

Características sociodemográficas y diagnósticas de mujeres con cáncer en un hospital del Perú

Sociodemographic and diagnostic characteristics of women with cancer in a hospital in Peru

Recibido: 28/08/2025 - Aceptado: 25/11/2025

Lorena Becerra Goicochea

<https://orcid.org/0000-0002-7116-9212>

lbecerrag@unc.edu.pe

Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú

Joe Nicolai Cabanillas Cerna

<https://orcid.org/0009-0001-7079-1464>

joenicolai001@gmail.com

Universidad Privada del Norte. Cajamarca, Perú

María Ynes Huamaní de Torres

<https://orcid.org/0000-0001-9854-5858>

mhuamanim@unc.edu.pe

Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú

Luis Alberto Pinillos Vilca

<https://orcid.org/0000-0002-8056-1232>

lpinillosv@unc.edu.pe

Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú

Carlos Manuel Rosales Loredó

<https://orcid.org/0000-0001-5112-4909>

crosalesl@unc.edu.pe

Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú

Jorge Arturo Collantes Cubas

<https://orcid.org/0000-0002-3333-7019>

jorgecollanes@hrc.gob.pe

Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú

Resumen

El estudio tuvo como propósito describir las características sociodemográficas y diagnósticas de mujeres con cáncer atendidas en un hospital de Cajamarca. Se desarrolló un diseño descriptivo y transversal con 279 casos confirmados. Se analizaron variables como edad, ocupación, grado de instrucción, procedencia y tipo de cáncer. Los resultados muestran que la mayoría de las mujeres presentaba bajo nivel educativo: el 42,0% tenía educación primaria, el 24,1% no contaba con instrucción formal y solo el 23,0% había cursado estudios secundarios. En cuanto a la ocupación, predominó ampliamente el rol de ama de casa (86,4%). Respecto a la procedencia, la mitad provenía de la provincia de Cajamarca (50,2%), mientras que San Marcos, Hualgayoc y Celendín concentraron entre 7% y 10% de los casos. Otras provincias aportaron porcentajes mínimos. El cáncer de cuello uterino fue el diagnóstico más frecuente (33,7%), seguido por cáncer gastrointestinal (15,4%), de piel (12,8%) y de mama (6,6%). Linfomas y cáncer respiratorio se registraron en proporciones menores. En conclusión, la mayoría de las pacientes presentó cáncer ginecológico y pertenecía a grupos con bajo nivel educativo y dedicadas al hogar. Estos hallazgos evidencian brechas en la prevención oncológica que requieren políticas públicas más equitativas y culturalmente pertinentes en Cajamarca.

Palabras clave: cáncer, perfil sociodemográfico, salud pública

Abstract

The purpose of the study was to describe the sociodemographic and diagnostic characteristics of women with cancer treated at a hospital in Cajamarca. A descriptive, cross-sectional design was developed with 279 confirmed cases. Variables such as age, occupation, level of education, place of origin, and type of cancer were analysed. The results show that most women had a low level of education: 42.0% had primary education, 24.1% had no formal education, and only 23.0% had completed secondary education. In terms of occupation, the role of housewife predominated (86.4%). Regarding origin, half came from the province of Cajamarca (50.2%), while San Marcos, Hualgayoc, and Celendín accounted for between 7% and 10% of cases. Other provinces contributed minimal percentages. Cervical cancer was the most frequent diagnosis (33.7%), followed by gastrointestinal cancer (15.4%), skin cancer (12.8%) and breast cancer (6.6%). Lymphomas and respiratory cancer were recorded in smaller proportions. In conclusion, most patients had gynaecological cancer and belonged to groups with low educational levels who were homemakers. These findings highlight gaps in cancer prevention that require more equitable and culturally relevant public policies in Cajamarca.

Keywords: cancer, sociodemographic profile, public health

Introducción

El cáncer constituye una experiencia transformadora en la vida de las mujeres, no solo por las implicancias clínicas del diagnóstico, sino también por la serie de desafíos que introduce en su realidad cotidiana. Las mujeres con cáncer afrontan simultáneamente una carga física, emocional y social que repercute directamente en su bienestar y en su calidad de vida. Tal como señalan Ramírez Rojas y Meza García (2024), el padecimiento no distingue etapas vitales: puede irrumpir en cualquier momento del ciclo de vida y, al hacerlo, desencadena procesos complejos que involucran dolor, incertidumbre, miedo y alteraciones profundas en la dinámica familiar y social.

