



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-T
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**“PROCESO DE ADAPTACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS MUJERES CON
DIAGNOSTICO DE CANCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL II -
ESSALUD, TARAPOTO ENERO-OCTUBRE 2014”.**

Para optar el Título Profesional de:

OBSTETRA

Autores:

Bach. En Obst. HELLEN MARÍN LABAJOS

Bach. En Obst. NATALI ARMAS NAPUCHI

ASESOR:

Obsta. M.Sc. Ángel Delgado Ríos

Tarapoto - Perú

2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-T
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS:

**“PROCESO DE ADAPTACION Y ACEPTACION DE LAS MUJERES CON
DIAGNOSTICO DE CANCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL II -
ESSALUD, TARAPOTO ENERO-OCTUBRE 2014”.**

JURADO CALIFICADOR:

.....
Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico

Presidente

.....
Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega

Miembro

.....
Obsta. M.Sc. Gloria F. Quijandria Oliva

Miembro

DEDICATORIA

Al ser más maravilloso de este mundo que incondicionalmente siempre esta con migo brindándome su apoyo y su amor incondicional, a la madre y amiga: Mery Labajos Montoya y a mi querido padre Marcial Marín Pérez por el apoyo y amor que día a día me brinda, con el propósito de hacer de mí una mejor persona .

A dios por darme la oportunidad de poder culminar mi carrera y por permitirme la vida.

A mi hermano Cesar Padilla Labajos por estar siempre apoyándome y alentándome.

Hellen

DEDICATORIA

A Dios por brindarnos la dicha de seguir en este mundo, y al mismo tiempo por brindarnos la sabiduría necesaria para seguir adelante y culminar esta etapa profesional en mi vida, para poder brindar mi apoyo a los pacientes y a las personas que lo necesitan.

A mis padres Rusber Armas Gonzales y Herlita Napuche Pinedo por brindarme y ayudarme en lo emocional dándome su amor y su comprensión incondicional para poder seguir adelante a pesar de las adversidades que nos pasa en nuestro día y sobre todo por confiar en mí y darme este regalo que no se compra con nada mi profesión.

A mis hermanas Herly Armas Napuchi y Jackie Armas Napuchi por brindarme su apoyo para poder seguir adelante y por su amor y comprensión.

Natali

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por prestarnos la vida, brindarnos la fortaleza y la salud necesaria para poder culminar este trabajo de investigación.

A la decana de la facultad ciencias de la salud **Obsta. Dra.: Lolita Arévalo** por el empeño puesto para que se realice el curso de complementación.

Al mismo tiempo agradecer a nuestro asesor **Obsta. Ángel Delgado Ríos**, quien con su paciencia, tiempo, entusiasmo y conocimientos, nos guio durante el trayecto de nuestra investigación.

A **nuestros padres y familiares** por apoyarnos durante los difíciles obstáculos que se presentaron durante la culminación de esta investigación.

A cada una de las **mujeres encuestadas**, por brindarnos la información de sus experiencias que atravesaron por esta enfermedad como es el cáncer de cuello uterino y por dedicarnos sus tiempos y sus espacios.

A nuestra alma mater la **Universidad Nacional de San Martín**, por habernos albergado en sus aulas durante nuestra formación profesional y habernos brindado la formación necesaria para enfrentarnos al mundo real.

Las autoras

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I.INTRODUCCION	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	4
1.3. Bases Teórica.....	8
1.4. Justificación.....	24
1.5. Problema.....	26
II.OBJETIVOS	26
2.1. Objetivo General.....	26
2.2. Objetivos Específicos.....	26
2.3. Hipótesis.....	27
2.4. Operacionalización de Variables.....	28
III. MATERIAL Y METODOS	29
IV. RESULTADOS	35
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	46
VII. RECOMENDACIONES	47
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
IX. ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

N°	Título	Pág.
01	Características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de cuello uterino; del Hospital II EsSalud Tarapoto, Enero – Octubre 2014	35
02	Proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino según sub dimensiones: respuesta inicial, disforia y adaptación a largo plazo; en las mujeres del Hospital II EsSalud Tarapoto Enero - Octubre 2014	38
03	Proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino según sub dimensiones: negación, ira, negociación, depresión, aceptación; en las mujeres del Hospital II EsSalud Tarapoto, Enero – Octubre 2014	40

ÍNDICE DE GRAFICOS

N°	Titulo	Pág.
01	Proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino; en las mujeres del Hospital II EsSalud Tarapoto, Enero – Octubre 2014	37
02	Proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino; en las mujeres del Hospital II EsSalud Tarapoto Enero - Octubre 2014	39

RESUMEN

El presente estudio titulado “Proceso de adaptación y aceptación de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Hospital II ESSALUD-Tarapoto; Enero-Octubre 2014”; estudio cuantitativo, descriptivo simple, prospectivo de corte transversal el diseño utilizado es de una sola casilla; cuyo objetivo fue identificar cómo se desarrolla el proceso de adaptación y aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino (CACU), se trabajó con una población de 30 mujeres con dx de CACU, el instrumento de recojo de datos fue un cuestionario elaborada por las autoras que permitió medir el proceso de adaptación, para medir el proceso de aceptación se utilizó el instrumento elaborado por Avila M. y Canseco C; se organizó los datos en base Excel 2013 y programa informático SPSS. V.21.

Entre los resultados encontramos que: El 90% de las mujeres tuvo un proceso de adaptación adecuada al dx de CACU. Según las sub dimensiones respuesta inicial, disforia el 23.3% y el 21.1% de las mujeres tienen una inadecuada adaptación frente al diagnóstico de CACU respectivamente y en la sub dimensión adaptación a largo plazo el 27.8% tienen una adecuada adaptación a la enfermedad. Con respecto a la aceptación el 73.3% de las mujeres aceptaron favorablemente la enfermedad. Según sub dimensiones: negación el 63,3%, ira el 56,7%, depresión el 73,3% de las mujeres tienen una aceptación indiferente frente al diagnóstico de CACU respectivamente, en las sub dimensiones negociación, aceptación el 60,0% y el 100% de las mujeres tienen una aceptación favorable a la enfermedad respectivamente.

En conclusión si existe una adecuada adaptación a la enfermedad existirá una aceptación favorable a la misma lo que permitirá a la mujer mejorar su calidad de vida i/o estilos de vida.

PALABRAS CLAVES: Adaptación, aceptación, cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

This study entitled "Process of adaptation and acceptance of women diagnosed with cervical cancer Hospital ESSALUD-Tarapoto II; January-October 2014 "; quantitative, descriptive simple, prospective cross-sectional study design used is one box; aimed to identify how the process of adaptation and acceptance develops over the diagnosis of cervical cancer (cervical cancer), worked with a population of 30 women with dx of cervical cancer, the instrument gather data was a questionnaire prepared by the authors who measured the adaptation process to measure the process of accepting the instrument developed by Avila M. and Canseco C was used; the data was organized based Excel 2013 and SPSS software. V.21.

The results found that: 90% of women had an adequate adaptation process dx of cervical cancer. According to sub dimensions initial response, dysphoria 23.3% and 21.1% of women have inadequate adaptation to diagnosis of cervical cancer in sub respectively, and long-term adaptation dimension 27.8% had adequate adaptation to disease. With regard to acceptance 73.3% of women favorably accepted the disease. According sub dimensions: denial 63.3%, 56.7% anger, depression, 73.3% of women have an indifferent acknowledgment against the diagnosis of cervical cancer respectively in the sub dimensions negotiation, acceptance 60.0% and 100% of women have a favorable acceptance disease respectively.

In conclusion whether an adequate adjustment to illness will be a favorable acceptance thereof which will enable women to improve their quality of life i / o lifestyles.

KEYWORDS: Adaptation, acceptance, cervical cancer.

“PROCESO DE ADAPTACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL II - ESSALUD, TARAPOTO ENERO-OCTUBRE 2014”.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco conceptual

El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud. El cáncer del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual de los países subdesarrollados por no tener o tener en forma deficiente programas de detección temprana con el PAP, ácido acético o lugol; en las naciones desarrolladas que los tienen, la incidencia y mortalidad ha declinado en forma significativa. (1)

Desde hace cerca 160 años se comprobó que el principal responsable de la aparición del carcinoma del cuello uterino es el acto sexual comprobados inicialmente por Rigoni Stern en 1848, Gagnon 1950; Nix y otros, en más de 130,000 monjas; en ninguna de ellas hallaron carcinoma del cuello uterino; pero se desconocen porque mecanismos: Es evidente que acompañan al coito factores extrínsecos e intrínsecos: papiloma virus humanos (PVH), alteraciones del sistema inmunológico, anticoncepción oral, bajo nivel económico, herpes virus simple, tabaco, medio ambiente y otros. (1)

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que, a pesar de ser susceptible a la prevención, es un problema de salud pública en los países en desarrollo

debido a su baja capacidad para organizar programas de tamizaje adecuados.

