo menos una de ellas. El estrés tuvo relación estadísticamente significativa con la depresión y ansiedad en el modelo de regresión logística. Un tercio, se adaptó bien al estrés que produce la enfermedad.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

1. El 30,8% de mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, presentan ansiedad moderada y autoestima media.
2. El 53,8% de mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, presentan ansiedad moderada.
3. El 50,0% de mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, presentan autoestima media.
4. La relación es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017, por presentar un p valor de 0,004. Es decir, menos de la mitad presentaron ansiedad moderada y autoestima media.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- a) Coordinar con el Servicio de Oncología para otorgar educación periódica sobre promoción y prevención de la salud en las mujeres con cáncer de cuello uterino, brindándoles apoyo emocional para elevar su autoestima.
- b) Realizar la prevención primaria para reducir la exposición de la población femenina a factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, con el objetivo de reducir la incidencia de esta enfermedad, sensibilizando a la población acerca de la vacuna VPH antes del comienzo de la vida sexual.
- c) Desarrollar estudios de investigación de los diferentes casos de cáncer y sobre todo sobre el cáncer de cuello uterino con el propósito de contribuir con el bienestar del paciente y disminuir la tasa de mortalidad en mujeres con cáncer.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEN. Datos Epidemiológicos de cáncer lima, Peru 2016.
2. Ortiz E, Méndez LP, Camargo JA, Chavarro SA, Toro GI, Vernaza MB. Relación en tre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychol av discip.* 2013;Vol. 8:p. 77-83.
3. Carvalho MA, Alves D, Terra F. Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico1. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015.
4. Barahona LJ. Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Essalud.* 2011 [Tesis doctoral]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
5. Branden N. Cómo mejorar el autoestima. España. 2010.
6. Venegas G. (2017) Guia Tecnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino (RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1013-2016/MINSA), Perú, Lima.
7. Naranjo K. SalazarJ. Comparacion del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugia programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e informacion preoperatoria de amsterdam realizada en a visita pre anestésica y comparada con un grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clinicas Pichincha, marzo - octubre 2012. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Matriz de Consistencia

NIVEL DE ANSIEDAD Y AUTOESTIMA EN MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO - 2017

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo?</p> <p>Sub problemas ¿Cuál es nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo? ¿Cuál es nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.</p> <p>Objetivos específicos Evaluar el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo. Evaluar el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.</p>	<p>Hipótesis general La relación es significativa entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.</p> <p>Hipótesis específicas El nivel de ansiedad es moderado en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión. El nivel de autoestima es medio en mujeres con cáncer de cuello uterino del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.</p>	<p>Variable 1 Nivel de ansiedad. Variable 2 Nivel de autoestima</p>	<p>Tipo de investigación Descriptivo Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: Transversal. Todas las variables son medidas en una sola ocasión. Nivel de investigación El estudio será de nivel correlacional Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Técnica: Entrevista Instrumento: Escala de ansiedad y escala de autoestima Diseño de investigación Diseño no experimental, transversal correlacional Población, muestral: Población: La población estará constituida 26 mujeres cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017.</p>

ANEXO N° 02

Escala de Ansiedad

I. PRESENTACIÓN

Estimado (a) colega: Buenos días estamos realizando un trabajo de investigación para identificar el nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo – 2017. Por lo cual solicitamos su colaboración en las preguntas que le voy a hacer. La información que brindes será totalmente CONFIDENCIAL; Muchas gracias por aceptar a la investigación en enfermería.

II. DATOS REFERENCIALES

- Edad: a) Adulto joven () b) Adulto () c) Adulto mayor ()
- Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()
- Estado Civil: a) Solera/o () b) Conviviente/a () c) Casado/a () d) Viuda/o ()
- Grado de instrucción: a) Analfabeto () b) Primaria () c) Secundaria () d) Superior ()
- Tiempo de enfermedad: a) 1 mes () b) 2 meses () c) 3 meses d) a mas ()
- Ocupación: a) Su casa b) Trabaja c) No trabaja
- Lugar de residencia: a) Zona urbana b) Zona rural

III. INSTRUCCIONES

Señor(a) (ita), responda las preguntas marcando con una "X". Cada pregunta tiene solo una respuesta, asegúrese de marcar todas las preguntas.

N= Nunca.

A= Algunas veces.

B= Bastante veces.

C= Casi siempre.

S= Siempre.

TEST DE HAMILTON = ESCALA ANSIEDAD	N	A	B	C	S
1. Te sientes tenso o nervioso					
2. Todavía disfrutas con lo que te ha gustado hacer					
3. Tienes una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder					
4. Puedes reírte y ver el lado positivo de las cosas					

5. Tienes tu mente llena de preocupaciones.					
6. Te siento alegre					
7. Puedes estar sentado tranquilamente y sentirme relajado					
8. Sientes como si tu cada día estuviera más lento					
9. Tienes una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago					
10. Has perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado					
11. Te sientes inquieto, como si no pudiera parar de moverme					
12. Te sientes con esperanzas respecto al futuro					
13. Presentas una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro					
14. Te diviertes con un buen libro, la radio o un programa de televisión					

¡Muchas gracias

ANEXO N° 03

Escala de Autoestima

I. PRESENTACIÓN

Estimado (a) colega: buenos días, continuamos con el trabajo de investigación, como estudiantes de la Especialidad de Oncología de la Universidad Nacional de Callao de la ciudad de Lima, con el objeto de evaluar el nivel de Autoestima en paciente con diagnóstico de cáncer. Esta escala es totalmente CONFIDENCIAL y no le tomara más de 10 minutos de su tiempo en contestar.

II. INSTRUCCIONES

Señor(a) (ita), responda las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

III. BLOQUE DE CONTENIDOS

N°	ESCALA DE ROSEMBERG = ESCALA AUTOESTIMA	A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente con cáncer.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6	Siento que no tengo mucho de lo que debe estar orgullosa/o porque tengo cáncer.				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a porque soy una persona con cáncer.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil, por tener cáncer.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

¡Muchas gracias!

ANEXO N° 04

Categorización de Variables

VARIABLE: NIVEL DE ANSIEDAD

A. GENERAL:

- Puntaje mínimo: 14
- Puntaje máximo: 70
- Categorías:
 - Leve: 14 a 32
 - Moderada: 33 a 51
 - Severa: 52 a 70

VARIABLE: AUTOESTIMA

B. GENERAL:

- Puntaje mínimo: 10
- Puntaje máximo: 40
- Categorías:
 - Baja: 10 a 20
 - Media: 21 a 30
 - Alta: 31 a 40

ANEXO N° 05

Consentimiento Informado

Estimado Paciente:

Yo _____ , identificado con DNI N° _____ , declaro que acepto participar en la investigación del presente proyecto titulado “Nivel de Ansiedad y Autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino, del servicio de oncología, Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión 2017”, que tiene como objetivo: Determinar la relación entre nivel de ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo. Por lo que acepto participar en la entrevista por las Licenciadas en Enfermería. Asumiendo que la información será solamente de conocimiento para la investigación, quienes garantizaran el secreto y el respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento. Sé que de tener dudas sobre mi participación podre aclararlas con las investigadoras.

Huancayo, Junio del 2017.

FIRMA DEL INFORMANTE

FIRMA DE LA INVESTIGADORA