Desde esa perspectiva, entender el estado de salud de estas mujeres, la estructura del núcleo familiar, la disponibilidad de redes de soporte y las variaciones según los grupos de edad se vuelve fundamental para dimensionar la magnitud del impacto que la enfermedad genera. La literatura reconoce que el diagnóstico y el tratamiento constituyen, por sí mismos, fuentes de enfermedad y sufrimiento, pero también destaca que disponer de una red de apoyo sólida contribuye a disminuir la carga emocional del proceso terapéutico, siendo la calidad de las relaciones familiares un predictor relevante del afrontamiento. Sin embargo, como advierten las autoras, aún no existe consenso respecto al perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres con cáncer ni sobre la manera en que estos factores se articulan con la calidad de vida y el impacto psicosocial.

En este escenario, surge la necesidad de profundizar en el conocimiento de los perfiles clínicos y sociodemográficos de esta población, especialmente en contextos latinoamericanos donde la evidencia continúa siendo limitada. Con esta motivación, Padilla et al. (2025) desarrollaron un estudio orientado a caracterizar dicho perfil en una provincia de Argentina, identificando además diferencias en el impacto psicosocial y en la calidad de vida según los grupos de edad. Los autores encontraron que el impacto psicosocial es débil pero persistente, y que la calidad de vida se encuentra claramente deteriorada, situando a la relación familiar como un factor protector significativo.

La necesidad de este abordaje también ha sido señalada por Izaguirre et al. (2024), quienes destacan la importancia de estudiar de manera sistemática las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con cáncer para fortalecer la planificación y la gestión de los servicios de salud. Estos autores subrayan que en Argentina las investigaciones con enfoque sociodemográfico aún son insuficientes, lo que dificulta la comprensión profunda de las necesidades reales de esta población.

En su estudio realizado con 122 mujeres que asistían a un centro de oncohematología del sur de Santa Fe, lograron reunir información valiosa sobre su situación general, los tratamientos recibidos, la adherencia terapéutica y las condiciones en que transitan la enfermedad. Este tipo de evidencia permite visualizar no solo la magnitud del problema, sino también las brechas existentes entre la oferta de servicios y las necesidades de las usuarias. Además, posibilita identificar variables que influyen sobre la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y los niveles de calidad de vida, lo que convierte este enfoque en un componente esencial para la gestión sanitaria.

Complementando estas perspectivas, Torres Aja y Puerto Lorenzo (2024) sintetizan en su revisión que el perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres con cáncer suele presentar patrones relativamente consistentes en distintos países de la región. Entre los atributos más frecuentes se encuentran la predominancia de mujeres adultas, muchas veces en edades avanzadas; un bajo nivel educativo; escasas oportunidades laborales; y una marcada estratificación socioeconómica desfavorable. Clínicamente, el tipo de cáncer más diagnosticado es el

cáncer de mama, generalmente en estadio I, aunque con una proporción superior al 60% de casos que desarrollan metástasis.

Asimismo, las comorbilidades, principalmente hipertensión y diabetes, están presentes en más del 40% de las mujeres. En cuanto a la adherencia terapéutica, aunque más del 80% refiere haber recibido todos los tratamientos indicados, un número importante ha interrumpido alguno debido a dificultades económicas, efectos adversos u otros factores sociales y psicológicos. Estos elementos dan cuenta de cómo las desigualdades estructurales pueden entrelazarse con la enfermedad, afectando las trayectorias de tratamiento y recuperación.

Sin embargo, como advierten Díaz-Santos et al. (2023), no todos los subgrupos de mujeres presentan los mismos patrones. En algunos casos, los datos disponibles muestran resultados contradictorios o poco claros, lo que pone de manifiesto la necesidad de continuar investigando. Estas inconsistencias refuerzan la importancia de desarrollar estudios más específicos que permitan comprender mejor las diferencias entre los distintos tipos de cáncer, los contextos territoriales, las variables sociodemográficas y las particularidades de cada grupo etario. Entender estas diferencias no solo es relevante para el ámbito científico; también tiene implicancias directas sobre la formulación de políticas públicas, el diseño de estrategias de prevención y la planificación de intervenciones psicoterapéuticas y comunitarias.