(2)

El Cáncer de Cuello de Útero (CACU) constituye un problema social porque afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Es el segundo cáncer más común entre mujeres y corresponde al 10% del total de nuevos casos de cáncer. Esa neoplasia refleja las desigualdades entre países pobres, ricos y las diferencias de acceso a los servicios de salud. El CACU interfiere en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las mujeres, porque las afecta en su totalidad, incluyendo sexualidad, trabajo y producción económica y cultural, comprometiendo inclusive las relaciones familiares y sociales. (3)

De acuerdo a los informes de la Agencia Internacional Contra el Cáncer - 231,000 mujeres mueren cada año por cáncer de cuello uterino en el mundo. El CACU es la forma más frecuente de cáncer de las mujeres del tercer mundo: de los 460,000 casos nuevos de CACU que ocurrieron en el año 2,000, 370,000 (80%) se presentaron en los países en desarrollo (4).

El riesgo de enfermedad y muerte por estas lesiones sigue sin control en los países en desarrollo por falta de programas de screening o por la inoperancia de los mismos. Para el año 2012 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo de los cuales 85% y 88% respectivamente en los países en desarrollo, en los cuales la tasa de incidencia por Cáncer de cuello uterino es de 17,8 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 9,8 por 100.000 mujeres. El riesgo de una mujer sufrir esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87%, y el de morir es de 1,10%. En las regiones en desarrollo el CACU representa 13% de todos los casos nuevos de cáncer de causa ginecológica, aproximadamente 17,54% de todos los casos

nuevos de cáncer en mujeres y en torno de 11,4% de muertes de mujeres asociadas al cáncer. (5)

Según La Organización Mundial de la Salud estima que en el Perú se diagnosticarán más 4 mil 500 casos nuevos de Cáncer de Cuello Uterino este año. Lo que significa que seis mujeres morirán diariamente por este tipo de cáncer, que pudo ser detectado y tratado a tiempo. (6)

El pronóstico de una paciente con cáncer de cuello uterino es dependiente de las características de la paciente (por ejemplo, edad), del tumor (por ejemplo, estadio clínico al momento del diagnóstico) y del esquema tratamiento. Un factor que puede afectar el pronóstico de las pacientes con cáncer de cuello uterino, es el retraso en el inicio del tratamiento o su intermitencia una vez iniciado, por causas administrativas del sistema de salud o por creencias de la mujer y su pareja.(2)

El cáncer de cérvix presenta aspectos particulares ya que altera la calidad de vida de quien lo padece, puesto que este tipo de cáncer tiene una relación significativa con el Virus del Papiloma Humano (HPV) como “una condición necesaria pero no suficiente para su aparición”. (7)

El diagnóstico de cáncer constituye una experiencia extremadamente estresante y supone una carga enorme de angustia y sufrimiento. La palabra cáncer está asociada a la muerte, su sola mención desencadena en las personas situaciones de ansiedad, dada la inminencia de tratamientos agresivos que traen consigo intenso dolor y penosas incapacidades, además de una serie de trastornos físicos y emocionales y modificaciones drásticas en el estilo de vida, las costumbres, la vida laboral y familiar. A todo lo anterior,

hay que añadir el factor económico como motivo de preocupación, pues, en este medio, los costos de la enfermedad superan la capacidad de las pacientes y sus familias (8).

Es importante hacer mención sobre la carga emocional que conlleva el cáncer ginecológico, puesto que, a diferencia de otros tipos de neoplasias, ésta afecta directamente la sexualidad de la mujer, lo que puede generar una carga adicional de estrés y otras emociones ante la calidad de vida de la paciente. Desde el momento inicial, al recibir el diagnóstico se ocasiona una experiencia traumática y estresante para el individuo, cuando se enfrenta a éste hay una congestión de significaciones negativas, por lo que su vida y su estabilidad psicológica entran en choque, a partir de lo cual surgen en el sujeto unas expectativas y fantasías con respecto a la muerte, el dolor, la terminación de su proyecto de vida y el temor al abandono en el que se quedan sus familiares. (9)

1.2 Antecedentes

Palacio C. y Hernández J. (2009); en su estudio descriptivo "Tipos De Aceptación y Adaptación Utilizados por las Pacientes Diagnosticadas con Cáncer de Cérvix en Relación al Tratamiento", en La Ciudad De Pereira, realizaron 15 encuestas en donde concluyeron que no existe relación significativa entre los tipos de aceptación y adaptación con la edad de las pacientes que participaron en este estudio. Dentro del primer grupo de edad, 27 a 39 años, se encontró que 4 de 6 entre estas edades, tienen un espíritu de lucha, mientras que las 3 restantes presentaron estilos de aceptación combinados entre preocupación ansiosa, e indefensión. En cuanto a las pacientes dentro del grupo de edad entre 38 a 49 años, teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra se encontraba dentro de este grupo, 3 de 9 pacientes

presentaron espíritu de lucha (aceptación favorable), las pacientes restantes tuvieron estilos de aceptación intermedia. En relación con su estado civil la mayoría 6 presentó unión libre y educación básica teniendo un tipo de aceptación favorable. El 100% independientemente de sus características sociodemográficas presentaron una adecuada adaptación a la enfermedad. (14)

Nobles, D. y Brunal, B. (2009); en su estudio descriptivo “Una mirada al impacto, reacciones emocionales y tipos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. Realizaron 10 entrevistas a profundidad a mujeres con dx de cáncer de cérvix, hicieron un análisis de contenido y concluyeron que estas personas afrontar el dx como una crisis vital que pone a prueba la capacidad de adaptación del enfermo tanto ante la nueva situación que le ha tocado vivir, obteniendo que el 80% de los pacientes en estudio lograron adaptarse adecuadamente a la enfermedad, que se encontraban dentro del grupo etareó de 30 a 45 años. (13)

Baider L. (2009); estudio descriptivo observacional, “Cáncer y familia, Aspectos teóricos y terapéuticos” Israel. Encuestaron a 50 mujeres con cáncer ginecológico, informo que el cáncer como enfermedad crónica impone estrictas demandas en la totalidad del sistema familiar que contribuye tanto en su vida cotidiana como en su tratamiento; concluyo que los pacientes con cáncer se adaptan a la enfermedad de manera positiva, es decir, estos pacientes sustituyeron pensamientos negativos con pensamientos positivos para tolerar mejor la enfermedad lo que les permitió adaptarse adecuadamente a ésta y sus tratamientos en un 100%. (15)

Wiesner, A. y cols (2009), realizó un estudio cualitativo fenomenológico. “Efectos psicológicos y sociales que genera el Dx de cáncer de cérvix” en Bogotá Colombia, realizaron 10 entrevistas semi estructuradas a mujeres que se hicieron la prueba del VPH, concluyeron que el impacto psicosocial han clasificado en tres categorías: en la esfera emocional, en la vida sexual y de pareja y en el comportamiento. Los efectos encontrados fueron ansiedad, rabia, Hostilidad, vergüenza, culpa, miedo al cáncer, en 6 de estas mujeres las cuales no aceptaban la enfermedad. (16)

Parra L. (2011); en su artículo de investigación sobre la “calidad de vida de mujeres con enfermedad crónica de cáncer de cérvix” en Bogotá; informan que de acuerdo con la descripción por categorías en la dimensión psicológica, los ítems donde se observa mayor percepción negativa o problema en su calidad de vida son los de ansiedad, depresión, temor a futuros exámenes diagnósticos, cambios en la apariencia, el temor a un segundo cáncer, diseminación y metástasis, así como el lidiar con la enfermedad en general. Los de menor afectación son el de sentirse útil a pesar de la enfermedad, la aflicción o angustia relacionada con el diagnóstico inicial y la aflicción o angustia relacionada con los tratamientos del cáncer, con el control y la satisfacción con la vida, el grado de felicidad y la capacidad para concentrarse. (17)

Gómez M. y Lagoueyte M. (2012); En su estudio sobre las estrategias para afrontar el cáncer de cérvix, se estudió a 20 mujeres con Dx de cáncer de cérvix donde se evidenció que más allá de la detección y el tratamiento de la enfermedad, las pacientes requieren espacios en los cuales se les brinde información sobre el tipo de cáncer, tratamiento, efectos secundarios y

autocuidado, para comprender su estado y afrontarlo en mejores condiciones. Los espacios de encuentro y comunicación con el personal de salud aliviaron en las pacientes su carga emocional, llegando a adaptarse adecuadamente a la enfermedad. (18)

Baiocchi A, Lugo E, Palomino N y Tam E.(2013); en su estudio sobre los “estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino” realizado en Lima con una población de 150 mujeres, indico que con respecto a los estilos de afrontamiento enfocados al problema, entre el 73,3 al 52,7% utilizó a menudo estilos positivos. En relación al afrontamiento activo emplearon a menudo los siguientes estilos: «llevo a cabo una acción directa en torno al problema» en el 65,3%; «concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello» e «intento proponer una estrategia sobre qué hacer» en el 64,7%; «me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado» en el 61,3%. Las encuestadas aplicaron a veces la negación: «me digo a mí misma esto no es real» en el 63% y «actúo como si nunca hubiera sucedido» en el 51%; la negación se da cuando la persona se rehúsa a creer que el estresor existe o se comporta como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente. (19)

Agreda L. y Domínguez E. (2014); en su estudio cualitativo “significados, vivencias y vínculo con el proceso de adaptación y sentido de vida de las mujeres con cáncer cérvico-uterino en el Hospital II-2 de Tarapoto, con una muestra de 9 mujeres en donde se encontró que 7 de ellas se ubicaba en el grupo de edad mayor igual de 35 años; solo 3 tenían la condición de estado civil casada; 8 tenían grado de estudios entre primaria incompleta y secundaria completa; así como, 8 mujeres proceden de la zona urbana de la ciudad de

Tarapoto. Así mismo encontraron que mujeres con cáncer cérvico uterino, en su totalidad aceptaron la enfermedad como una situación difícil pero que implica un fuerza de voluntad y que requiere el apoyo del entorno y el tratamiento profesional idóneo para la recuperación de la salud; la mayoría está convencida que la enfermedad es curable aunque el tratamiento es una cuestión de soportar. Algunas, muy pocas, consideran que solo desean vivir un tiempo para acompañar a sus hijos/as en su desarrollo. Cabe aclarar que hubo la mayoría que se adaptó y aceptó el tratamiento; aunque consideran que la consejería profesional fue muy importante para afrontar la enfermedad. (31)

1.3 Bases teóricas

El cáncer

El cuerpo está compuesto por millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen formando nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para facilitar el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar las células desgastadas o las que están muriendo y para reparar lesiones. (20)

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de células anormales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. (20)

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula. Las personas pueden heredar un ADN dañado, pero la mayoría de las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. (20)

Cáncer de cérvix

El tipo de cáncer se identifica de acuerdo a la parte del cuerpo en la que comienza, aunque después se extienda a otras partes del cuerpo. (21)

El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama cuello uterino. El feto crece en el cuerpo del útero (la parte superior). El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina. La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en la exocérvix) y las células glandulares (en la endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en la zona de transformación. (20)

Nuevas células se forman cuando el cuerpo no las necesita y células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. La acumulación de células que no

son necesarias resulta en la formación de una masa de tejido que se llama tumor. (22)

Los tumores en el cérvix pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos) Tumores benignos (pólipos, quistes o verrugas genitales): no son dañinos, no invaden los tejidos. Tumores malignos (cáncer cervical): algunas veces pueden poner la vida en peligro, pueden invadir los tejidos y órganos cercanos, pueden diseminarse a otras partes del cuerpo El cáncer de cérvix empieza en las células de la superficie del cérvix o cuello uterino. Con el tiempo, el cáncer cervical puede invadir más profundamente dentro del cérvix y los tejidos cercanos. (22)

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquel que aumenta sus probabilidades de padecer una enfermedad como el cáncer. (20)

Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen:

- **Infección por el virus del papiloma humano:** El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papiloma, lo que se conoce más comúnmente como verrugas (20).

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel.

Una manera en la que el VPH se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral. Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua. (20)

La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con VPH. Otras pruebas detectan infecciones mediante la búsqueda de genes (ADN) del VPH en las células. A algunas mujeres se les hace la prueba de VPH junto con la prueba de Papanicolaou como parte de la detección. Cuando el resultado de una prueba de Papanicolaou en una mujer es ligeramente anormal, la prueba de VPH también se puede usar para ayudar a decidir cuál será el próximo paso. Si los resultados de la prueba muestran un tipo de VPH de alto riesgo, esto puede significar que ella necesitará una evaluación completa con un procedimiento de colposcopia. Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH. (20)

- **Tabaquismo:** Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas

sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (20)

- **Inmunosupresión:** El de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Virus Esto podría explicar por qué las mujeres con sida tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (cervical). El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, un pre cáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquéllas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquéllas que han tenido un trasplante de órgano.(20)
- **Infección con clamidia:** La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor, y se contrae por contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico.

(20)

- **Alimentación:** Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino. (20)
- **Píldoras anticonceptivas:** Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. (20)
- **Multiparidad:** Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres

podieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. (20)

- **Edad temprana en el primer embarazo a término:** Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. (20)
- **Pobreza:** La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres de cuello uterino. (20)
- **Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino:** El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos,

una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección.(20)

Síntomas

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y pre cánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente.

Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia.
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito).

Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino. (20)

Diagnóstico

- Pruebas de laboratorio: El médico o la enfermera raspan una muestra de células del cérvix o cuello uterino. En una prueba de Papanicolaou, el laboratorio examina la muestra en busca de células cancerosas del cérvix o

de células anormales que después podrían convertirse en cáncer si no son tratadas. Para una prueba de VPH, la misma muestra se analiza para ver si hay infección por VPH.

- Examen cervical: El médico usa un colposcopio para examinar el cuello del útero o cérvix. El colposcopio combina una luz brillante con una lente de aumento para ver el tejido con más facilidad.
- Muestra de tejido (biopsia): Es la extracción de tejido para buscar células cancerosas por lo general se aplica anestesia local. El médico extrae tejido por una de las formas siguientes:
 - Biopsia con sacabocados: El médico utiliza un instrumento afilado para obtener muestras pequeñas de tejido cervical.
 - Escisión electro quirúrgico con asa: El médico usa un aro de alambre eléctrico para rebanar un trozo delgado y redondo de tejido cervical.
 - Legrado (cure taje endocervical): El médico usa una cureta, para raspar una pequeña muestra de tejido del cérvix. Algunos médicos pueden usar un cepillo delgado y suave en lugar de un raspador.
 - Biopsia de cono: El médico extrae una muestra de tejido en forma de cono. Una biopsia en forma de cono permite que el patólogo vea el tejido bajo la superficie del cérvix para saber si hay allí células anormales.(22)

Agrupación de las etapas y la FIGO

Estadio I: El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

- **Estadio IA:** Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.

•**Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.

•**Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.

- **Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.

•**Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.

•**Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II: El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

- **Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.

- **Estadio IIAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

Estadio III: El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y

la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio

- **Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- **Estadio IIIB:** Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

Estadio IV: El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- **Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
- **Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes.(23)

Proceso de adaptación

El concepto de adaptación se refiere a los pensamientos y los comportamientos específicos que una persona utiliza en el proceso para adaptarse a una situación específica. (24)

Se define Adaptación al cáncer, al proceso continuado en el cual el paciente individualmente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección. La adaptación al cáncer no es un evento aislado ni único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al sujeto ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida con cáncer. La adaptación es como una secuencia de acciones-interacciones pertenecientes a un fenómeno determinado que evolucionan en el tiempo, la adaptación de las mujeres evoluciona hacia el descubrimiento de la enfermedad, aceptando la enfermedad, y adaptándose a un nuevo cuerpo y a una nueva vida. (24)

Según Holland, la psicooncología se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa que constituye una amenaza para el futuro y la vida misma. Sin embargo actualmente no existe un modelo unitario que incorpore todos los factores que influyen en este sufrimiento asociado al cáncer. (32)

Según Folkman y Greer los pilares del proceso de adaptación son: “valoración” y “afrontamiento”. La valoración tiene que ver con la evaluación individual del significado personal de un evento dado y la adecuación de los recursos del individuo para afrontarlo. La valoración de un determinado evento influye en las emociones y en el afrontamiento subsecuente. El afrontamiento se refiere a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer para lo cual puede ocurrir tres estrategias principales: estrategias centradas en las emociones, estrategias centradas en los problemas y estrategias centradas en el significado. Las primeras ayudan a los pacientes oncológicos a regular su grado de sufrimiento emocional, las segundas les ayudan a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento, y las terceras les ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrán en sus vidas. (33)

Factores generales que influyen en la adaptación

A pesar de que hay algunos puntos comunes en la adaptación normal a los variados factores de tensión que presenta el cáncer, también hay muchas

diferencias individuales. Es difícil predecir la manera en que las personas harán frente al cáncer, de manera que es importante reconocer los factores que influyen en la adaptación al cáncer. Las medidas de tensión incluyen las siguientes:

- Número de acontecimientos vitales que produjeron tensión durante el año anterior
- Síntomas de tensión traumáticos relacionados con el cáncer.
- Tensión general percibida. (25)

El proceso de adaptación al cáncer puede comenzar incluso antes de un diagnóstico. Los pacientes pueden responder con grados normales de temor, preocupación e inquietud cuando tienen síntomas inexplicables o cuando se dan cuenta de que son sometidos a pruebas para determinar la presencia de cáncer. Cuando escuchan el diagnóstico, sus temores se tornan realidad, con lo cual se genera una situación psicológica y existencial difícil (crisis). Muchas personas se preguntan, “¿Puedo morir por esto?”. Recibir un diagnóstico de cáncer provoca una crisis que incluye sufrimiento emocional previsto y normal. Spencer S., Carver C., Price A. describió que el proceso de adaptación atraviesa por respuestas normales a la crisis del cáncer consisten de tres fases:

1. **La fase I, respuesta inicial**, consta de incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia. Algunos pacientes intentarán probar que el diagnóstico no es cierto ("¿Está seguro de tener los resultados correctos de la prueba?). La mayoría de los pacientes informarán sobre un período de incredulidad acompañado de incapacidad de procesar claramente la

información. Se puede sentir aturridos o en estado de shock, o como si" Esto no me puede estar pasando a mí".