En esta misma línea, Carrasco y Vázquez (2023) señalan que, a nivel global, el cáncer afecta a millones de personas y que la carga sobre las mujeres es particularmente significativa, ya sea por su mayor prevalencia o por el incremento de riesgos asociados. Su análisis evidencia una tendencia hacia una mayor frecuencia de casos en mujeres de 55 años o más, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, con escaso nivel educativo, en situación de desempleo o inactividad, y con diagnósticos que frecuentemente corresponden a estadios avanzados.

Por último, la literatura disponible indica que analizar las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con cáncer es imprescindible para comprender de manera integral el impacto de la enfermedad. Este tipo de estudios no solo permite reconocer patrones generales, sino también identificar diferencias significativas entre subgrupos, lo cual resulta fundamental para la implementación de políticas y prácticas sanitarias más equitativas.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue describir las características sociodemográficas y diagnósticas de las mujeres con cáncer atendidas en un hospital peruano, con el propósito de aportar evidencia contextualizada que contribuya a una atención más humana, informada e integral.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Este diseño fue seleccionado por ser el más adecuado para cumplir con el objetivo de describir las características sociodemográficas y diagnósticas de una población específica en un momento determinado, lo que permitió generar un perfil de las mujeres con cáncer atendidas en el hospital y establecer las bases para futuras investigaciones analíticas. El reporte de este estudio se adhiere a las directrices de la declaración STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para estudios transversales.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, un centro de referencia de nivel II-2 que atiende a una población de aproximadamente 1,4 millones de habitantes de la región Cajamarca, Perú. El hospital cuenta con servicios de oncología clínica y quirúrgica, lo que lo convierte en el principal centro de diagnóstico y tratamiento de cáncer de la región. Se incluyeron todos los casos de cáncer en mujeres diagnosticados y registrados en el sistema hospitalario entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023.

La población de estudio correspondió a la totalidad de las mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer atendidas en el hospital durante el período de estudio. Se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo censal, incluyendo a todos los casos que cumplieron con los criterios de selección.

La población inicial identificada fue de 297 registros. Tras la aplicación de los criterios de exclusión, la muestra final analizada fue de 279 mujeres. La reducción de 18 casos se debió a la exclusión de registros duplicados (n=5) y casos con diagnóstico no confirmado por patología (n=13).

En este estudio se incluyeron únicamente los registros de pacientes de sexo femenino que contaban con un diagnóstico de cáncer confirmado mediante estudio histopatológico. Además, se consideraron solo aquellos casos atendidos en el hospital durante el período definido para la investigación, de manera que la información correspondiera al marco temporal establecido.

Se excluyeron los registros duplicados en la base de datos, así como los casos en los que el diagnóstico de cáncer se sustentaba únicamente en la sospecha clínica o en la presencia de marcadores tumorales, sin respaldo histopatológico. También se dejaron fuera aquellos registros en los que faltaba más del 50% de la

información correspondiente a las principales variables sociodemográficas, específicamente la edad, la procedencia y el grado de instrucción, debido a que su ausencia impedía un análisis adecuado.

Las variables fueron definidas y categorizadas de la siguiente manera:

Tabla 1

Variables a estudiar

Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Años cumplidos al momento del diagnóstico, agrupada en decenios.	Cuantitativa	De Razón
Grado de Instrucción	Máximo nivel educativo formal alcanzado, categorizado en: Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Superior Técnica, Superior Universitaria.	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Actividad económica principal reportada por la paciente, categorizada en: Ama de casa, Estudiante, Comerciante, Profesora, Agricultora, Otras.	Cualitativa	Nominal
Procedencia	Provincia de residencia habitual de la paciente, según el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	Cualitativa	Nominal
Tipo de Cáncer	Diagnóstico histopatológico clasificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ª edición (CIE-O-3).	Cualitativa	Nominal

Se diseñó una ficha de recolección de datos estandarizada para extraer la información de las historias clínicas electrónicas y los registros del servicio de patología. La ficha fue sometida a una prueba piloto con 20 registros para asegurar su claridad y pertinencia. La recolección fue realizada por dos miembros del equipo de investigación previamente capacitados.