2. **La fase II, disforia**, consta de un período variable de tiempo (pero habitualmente se prolonga de 1 a 2 semanas) durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Durante este período, los pacientes generalmente empezarán a sentir un grado considerable de sufrimiento en forma de depresión, ansiedad, insomnio, falta de concentración y varios grados de incapacidad para funcionar en sus actividades cotidianas. Los pensamientos molestos sobre la enfermedad y la muerte se presentan con mucha frecuencia y parecen ser incontrolables.
3. **La fase III, adaptación a largo plazo**, consta de un período prolongado de tiempo durante el que aparece una adaptación más duradera y permanente. Este período se extiende durante semanas y meses. Durante el mismo, los pacientes utilizan una variedad de estrategias y estilos para enfrentar una situación difícil. Los estilos para enfrentar una situación difícil son formas de responder a situaciones difíciles enfrentar muchas situaciones vitales previas; las estrategias para enfrentar situaciones difíciles consisten en esfuerzos específicos para resolver situaciones particulares relacionadas con el cáncer; la persona empieza a tener autocontrol de sí mismo, el cual le permitirá recuperar su capacidad en el trabajo y le permitirá poder hacer uso de su tiempo libre.(25)

La adaptación normal o adecuada se da en pacientes que pueden reducir al mínimo los trastornos en las funciones cotidianas de la vida, regular el sufrimiento emocional y continuar participando activamente en aspectos de la vida que aun revista significado e importancia. En general, las personas que se

adaptan adecuadamente, continúan comprometidas y participan activamente en el proceso de superación del cáncer y siguen encontrando significado e importancia en sus vidas. Por otra parte, las personas que no se adaptan, a menudo se desconectarán y vivirán desesperanzados. De esta manera, evaluar el grado de participación en comparación con la renuncia puede ser una manera de distinguir ante la adaptación adecuada y la inadecuada. (34)

Aceptación

La aceptación es tolerar una situación, saber que la vida es así y no todo puede ser bueno, pero inclinándose hacia la acción. Se puede convivir con esa situación desagradable sin que eso cause un malestar exagerado, pero a pesar de vivir bajo una circunstancia que no nos gusta, se logra centrar el interés y el foco de atención hacia otras áreas. (26)

El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, genera en el paciente fases en las que se experimenta angustia y duelo, esto debido a la pérdida de la integridad física y psicológica; mediante estas fases que experimenta la persona podrá lograr la aceptación a su nueva condición de salud. (27)

Las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes (27).

Worden señala que las fases del proceso del duelo pueden ser experimentadas no sólo en situaciones de enfermedades terminales, sino ante cualquier tipo de pérdida significativa. Por ejemplo las fases del proceso del duelo ante la

pérdida de la salud y de los múltiples cambios en la vida diaria que conlleva el padecer una enfermedad crónica, como el cáncer. (35)

Kübler-Ross en su teoría señaló que las personas que se encontraban con enfermedades terminales como el cáncer transitaban por cinco fases durante el duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; la autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban. (27)

Las 5 etapas del duelo.

1. Negación: Imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación. «Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí». La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos.(27)
2. Ira: Reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno que se percibe como sano o responsable de la enfermedad, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios. También incluye la ira u hostilidad dirigida hacia sí mismo al culparse de haberse provocado la enfermedad, pudiéndose incurrir en conductas de riesgo autodestructivas.(27)
3. Negociación: Forma de afrontar la culpa y se entabla, de forma imaginaria o real, con aquéllos hacia las cuales dirigió la ira. Ahora no se perciben como culpables, sino comprometidos con la recuperación del paciente, por lo que

éste les hace promesas para alcanzar metas terapéuticas, de supervivencia o desarrollo personal. Se abandona cualquier conducta autodestructiva y empieza a comprometerse con la recuperación. (27)

4. Depresión: Sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de ir a las citas médicas. Es un momento importante que debe ser procesado.(27)
5. Aceptación: Se define como el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia. A esta fase se alcanza tras realizar un balance de la pérdida y dar nuevos significados a la situación que se vive. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la enfermedad. (27)

A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar. Las personas que atraviesan estas etapas no deben forzar el proceso. (27)

Avila M. y Canseco C. Estructuraron una escala con un formato tipo Likert con el cual pudieran cuantificar el significado psicológico que tienen los pacientes con cáncer y los cuidadores primarios sobre las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud, considerando las definiciones dadas por Kübler-Ross, mediante el cual se puede medir el proceso de aceptación según la teoría de las fases del duelo esta escala evalúa estas fases con un origen mixto empírico-teórico. (28)

1.4 Justificación

El cáncer es una enfermedad que genera mucha preocupación en la actualidad, puesto que en los últimos años se ha incrementado la morbi-mortalidad a causa de ésta a nivel mundial. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollarlo, cada año se diagnostican 68,000 casos nuevos (10).

En la actualidad existen investigaciones que brindan información sobre cómo se da la enfermedad, cómo evoluciona y las formas de prevención mas no existen investigaciones que evalúen el aspecto psicológico y los trastornos que el cáncer puede causar en la mujer.

Es de gran importancia tener en cuenta que el estado físico y emocional de la mujer influye directamente en su salud y en la forma en cómo ella sobrelleve su enfermedad, afecta también su bienestar mental y social; de esta manera no se debe olvidar que es fundamental para el profesional de salud conocer y comprender las necesidades psíquico emocional de las mujeres que padecen cáncer. El proceso de adaptación y aceptación requiere de esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo una persona para hacer frente o reducir la adversidad de situaciones estresantes que se plantean en un acontecer vital. (13)

Por tal motivo es necesario que los profesionales de la salud utilicen estrategias adecuadas enfocadas en estos dos procesos, que permitan suministrar la información y consejería basada en las necesidades de cada una de las que padecen esta enfermedad, para lograr una adaptación menos traumática e involucrar a toda la familia en el cuidado y apoyo a cada caso y la

consecuente aceptación de su nueva condición de salud, de esta manera poder garantizar una atención más humanizada que tome en cuenta el aspecto emocional que sufre variaciones con resultado de un diagnóstico que cambiara su forma de vida y/o estilos de vida. Al mismo tiempo establecer un entorno saludable y favorable para las mujeres que enfrentan esta enfermedad.

Los resultados de nuestra investigación permitirán contribuir y fomentar conocimiento objetivo y novedoso que permita al sector salud implementar políticas que atiendan las necesidades de las mujeres con cáncer de cuello uterino su familia y la sociedad.

1.5 Problema de investigación

¿Cómo se desarrolla el proceso de adaptación y aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino en las mujeres del Hospital II Essalud Tarapoto, enero-octubre 2014?

II. Objetivos

2.1 General

Determinar cómo se desarrolla el proceso de adaptación y aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino en las mujeres del Hospital II Es Salud Tarapoto, Enero-Octubre 2014.

2.2 Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de cuello uterino.
- Identificar el proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino según sub dimensiones: respuesta inicial, disforia y adaptación a largo plazo.

- Identificar el proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino según sub dimensiones: negación, ira, negociación, depresión, aceptación.

2.3 Hipótesis

El proceso de adaptación se da de forma adecuada en las mujeres con cáncer de cuello del Hospital II EsSalud-Tarapoto con una aceptación favorable a la enfermedad.

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	PUNTAJE	
Variable única: proceso de adaptación y aceptación frente al dx de cáncer de cuello uterino.	El Proceso de adaptación y aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino es un proceso constante durante el cual cada paciente evoluciona hacia el descubrimiento de su enfermedad buscando manejar su sufrimiento emocional, inclinando su acción hacia otras áreas de interés en su vida; para lograr dominar o controlar los acontecimientos vitales relacionados con la enfermedad. Mediante este proceso la persona se adapta y acepta su nueva condición de vida haciendo frente su enfermedad.	La mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino manifiesta un conjunto de condiciones reacciones todas estas manifestaciones estarán sujetas a diversos procesos que el paciente debe pasar para lograr adaptarse adecuadamente a la enfermedad y aceptar la enfermedad favorablemente.	PROCESO DE ADAPTACIÓN	Fase I: Respuesta inicial	-Adaptación Inadecuada	03 – 30 puntos	
				Fase II: Disforia.		-Adaptación Adecuada	31 - 45 puntos
				Fase III: Adaptación a largo plazo			
			PROCESO DE ACEPTACIÓN	Negación	-Aceptación desfavorable	05 – 66 puntos	
				Ira			
				Negociación		-Aceptación indiferente	67 – 198 puntos
				Depresión			
Aceptación	-Aceptación favorable	199 – 330 puntos					

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio se realizó a nivel básico, cuantitativo descriptivo simple; con recolección de datos prospectivo de corte transversal aplicado a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud-Tarapoto.

Cuantitativo: Porque nos permitió recoger, procesar y analizar datos cuantitativos numéricos sobre variables previamente determinadas.

Descriptivo: Porque nos permitió observar las variables en un contexto dado sin ser modificadas o manipuladas.

Corte transversal: Porque el trabajo de investigación se realizó en un determinado tiempo.

Prospectivo: Porque se recogió la información de los hechos en el presente.

3.2 Diseño de investigación

El diseño utilizado fue descriptivo simple. Que se expresa gráficamente de la siguiente manera:



Donde:

M: Representó la muestra que estuvo conformada por Mujeres con Dx. De cáncer de cuello uterino.

I: Representó a las observaciones que se realizaron a las sub variables adaptación y aceptación al cáncer de cuello uterino.

3.3 Universo, población y muestra

Universo: todas las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto.

Población: La población en estudio estuvo conformada por 30 mujeres con Diagnóstico de Cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud Tarapoto.

Unidad de Análisis: Una mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud –Tarapoto.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud Tarapoto.
- Mujeres que viven en la zona urbana de Tarapoto.

3.4 Plan de recojo de la información

Procedimiento

Para la recolección de datos se tomó en cuenta los siguientes pasos:

- Se solicitó a la obstetra responsable de CACU del Hospital II EsSalud Tarapoto nos brinde el permiso y la relación de las mujeres con CACU pertenecientes al programa para poder realizar la recolección de datos.
- Se realizó el reconocimiento de nuestra población de estudio.
- Se usó un cuestionario estructurado para encuestar a las mujeres con Dx de CACU para así poder determinar cómo se lleva a cabo el proceso de adaptación y aceptación al CACU.
- Posteriormente, se procesaron los datos encontrados.

- Posteriormente se tabuló los datos obtenidos y se analizaron los resultados con el apoyo de paquetes estadísticos utilizando el siguiente software: SPSS vs 21.
- Con los datos procesados se procedió a llevar a cabo las conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó métodos de estadística descriptiva, basados en tablas y cuadros estadísticos con frecuencias y porcentajes, se contó con un instrumento que nos permitió analizar el proceso de adaptación y aceptación de las mujeres con cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud-Tarapoto, duro 30 minutos, se realizó de forma individual, dividido en tres partes. La primera parte estuvo constituida por las características sociodemográficas de las mujeres viviendo con cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud-Tarapoto: Edad, estado civil, grado de instrucción, religión y número de hijos.

La segunda parte estuvo constituido por 15 preguntas cerradas elaboradas por las autoras y asesor; el cual medirá el proceso de adaptación según las sub dimensiones: Respuesta inicial, disforia y adaptación a largo plazo; cuyo puntaje obtenido nos indicara si la adaptación es inadecuada (3-30) y/o adecuada (31-45).

VALORACIÓN DEL PROCESO DE ADAPTACION

N°	Clasificación	Ítems	Puntaje
1	Respuesta inicial	1,2,3	3 -9 ptos.
2	Disforia	4,5,6,7,8,9,10	3 - 21 ptos.
3	Adaptación a largo plazo	11,12,13,14,15	3 - 15 ptos.
Total puntos		15 ítems	15 – 45 ptos.

Valoración total del proceso de adaptación	
ADAPTACION INADECUADA	03 – 30 ptos
ADAPTACION ADECUADA	31 – 45 ptos

Valoración de la dimensión Respuesta inicial del proceso de adaptación de 3 – 9 ptos.	
ADAPTACION INADECUADA	3 – 6 ptos
ADAPTACION ADECUADA	7 – 9 ptos

Valoración de la dimensión disforia del proceso de adaptación de 3 – 21 ptos.	
ADAPTACION ADECUADA	3 – 14 ptos
ADAPTACION INADECUADA	14 – 21 ptos

Valoración de la dimensión adaptación a largo plazo del proceso de adaptación de 3 – 15 ptos.	
ADAPTACION INADECUADA	3 – 10 ptos
ADAPTACION ADECUADA	11 – 15 ptos

La tercera parte estuvo constituido por un formato tipo Likert de las fases del duelo con 66 preguntas elaborada por Miaja M. y Canseco C. la cual fue modificada y valorada por expertos; constituido por preguntas enmarcadas en las sub dimensiones: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación donde mediremos el proceso de aceptación según los puntajes obtenidos

estableceremos si la aceptación es favorable (199-330), indiferente (67-198) y desfavorable (5-66).

VALORACIÓN DEL PROCESO DE ACEPTACION SEGÚN LAS FACES DEL DUELO

Nro.	Clasificación	Ítems	Puntaje
1	NEGACION	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	5 - 75 ptos.
2	IRA	16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27	5 - 60 ptos.
3	DEPRESION	28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39	5 - 60 ptos.
4	NEGOCIACION	40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51	5 - 60 ptos.
5	ACEPTACION	52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66	5 - 75 ptos.
	TOTAL PUNTOS	66 ítems	66- 330 ptos.

Valoración total del proceso de aceptación	
ACEPTACION DESFAVORABLE	5 -66 ptos
ACEPATCION INDIFERENTE	67- 198 ptos
ACEPTACION FAVORABLE	199-330 ptos

Valoración de las dimensiones negación y aceptación del proceso de aceptación de 5 a 75 ptos.	
ACEPTACION DESFAVORABLE	5 -30 ptos
ACEPATCION INDIFERENTE	31 – 45 ptos
ACEPTACION FAVORABLE	46 – 75 ptos

Valoración de las dimensiones ira, depresión y negociación del proceso de aceptación de 5 a 60 ptos.	
ACEPTACION DESFAVORABLE	5 -24 ptos
ACEPTACION INDIFERENTE	25 – 36 ptos
ACEPTACION FAVORABLE	37 – 60 ptos

Plan de tabulación y análisis de datos:

Análisis de datos

La información obtenida fue procesada en una computadora con el sistema operativo Windows 8, se diseñó una base de datos en Excel 2013, y tabulados en el programa estadístico SPSS vs 21 que permitió la elaboración de tablas simples, y gráficos; y el programa para diseño de presentaciones Power Point 2013.

Protección de los derechos Humanos

Este trabajo fue elaborado teniendo en cuenta los derechos humanos, los principios bioéticos de las personas en estudio. Teniendo en cuenta el anonimato del instrumento, la participación voluntaria. Los datos obtenidos solo sirvieron para fines de la presente investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 01:

Características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de cuello uterino; del Hospital II EsSalud-Tarapoto, enero-octubre 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N° de Mujeres n = 30	%
EDAD	30 a 40 años	6	20.0%
	41 a 50 años	9	30.0%
	51 a 60 años	11	36.7%
	61 a 70 años	4	13.3%
	Promedio y DSTD	– X = 49.2 años D.S.T.D.=S= 9.73 años	
ESTADO CIVIL	Soltera	7	3.33%
	Casada	12	40.0%
	Viuda	6	20.0%
	Conviviente	5	16.6%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria completa	5	16.6%
	Superior No universitaria incompleta	4	13.3%
	Superior No universitaria completa	9	30.0%
	Superior universitaria incompleta	9	30.0%
	Superior universitaria completa	3	10.0%
RELIGIÓN	Católico	20	66.6%
	Adventista	6	20.0%
	Testigo de Jehová	4	13.3%
NÚMERO DE HIJOS	0 hijos	4	13.3%
	1 a 3 hijos	24	80.0%
	4 a 6 hijos	2	6.6%
	Promedio	– X = 2 hijos	

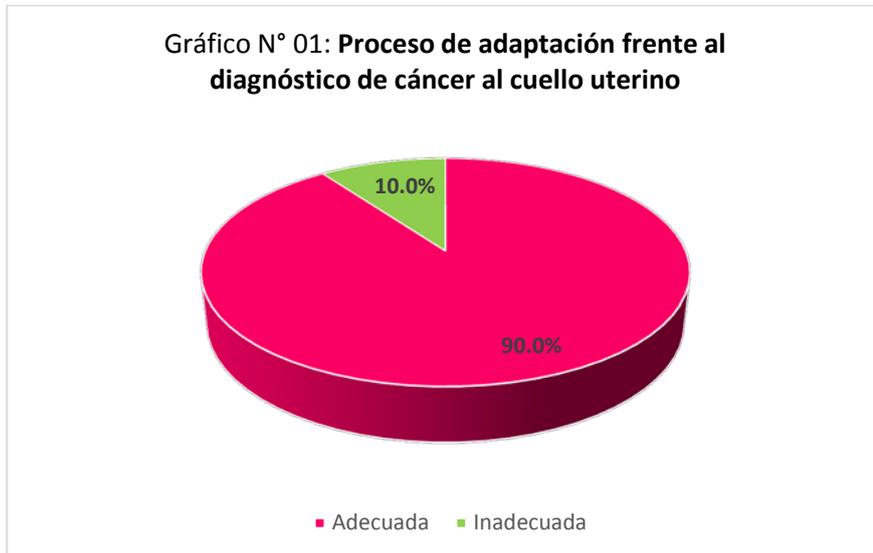
Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de cuello uterino, del Hospital II EsSalud-Tarapoto, se observa que el promedio de edad de las entrevistadas es de 49.2; y que el 36.7% de las mujeres están entre las edades comprendidas de 51 a 60 años; y el 13.3% de las mujeres tienen entre 61 a 70 años. Asimismo el 40% de las mujeres del consultorio preventivo son de estado civil casadas, y el 3.33% son solteras. Con respecto al grado de Instrucción, el 30% de las mujeres del consultorio preventivo tiene nivel educativo superior no universitario completa; y el 10% superior universitario completo.

En lo que respecta a Religión, el 66.6% de las mujeres son católicas, y el 13.3% son testigos de Jehová. En relación a los datos obtenidos referente al número de hijos, el 80% de las mujeres tienen entre 1 a 3 hijos, y el 6.6% tienen 4 a 6 hijos, con un promedio de 2 hijos por entrevistada.

Gráfico N° 01:

Proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino en las mujeres del Hospital II EsSalud-Tarapoto, enero-octubre 2014.



Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que el proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino en las mujeres del Hospital II EsSalud- Tarapoto, se observa que el 90,0% tienen un adecuado proceso de adaptación.