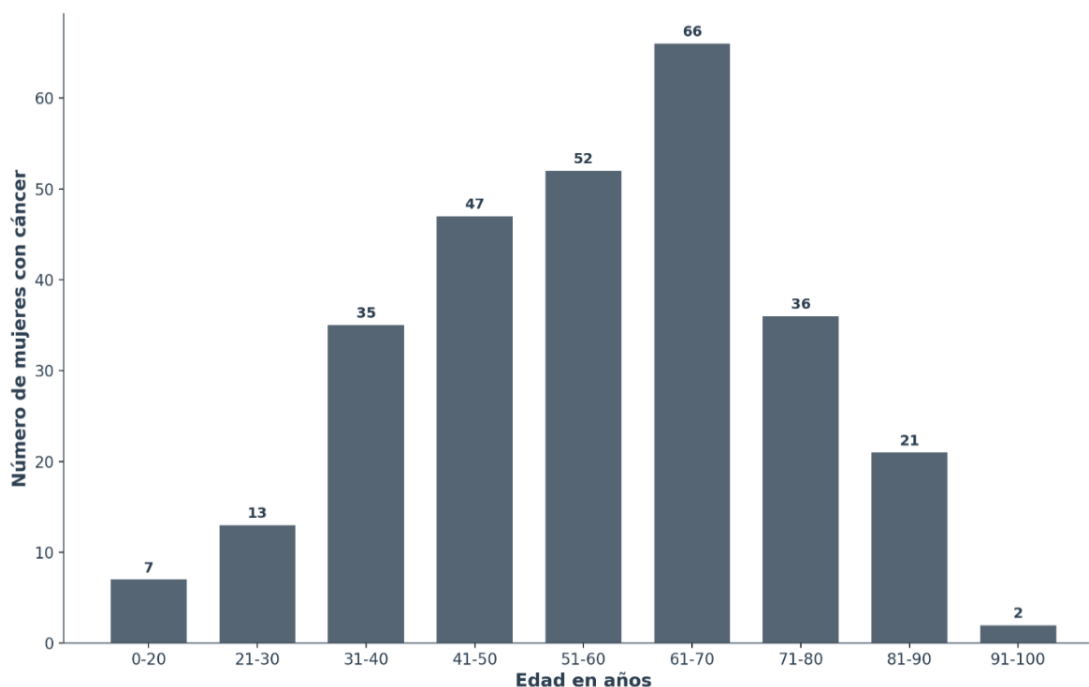
Para garantizar la calidad de los datos, se realizó una doble digitación en una base de datos creada en Microsoft Excel 2021. Las discrepancias fueron resueltas por consenso y, de ser necesario, revisando nuevamente la fuente original. El manejo de datos faltantes se realizó mediante análisis por casos completos para las variables principales.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS en su versión 26. Para resumir las características de la muestra, se recurrió a la estadística descriptiva. Las variables de naturaleza cualitativa fueron expresadas en términos de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas, como la edad, se calcularon medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), además de analizar su distribución en los grupos etarios establecidos. Finalmente, los resultados se organizaron en tablas y se representaron visualmente a través de gráficos de barras y circulares para facilitar su interpretación.

Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos del estudio, los cuales permiten comprender el perfil sociodemográfico y diagnóstico de las mujeres con cáncer atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2023. La información se organiza según las variables analizadas, edad, grado de instrucción, ocupación, procedencia y tipo de cáncer, con el propósito de ofrecer una visión integral de las características más relevantes de la población estudiada. Estos resultados constituyen la base para interpretar las tendencias observadas y profundizar en las desigualdades que atraviesan la experiencia del cáncer en esta región.

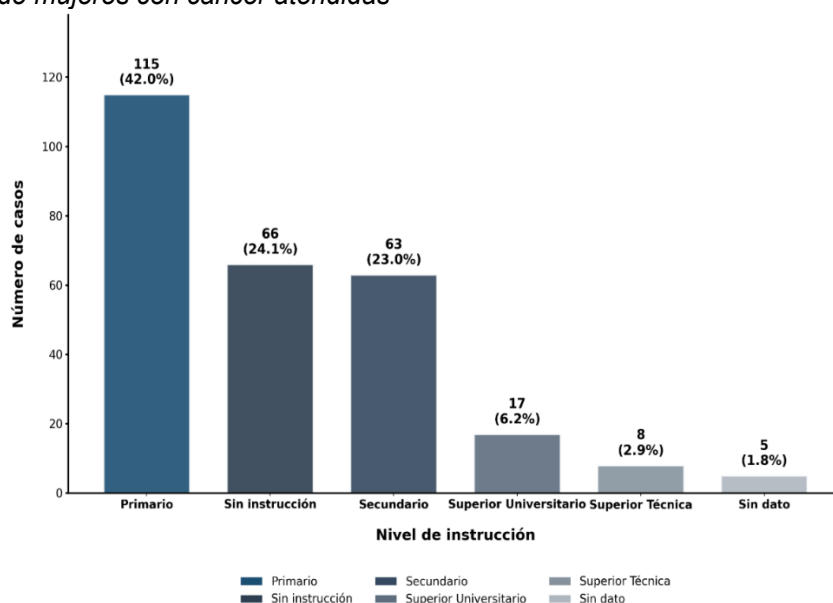
Figura 1
Distribución etaria de mujeres con diagnóstico de cáncer



En 2023 se registraron 279 casos de cáncer en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. La distribución por edad evidencia que los diagnósticos se concentran principalmente entre los 61 y 70 años, con 66 casos (23,7%). Le siguen las mujeres de 51 a 60 años, con 52 casos (18,6%), y aquellas de 41 a 50 años, que sumaron 47 casos (16,8%). Este patrón confirma que la mayor carga de la enfermedad se presenta en mujeres de mediana y avanzada edad.

En rangos etarios mayores, se identificaron 36 casos en mujeres de 71 a 80 años (12,9%). Entre las pacientes más jóvenes, se hallaron 35 casos en el grupo de 31 a 40 años (12,5%) y 13 casos entre 21 y 30 años (4,7%). Además, se reportaron 7 casos en mujeres de 0 a 20 años (2,5%). Finalmente, solo 2 mujeres entre 91 y 100 años (0,7%) fueron diagnosticadas con cáncer durante el periodo de estudio.

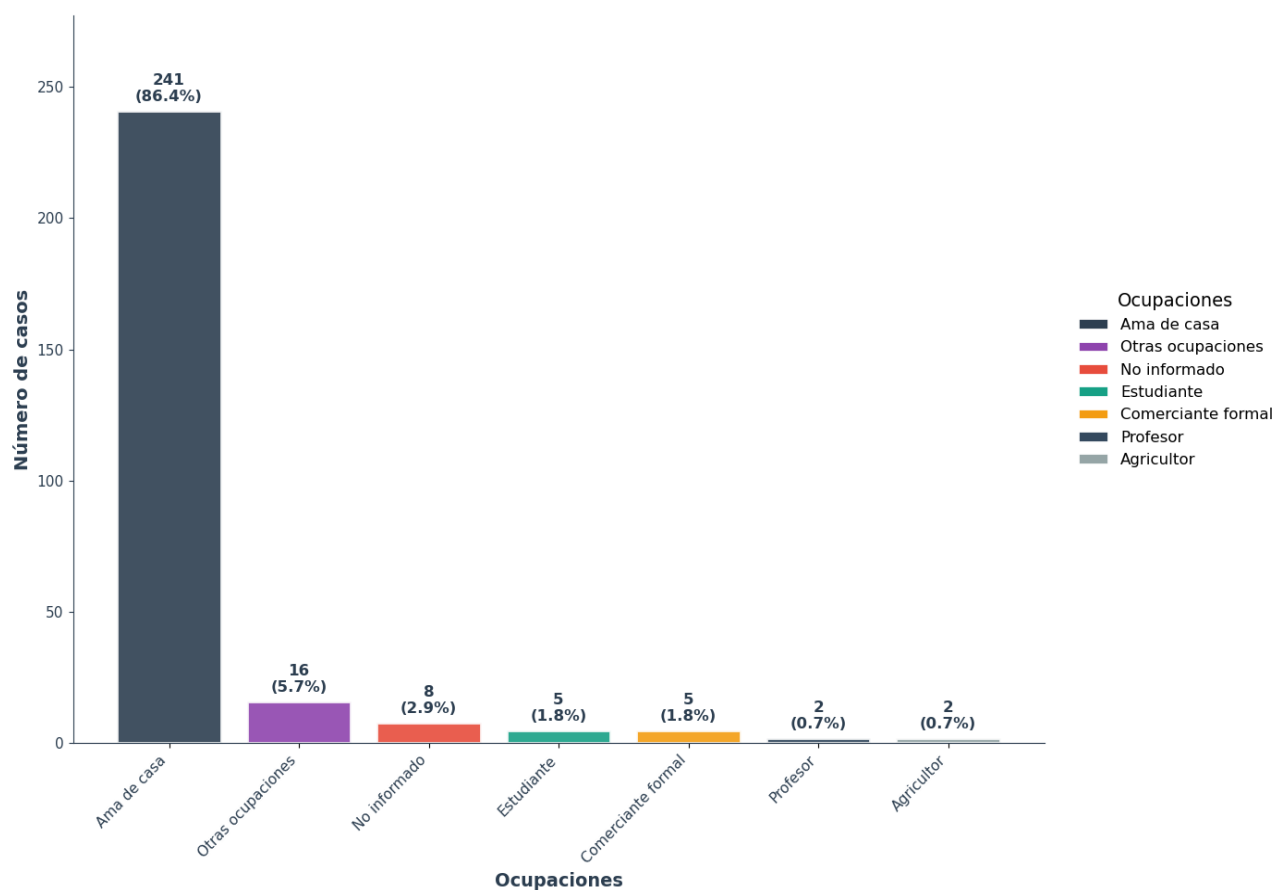
Figura 2
Nivel de instrucción de mujeres con cáncer atendidas