Tabla N° 02:

Proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino según sub dimensiones en las mujeres del Hospital II EsSalud-Tarapoto, enero-octubre 2014.

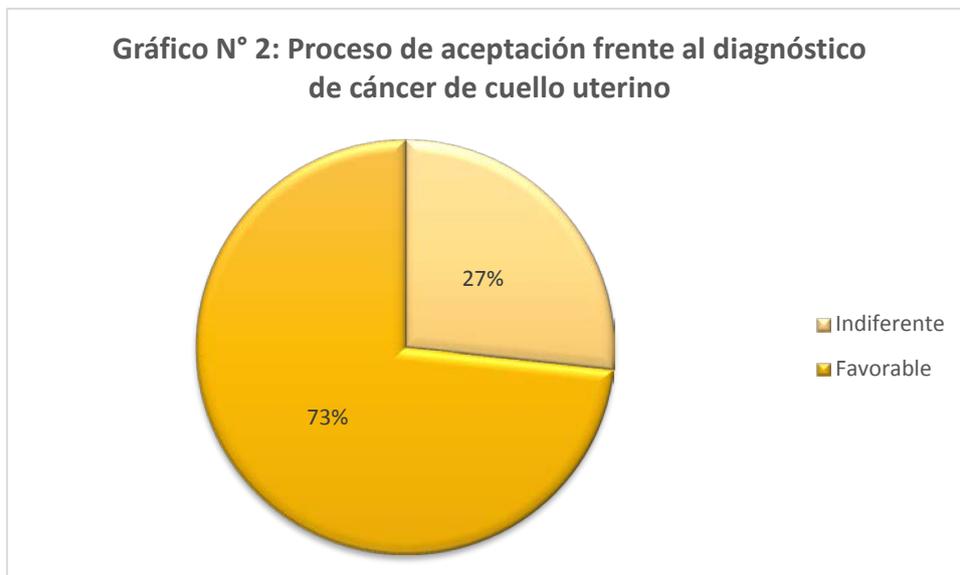
Sub dimensiones del proceso de adaptación	ADECUADO		INADECUADO		Chi-cuadrado 5% significancia (g.l.) = 1
	N°	%	N°	%	
Respuesta inicial	9	10.0%	21	23.3%	$X^2 = 4,80$ $p = 0,028$
Disforia	19	21.1%	11	12.2%	$X^2 = 2,133$ $p = 0,144$
Adaptación a largo plazo	25	27.8%	5	5.6%	$X^2 = 13,333$ $p = 0,000$

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra los resultados del proceso de adaptación frente al Dx. de cáncer de cuello uterino por sub dimensiones: respuesta inicial, disforia y adaptación a largo plazo de las mujeres del Hospital II EsSalud-Tarapoto. El 23.3% de las mujeres tienen una inadecuada respuesta inicial al proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino con un nivel de significancia de $p=0,028$, demostrándose que existe relación significativa con el tipo de adaptación. Con respecto a la dimensión disforia, el 21.1% de las mujeres tienen una inadecuada adaptación con un nivel de significancia de $p=0,144$; lo que nos indica que no existe relación significativa entre la fase disforia con el tipo de adaptación. Con respecto a la dimensión de adaptación a largo plazo, el 27.8% de las mujeres tienen una adecuada adaptación con un nivel de confiabilidad de $p = 0,000$.

Gráfico N° 02:

Proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino en las mujeres del Hospital II EsSalud-Tarapoto, enero-octubre 2014.



Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra resultados del proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino en las mujeres del Hospital II EsSalud- Tarapoto, se observa que el 73,3% de las mujeres tienen una aceptación favorable y el 26,7% una aceptación indiferente al proceso de aceptación.

Tabla N° 3:

Proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino según sub dimensiones: negación, ira, negociación, depresión, aceptación en las mujeres del Hospital II EsSalud-Tarapoto, enero-octubre 2014.

DIMENSIONES	PROCESO DE ACEPTACION						Chi-cuadrado 5% significancia (g.l.) = 1
	Desfavorable		Indiferente		Favorable		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Negación	11	36.7%	19	63.3%	0	0.0%	$X^2 = 2,133$ $p = 0,144$
Ira	4	13.3%	17	56.7%	9	30.0%	$X^2 = 8,600$ $p = 0,014$
Depresión	4	13.3%	22	73.3%	4	13.3%	$X^2 = 1,200$ $p = 0,273$
Negociación	0	0.0%	12	40.0%	18	60.0%	$X^2 = 21,600$ $p = 0,000$
Aceptación	0	0.0%	0	0.0%	30	100%	

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra los resultados del proceso de aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino por sub dimensiones en las mujeres del Hospital II EsSalud- Tarapoto. En la sub dimensión de negación el 63,3% de las mujeres tienen una aceptación indiferente con un nivel de confiabilidad de $p = 0,144$. Con respecto a la sub dimensión Ira, el 56,7% de las mujeres tienen una aceptación indiferente con un nivel de confiabilidad de $p = 0,014$. En la sub dimensión de depresión, el 73,3% de las mujeres tienen una aceptación indiferente con un nivel de confiabilidad de $p = 0,273$. En la dimensión de Negociación, el 60,0% de las mujeres tienen una aceptación favorable con un nivel de confiabilidad de $p = 0,000$. Con respecto a la dimensión de Aceptación, el 100% de las mujeres tiene una aceptación favorable frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

V. DISCUSIÓN

Las mujeres del estudio tienen una edad promedio de 49.2 años; estando el 36.7% de las mujeres entre las edades de 51 a 60 años, 20% son viudas, 66.6% católicas, 30% tienen nivel de educación Superior no universitario completa; el 80% de las mujeres tienen entre 1 a 3 hijos; resultado diferente a los encontrados por Palacio C. y Hernández J. (2009); quienes reportan que las mujeres están entre los rangos de edades de 38 a 40 años; en contraste con nuestros resultados que el mayor porcentaje se encuentran entre 51 y 60 años. Así mismo Nobles, D. y Brunal, B. (2009); evidenciaron que el 80% de los pacientes en estudio se encontraban dentro del grupo etareo de 30 a 45 años. Al igual que Agreda L. y Domínguez E. (2014); encontraron que 7 de 9 mujeres se ubican en el grupo de edad mayor igual de 35 años; solo 3 tenían la condición de estado civil casada; 8 tenían grado de estudios entre primaria incompleta y secundaria completa; así como, 8 mujeres proceden de la zona urbana de la ciudad de Tarapoto. La diferencia estriba en las poblaciones estudiadas y en la ubicación geográfica en donde se realizaron los estudios.

Al identificar el proceso de adaptación se concluyó que el 90,0% de las mujeres tienen un adecuado proceso de adaptación; con respecto al proceso según sub dimensiones: respuesta inicial, disforia y adaptación a largo plazo se encontró que el 23.3% de las mujeres tienen una inadecuada respuesta inicial al proceso de adaptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino con un nivel de confiabilidad de $p=0,028$, lo que demuestra que en la primera fase del proceso de adaptación existe una relación significativa con la adaptación inadecuada; ya que en esta fase la paciente recibe el diagnóstico y entra en un estado de crisis emocional esperada y normal por la magnitud de la noticia

recibida, la paciente trata de negar la veracidad de los resultados. Con respecto a la sub dimensión disforia, el 21.1% de las mujeres tienen una inadecuada adaptación con un nivel de confiabilidad de $p=0,144$, lo que demuestra que no existe relación significativa entre la sub dimensión disforia y el tipo de adaptación pudiendo ser adecuada o inadecuada la diferencia se basa que en esta etapa la paciente entra en un estado de depresión, ansiedad falta de concentración e incapacidad para realizar las actividades cotidianas que serán asimiladas de manera distinta e impredecible en cada persona. Con respecto a la sub dimensión adaptación a largo plazo, el 27.8% de las mujeres tienen una adecuada adaptación con un nivel de confiabilidad de $p = 0,000$, lo que nos demuestra que existe relación significativa en esta sub dimensión con la adaptación adecuada, ya que en esta etapa final del proceso la paciente ha pasado por una serie de acontecimientos lo cual le permite empezar a utilizar estrategias que le permitan ocupar su tiempo libre, a tener auto control de sí mismo que le permiten adaptarse a su nueva condición de salud.

Estos resultados son compatibles con el estudio realizado por Baider L. (2009); quien concluyó que los pacientes con cáncer se adaptan a la enfermedad de manera positiva, es decir los pacientes sustituyeron pensamientos negativos con pensamientos positivos para tolerar mejor la enfermedad lo que les permitió adaptarse adecuadamente a ésta y sus tratamientos en un 100%. Al igual que Gómez M. y Lagoueyte M. (2012); indicaron que los espacios de encuentro y comunicación con el personal de salud alivianaron en las pacientes su carga emocional, llegando a adaptarse adecuadamente a la enfermedad.

Así mismo Parra L, menciona que existe una percepción negativa a la enfermedad en los ítems de ansiedad, depresión, temor a futuros exámenes

diagnósticos, cambios en la apariencia, así como el lidiar con la enfermedad, negándose a adaptarse adecuadamente. Datos que corresponden en nuestra investigación a la fase uno del proceso de adaptación; los cuales son compatibles con los resultados encontrados en donde nuestra población estudiada tuvo una adaptación inadecuada a la enfermedad en su mayoría; teniendo como punto crítico para la adaptación adecuada a la enfermedad las dimensiones: Respuesta inicial que es la primera fase del proceso de adaptación en donde la paciente experimenta incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia o los resultados; lo cual indica que en la primera sub dimensión del proceso de adaptación es en donde la paciente necesita mayor ayuda para poder adaptarse adecuadamente a la enfermedad.