La figura 2 muestra que 115 mujeres (42,0%) tenían educación primaria al momento del diagnóstico. Les siguieron 66 mujeres (24,1%) sin instrucción formal y 63 mujeres (23,0%) con estudios secundarios. En proporciones menores, se registraron 17 casos (6,2%) con educación universitaria y 8 casos (2,9%) con formación técnica. Además, un pequeño grupo de 5 mujeres (1,8%) no contaba con información registrada sobre su nivel educativo.

Figura 3

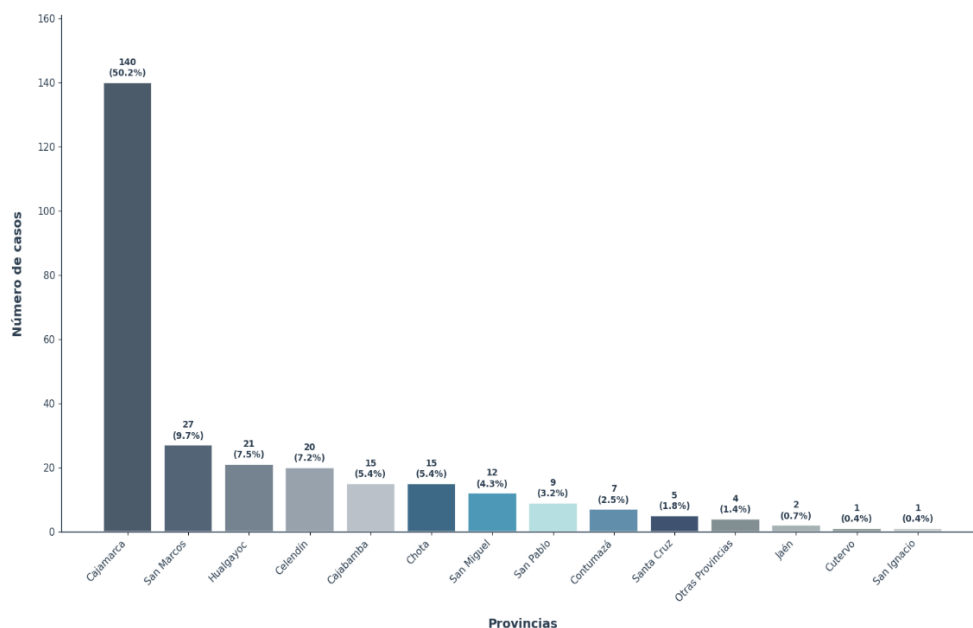
Ocupación de mujeres con diagnóstico de cáncer



El gráfico de barras ilustra la distribución de casos por ocupación, revelando que la categoría de "Ama de casa" domina abrumadoramente los datos con 241 casos, lo que constituye el 86.4% del total. Las demás ocupaciones muestran una frecuencia considerablemente menor, con "Otras ocupaciones" representando el 5.7%, seguido por "No informado" con un 2.9%. Las categorías de "Estudiante" y "Comerciante formal" registran un 1.8% cada una, mientras que "Profesor" y "Agricultor" son las menos comunes, con solo un 0.7% cada una. Esta marcada desproporción subraya que el fenómeno estudiado afecta de manera predominante a las amas de casa en comparación con cualquier otro grupo ocupacional.

Figura 4

Distribución geográfica de casos de cáncer en mujeres según provincia de procedencia



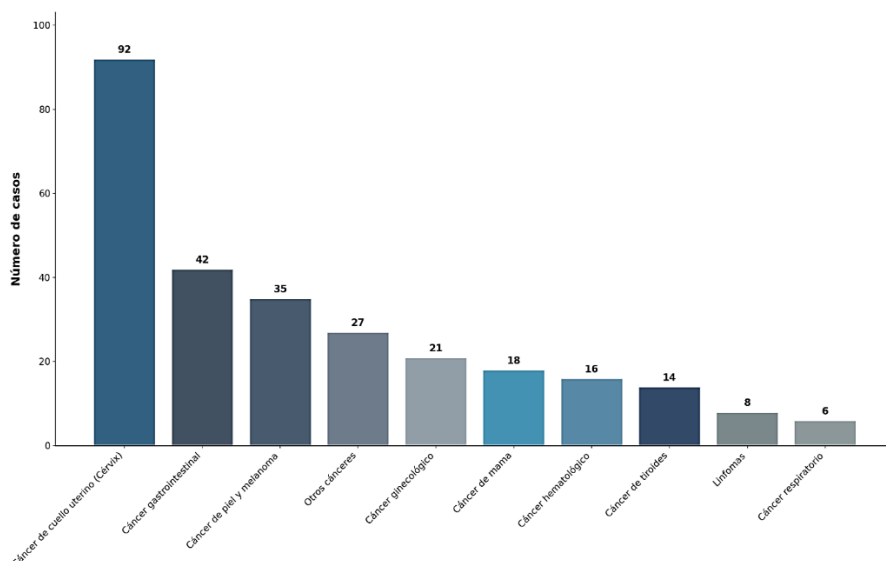
La distribución de casos de mujeres con diagnóstico de cáncer en la región Cajamarca muestra una marcada concentración geográfica. La provincia de Cajamarca concentra más de la mitad de los casos registrados (140; 50,2%), lo que indica un predominio significativo en esta zona. Le siguen San Marcos (27; 9,7%), Hualgayoc (21; 7,5%) y Celendín (20; 7,2%), que representan las provincias con frecuencias moderadas.

Las provincias restantes presentan cifras notablemente menores, destacando Cajabamba y Chota con 15 casos cada una (5,4%), San Miguel con 12 casos (4,3%), San Pablo con 9 casos (3,2%) y Contumaza con 7 casos (2,5%). Finalmente, las provincias de Santa Cruz (5; 1,8%), Jaén (2; 0,7%), Cutervo (1; 0,4%) y San Ignacio (1; 0,4%) muestran la menor representación de casos, mientras que otros lugares no especificados suman 4 casos (1,4%).

En conjunto, estos datos reflejan una concentración significativa de la enfermedad en la capital regional y en algunas provincias cercanas, mientras que el resto del territorio presenta una incidencia mucho menor. Esto podría relacionarse con factores como la densidad poblacional, acceso a servicios de salud, infraestructura hospitalaria o diferencias en la detección temprana de cáncer entre las provincias.

Figura 5

Tipos de cáncer diagnosticados en mujeres atendidas



El análisis del gráfico de barras revela una notable predominancia del cáncer de cuello uterino (cérvix), que se posiciona como la patología oncológica más frecuente con un total de 92 casos. Esta cifra no solo encabeza la lista, sino que representa más del doble de casos que el siguiente tipo de cáncer más común, subrayando su alta incidencia en la población estudiada.