Al identificar proceso de aceptación se encontró que el 73,3% de las mujeres tienen una aceptación favorable a la enfermedad; con respecto al proceso de aceptación según sub dimensiones: Negación el 63,3% de las mujeres tienen una aceptación indiferente con un nivel de confiabilidad de $p = 0,144$, lo que nos indica que en esta sub dimensión no existe una relación significativa con el tipo de aceptación que tienen las mujeres frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino. En la sub dimensión ira, el 56,7% de las mujeres tienen una aceptación indiferente con un nivel de confiabilidad de $p = 0,014$, lo que nos demuestra que en esta sub dimensión existe relación significativa con la aceptación indiferente ya que en esta etapa la paciente se encuentra en un estado emocional hostil, tiene cierto grado de resentimiento que no le permite tomar conciencia de la importancia de hacer frente a la enfermedad, se encuentra en un sub mundo entre la realidad y la inoperancia para hacer frente al diagnóstico. En la sub dimensión depresión, el 73,3% de las mujeres tienen

una aceptación indiferente con un nivel de confiabilidad de $p = 0,273$, lo que indica que en esta sub dimensión no existe relación significativa con el tipo de aceptación que tienen las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. En la sub dimensión negociación, el 60,0% de las mujeres tienen una aceptación favorable con un nivel de confiabilidad de $p = 0,000$, lo que indica que en esta sub dimensión existe una relación significativa con la aceptación favorable a la enfermedad. Con respecto a la sub dimensión aceptación, el 100% de las mujeres tiene una aceptación favorable hacia el cáncer de cuello uterino.

Datos que se asemejan con los encontrados por Baiocchi A, Lugo E, Palomino N y Tam E. (2013); quienes indicaron que con respecto a los estilos de afrontamiento enfocados al problema, entre el 73,3 al 52,7% utilizó a menudo estilos positivos, lo que indica que aceptaban favorablemente la enfermedad. Al igual que los resultados encontrados por Agreda L. y Domínguez E, en donde concluyeron que mujeres con cáncer cérvico uterino, en su totalidad aceptaron la enfermedad como una situación difícil pero que implica una fuerza de voluntad y que requiere el apoyo del entorno y el tratamiento profesional idóneo para la recuperación de la salud.

Así mismo Wiesner, A. y cols, realizaron 10 entrevistas semi estructuradas a mujeres que se hicieron la prueba del VPH, en donde los efectos encontrados fueron ansiedad, rabia, Hostilidad, vergüenza, culpa, miedo al cáncer, en 6 de estas mujeres las cuales no aceptaban la enfermedad; resultados que difieren con los encontrados en nuestra investigación en donde los efectos encontrados corresponden a la dimensión negación del proceso de aceptación a la enfermedad, en donde el mayor porcentaje presento una aceptación indiferente

a la enfermedad lo que indica que en esta fase la mujer no muestra una actitud positiva ni negativa hacia el dx de la enfermedad, encontrándose en un sub mundo alejado de la realidad.

Los resultados nos muestran que si existe una adecuada adaptación a la enfermedad existirá una aceptación favorable a la misma lo que permitirá a la mujer mejorar su calidad de vida i/o estilos de vida.

VI. CONCLUSIONES

- La población estudiada se caracterizó por encontrarse mayoritariamente entre los 51 a 60 años (36.7%); 40% son casadas; el 66.6% son mujeres católicas; 30% tiene estudio superior no universitario completa y el 80% de las mujeres tienen entre 1 a 3 hijos.
- El 90 % de la población tuvo una adaptación adecuada al cáncer de cuello uterino.
- En las sub dimensiones respuesta inicial y adaptación a largo plazo existe relación significativa con la adaptación inadecuada y adecuada al cáncer de cuello uterino respectivamente ($p < 0.05$).
- El 73.3% de la población estudiada acepto favorablemente el diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- En las sub dimensiones ira y negociación existe relación significativa con la aceptación indiferente y favorable al cáncer de cuello uterino respectivamente ($p < 0.05$).

VII. RECOMENDACIONES

- Al sector salud promover la importancia de los procesos de adaptación y aceptación frente al diagnóstico de cáncer de cuello uterino, mediante charlas educativas integradas entre la familia y el paciente, para la construcción del conocimiento, que permitan ayudar a la mujer con cáncer a superar las etapas de estos proceso poniendo énfasis en las etapas críticas de los procesos.
- Al sector salud crear estrategias de participación familiar y social que permitan involucrarlos en el tratamiento y el desarrollo de los procesos de adaptación y aceptación frente al cáncer de cuello uterino.
- Al sector salud la formación e implementación de un consultorio diferenciado en donde se imparta información personalizada al paciente y la familia sobre cómo se desarrollan estos procesos, y cuáles son las etapas críticas de sobrellevar, formando estrategias de autocontrol y ayuda para cada etapa las cuales atravesaran tanto la paciente como su familia.
- Al personal de salud implementar visitas domiciliarias y seguimiento a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino que permitan brindar la ayuda necesaria en el desarrollo de los procesos de adaptación y aceptación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Estrada H. Epidemiología del carcinoma del cuello uterino (Internet) 2010, marzo. (visitado el 03-07-2014); (3): pp. 33-18. URL disponible en <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/epicancercervical.htm>
2. Castro M, Vera L y Posso H. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: Estado del arte, Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006 Sep. vol.57 no.3.
3. Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Comparing two theories of health behavior: a prospective study of noncompletion of treatment following cervical cáncer screening. Health Psychol.2006.
4. Ferlay, J. et al. Cáncer de cuello uterino: diagnóstico y prevención. Rev. Globocan. 2001 May. Vol. 21 N° 2.
5. Arzuaga M, De Souza M, Azevedo L. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial en la Ciudad de la Habana. Rev Cubana de Enfermería. 2012 Jun. vol.28 no.1.
6. Organización mundial de la salud. Programa Nacional de Cáncer de cuello uterino. Lima 2013. (visitado el 03-07-2014) URL disponible en http://es.thehpvtest.com/ebout/HPV/cervical_cancerFAQS.HTML#whatcausas_cervical_cancer.
7. Rubio, C. y Restrepo, M. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Revista colombiana de psicología. 2004 Mayo. Vol.13, 102-112.
8. Rodríguez J, Pastor M, López Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema. 1993; (5 supl.): 349-72.

9. Olivarez, M. E. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en psicología latinoamericana. 2004 Jun. vol. 22, 29-48.
10. Organización Mundial de la Salud. "The Impact of Cancer" (internet) 2005. (visitado el 02-08-2014) URL disponible en http://es.thehpvttest.com/ebout/HPV/TheImpactofcancerFAQS.HTML#whatcausas_cervical_cancer.
11. Walboomers, J. et. al. "Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer Worldwide". 1999; 189:12-19.
12. Luna Campos M. Factores de riesgo asociados al padecimiento de cáncer de cérvix en usuarias de la unidad de salud de Llobasco, del departamento de Cabañas, El Salvador. Tesis de maestría en salud pública Universidad Centro Americana; 2010.
13. Nobles D. y Brunal B. Una mirada al impacto, reacciones emocionales y tipos de afrontamiento de los pacientes con cáncer, Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia. 2009 enero. Volumen 5, Número 8.
14. Palacio C. y Hernández J. Tipos de Aceptación y Adaptación Utilizados por las Pacientes Diagnosticadas con Cáncer de Cérvix en Relación al Tratamiento, De la Clínica Oncólogos de Occidente S.A De La Ciudad De Pereira; 2009.
15. Baider L. Cáncer y familia. Aspectos teóricos y terapéuticos. Instituto "Sharet" de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, (Internet) 2009, (Visitado 27-01-2014). URL disponible en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85

16. Wiesner C, Acosta P, Díaz Del Castillo A, Tovar S, Salcedo H. Efectos psicológicos y sociales que genera el Dx de cáncer de cérvix. Bogotá, Colombia. Tesis de Doctorado Universidad Externado de Colombia; 2009.
17. Parra L. en el Art. Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix, Avances En Enfermería. 2011 Jun. Vol. XXIX N.º 02.
18. Gómez M. y Lagoueyte M. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix, av.enferm. 2012. Vol XXX (1): 32-41.
19. Baiocchi A, Lugo E, Palomino N y Tam E. Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología del Instituto Nacional. Rev. enferm Herediana. Lima 2013; 6(1):18-24.
20. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta.
21. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Educación y Concientización sobre los Cánceres Ginecológicos (Internet) 2005. (Visitado el 20-07-2014), URL disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/index.htm>
22. Vivas M. División de Enfermedades No-transmisibles/programa de cáncer cervical uterino de la OPS/OMS. 2010.
23. International agency for research on cancer world health organization. Manual práctico para la detección visual de las neoplasias cervicales.
24. Barroilhet S. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Escuela de psicología, Universidad de los Andes, Santiago de Chile 2005; 33(6):390-397.

25. Varmus E. Instituto Nacional de Cáncer. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento. (Internet) 2014. (Visitado 16-07-2014); Vol. 105, núm. 3 URL disponible www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/-adaptacion/page5
26. Pérez C. La aceptación: el proceso de tu desarrollo personal. (Internet) 2013. (Visitado 16-07-2014). URL disponible en [:http://lamenteesmaravillosa.com/la-aceptacion-el-proceso-de-tu-desarrollo-personal](http://lamenteesmaravillosa.com/la-aceptacion-el-proceso-de-tu-desarrollo-personal)
27. Elisabeth kübler-ross. Las cinco etapas del duelo 1969- actualizado 2005. (Visitado 15-07-2014); disponible en www.wikipedia.org/wiki/ModelodeK%C3%BCbler-Ross
28. Miaja M y Canseco C. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales; Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México 2013.
29. Definiciones. de Aceptación. (Internet) 2008, (Visitado 11-07-2014); pp. 36-1. URL disponible en: <http://definicion.de/aceptacion/#ixzz36X1sIJmr>.
30. Definiciones. DE: Adaptación. (Internet) 2008, (Visitado 11-07-2014); pp. 36-2. URL disponible en: <http://definicion.mx/adaptacion/#ixzz36X2yEfHG>.
31. Agreda L. y Domínguez E. En su estudio cualitativo "significados, vivencias y vínculo con el proceso de adaptación y sentido de vida de las mujeres con cáncer cérvico-uterino en el Hospital MINSA II-2 de Tarapoto, Perú. Tesis de titulación en Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín; 2014.

32. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002; 64:206-21.
33. Folkman S, Greer S. Promoting psychosocial well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 2000; 9:11-9.
34. Spencer S., Carver C., Price A. Psychological and social factors in adaptation. In Holland J., Breitbart E. Eds: *psychooncology*. University Oxford Press (Internet) 2000, (Visitado el 03-11-2014): 211-222. URL Disponible http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmédicosapoyo/adaptación/health_professional.htm.
35. Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (Segunda edición). Barcelona: Paidós, 2010.

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN- TARAPOTO



Facultad ciencias de la salud
Carrera profesional de obstetricia



**“PROCESO DE ADAPTACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS MUJERES CON
DIAGNOSTICO DE CANCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL II -
ESSALUD, TARAPOTO ENERO-OCTUBRE 2014”.**

CUESTIONARIO

Estimada señora somos estudiantes bachilleres egresadas de la Universidad Nacional de San Martín, que nos encontramos desarrollando el trabajo de investigación titulado **“PROCESO DE ADAPTACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL II - ESSALUD, TARAPOTO ENERO-OCTUBRE 2014”**, con el propósito de conocer y poder identificar como se lleva a cabo los procesos adaptación y aceptación de la enfermedad del cáncer de cérvix el cual Ud. padece, ya que consideramos que su opinión es muy importante y valiosa para nosotros y la comunidad; la información que ustedes nos brinden será confidencial , anónima y se utilizará sólo con fines de investigación.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Nº encuesta:

Fecha:

I.-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1.-EDAD:

<p>1.2.-ESTADO CIVIL:</p> <p>a) Soltera.....(1) b) Casada.....(2) c) Divorciada.....(3) d) Viuda.....(4) e) e) Conviviente.....(5)</p>	<p>1.3.-GRADO DE INSTRUCCIÓN:</p> <p>a) Primaria incompleta.....(1) b) Primaria completa.....(2) c) Secundaria incompleta.....(3) d) Secundaria completa.....(4) e) Superior no universitaria incompleta...(5) f) Superior no universitaria completa.....(6) g) Superior universitario incompleta.....(7) h) Superior universitario completo.....(8)</p>
<p>1.4.-RELIGIÓN:</p> <p>a) Católico..... (1) b) Adventista..... (2) c) Protestante.....(3) d) Testigo de Jehová...(4) c) Ninguno.....(5)</p>	<p>1.5.-NUMERO DE HIJOS:</p> <p>a) 0 hijos.....(1) b) 1 a 3 hijos.....(2) c) 4 a 6 hijos.....(3) d) Más de 7 hijos(4)</p>

II.) PROCESO DE ADAPTACIÓN AL CACU.

Instrucciones:

Marca con un aspa (x) de acuerdo a las experiencias, sentimientos, que usted ha pasado.

- Adaptación adecuada 31-45
- Adaptación inadecuada 3-30

PREGUNTAS	SI (3)	A VECES (2)	NO (1)
Fase I : respuesta inicial:			
1.- ¿Usted ha tenido duda de los resultados de sus exámenes?			
2.- ¿Se ha sentido aturdido o en shock por el resultado encontrado?			
3.-¿Usted ha experimentado la sensación de sentirse deprimida o que el “mundo se le viene abajo”?			
Fase II: disforia			
4.- ¿Ha sentido que su vida no vale nada?			
5.- ¿Ha intentado atentar contra su vida?			
6.- ¿Ha tenido dificultad para organizar su vida cotidiana alrededor del Cacú?			
7.- ¿Ha tenido falta de concentración para realizar sus actividades diarias?			
8.- ¿Ha sufrido algún tipo de ansiedad por causa del dx del Cacú?			
9.- ¿Ha sufrido trastorno del sueño o insomnio?			
10.- ¿Ha perdido el apetito o a disminuido la capacidad de ingerir sus alimentos?			
Fase III: adaptación a largo plazo			
11.- ¿Ha tenido dificultad para desenvolverse en el hogar y en trabajo?			
12.- ¿Se siente con la capacidad de volver a realizar todas sus actividades?			
13.- ¿Se siente con la capacidad de adaptarse a su nuevo estilo de vida?			
14.- ¿Se siente con el autocontrol de manejar su situación sin la ayuda de alguien?			
15.- ¿Usted percibe los cambios como una nueva posibilidad de nuevos aprendizajes y estilos de vida?			

III.) PROCESO DE ACEPTACIÓN AL CACU – FASE DEL DUELO

Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

- Aceptación desfavorable 5-66
- Aceptación indiferente 67- 198
- Aceptación favorable 199- 330

1	2	3	4	5				
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre				
I. NEGACION				FRECUENCIA				
1N	No creo que estoy enferma(o).			1	2	3	4	5
2N	Niego completamente que estoy enferma(o).			1	2	3	4	5
3N	No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.			1	2	3	4	5
4N	No voy al doctor, pues no estoy enfermo.			1	2	3	4	5
5N	Les oculto la enfermedad a los demás.			1	2	3	4	5
6N	Me engaño al negar la enfermedad.			1	2	3	4	5
7N	Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.			1	2	3	4	5
8N	Suelo ignorar que tengo la enfermedad.			1	2	3	4	5
9N	Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla			1	2	3	4	5
10N	Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.			1	2	3	4	5
11N	Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.			1	2	3	4	5
12N	Me siento mejor al negar la enfermedad			1	2	3	4	5
13N	No quiero enterarme de lo que me sucede.			1	2	3	4	5
14N	No puedo creer que tenga esta enfermedad.			1	2	3	4	5
15N	Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.			1	2	3	4	5
II. IRA				FRECUENCIA				
16I	Hago corajes por todo.			1	2	3	4	5
17I	Cualquier cosita me enoja.			1	2	3	4	5
18I	Lloro de coraje.			1	2	3	4	5
19I	Siento impotencia al no comprender la enfermedad.			1	2	3	4	5
20I	Actué de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.			1	2	3	4	5
21I	Me enojo con el Ser Supremo por tener la enfermedad.			1	2	3	4	5
22I	Me enojo con la vida por tener la enfermedad.			1	2	3	4	5
23I	Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.			1	2	3	4	5
24I	Siento mucho coraje por tener la enfermedad.			1	2	3	4	5
25I	Pienso por qué a mí.			1	2	3	4	5
26I	Siento que es injusto tener la enfermedad.			1	2	3	4	5
27I	Me enoja el no poder hacer mi vida normal.			1	2	3	4	5
III. NEGOCIACION				FRECUENCIA				
28	Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.			1	2	3	4	5
29	Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.			1	2	3	4	5
30	Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.			1	2	3	4	5

31	Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
32	Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
33	Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
34	La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
35	Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
36	Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
37	Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
38	Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
39	Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
VI. DEPRESION		FRECUENCIA				
40D	Me siento triste.	1	2	3	4	5
41D	Lloro más de lo que solía llorar.	1	2	3	4	5
42D	Siento que nadie me apoya.	1	2	3	4	5
43D	Me aílo de las demás personas.	1	2	3	4	5
44D	Deseo estar muerta(o).	1	2	3	4	5
45D	Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
46D	Siento que no hay nada por lo que luchar.	1	2	3	4	5
47D	Tengo pensamientos negativos.	1	2	3	4	5
48D	No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
49D	Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1	2	3	4	5
50D	Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
51D	He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida	1	2	3	4	5
V. ACEPTACION		FRECUENCIA				
52 A	Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
53A	Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
54 ^a	El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
55A	Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
56 A	Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
57 A	Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
58 A	Siento que voy a superar la enfermedad.	1	2	3	4	5
59 A	Acepto con resignación la enfermedad.	1	2	3	4	5
60 A	Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
61 A	Siento que voy a superar la enfermedad	1	2	3	4	5
62 A	El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
63 A	Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
64 A	Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
65 A	Pienso que voy a salir pronto de esto.	1	2	3	4	5
66 A	Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN..... .