A continuación, se observa un grupo de cánceres con una frecuencia intermedia. El cáncer gastrointestinal ocupa el segundo lugar con 42 casos, seguido de cerca por el cáncer de piel y melanoma con 35 casos. Otras categorías relevantes incluyen un grupo de "Otros cánceres" con 27 casos, el cáncer ginecológico con 21, el de mama con 18, el hematológico con 16 y el de tiroides con 14. Este conjunto de datos muestra una distribución decreciente pero significativa en comparación con los tipos de cáncer menos comunes.

Finalmente, en el extremo inferior de la distribución se encuentran los tipos de cáncer con menor número de casos registrados. Los linfomas, con 8 casos, y el cáncer respiratorio, con 6 casos, son los menos prevalentes en esta muestra. En conjunto, el gráfico evidencia una clara jerarquía en la frecuencia de los distintos tipos de cáncer, destacando el cáncer de cuello uterino como el principal problema de salud oncológica dentro de este contexto.

Discusión

En los resultados del estudio se identificó que la mayor proporción de casos se presentó en mujeres entre 61 y 70 años (23,7%), un comportamiento que coincide con las tendencias epidemiológicas descritas para el Perú y América Latina. Zavala et al. (2023), a través del estudio PEGEN BC, analizaron este fenómeno y destacaron que la frecuencia del cáncer aumenta notablemente en mujeres de edad avanzada, particularmente en aquellas con 50 años o más. Esta misma línea se refuerza con las observaciones de Torres-Roman et al. (2020), quienes advirtieron un crecimiento sostenido en la mortalidad por cáncer en mujeres peruanas. De manera similar, Piñeros et al. (2022), desde los reportes de GLOBOCAN, señalaron que en 2020 se evidenció un incremento significativo de muertes por cáncer en personas mayores de 50 años. Zafra-Tanaka (2020), al analizar datos nacionales entre 2003 y 2016, también reportó un aumento de la enfermedad de 15,4% a 18,1%, reafirmando que el impacto del cáncer se concentra en la población adulta y adulta mayor.

Asimismo, en esta investigación se observó una mayor presencia de cáncer entre mujeres con bajo nivel educativo, ya que las pacientes con educación primaria representaron el 42,0 % de los casos, mientras que el 24,1 % no tenía instrucción formal. En contraste, apenas el 6,2 % tenía formación universitaria y el 2,9 % educación técnica. Esta distribución coincide con lo expuesto por López (2025), quien describió cómo el acceso limitado a la educación se relaciona con una mayor frecuencia de cáncer y una mayor carga de mortalidad.

Para Zagkos et al. (2024), la educación funciona como un factor protector frente al cáncer debido a los estilos de vida que promueve: menor consumo de alcohol y tabaco, mayor práctica de actividad física y hábitos alimentarios más adecuados. De hecho, Intimayta Escalante et al. (2024) también destacaron que la educación abre puertas a programas preventivos, lo que favorece una mayor participación de mujeres con educación secundaria o superior en pruebas como Papanicolaou y mamografía. Lo anterior evidencia que las mujeres con menor formación académica se encuentran más expuestas a diagnósticos tardíos. Esto reafirma la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y, de manera paralela, ampliar y territorializar los programas de cribado del cáncer orientados a mujeres en situación de vulnerabilidad.

Otro hallazgo importante es que la mayor parte de los casos correspondió a mujeres dedicadas al hogar (86,4%), lo que coincide con estudios latinoamericanos que reportan una elevada proporción de cáncer en mujeres amas de casa. Según Cazap (2018) y Donzo et al. (2024), esta asociación podría vincularse con las dificultades para acceder a programas preventivos, la influencia de determinantes sociales de la salud y la persistencia de barreras culturales que limitan la búsqueda de atención oportuna. En entornos rurales o en poblaciones con bajos ingresos del Perú se ha documentado que tanto la prevención como el diagnóstico temprano suelen ser insuficientes, como lo reconoce el Ministerio de Salud del Perú (2020). En conjunto, los resultados subrayan que el acceso limitado a saneamiento, electricidad y agua potable se convierte en un determinante social que incrementa la vulnerabilidad frente al cáncer.

En relación con el lugar de procedencia, se encontró que el 50,2 % de los casos provino de la provincia de Cajamarca, lo que podría deberse a que en esta zona se concentran los servicios especializados disponibles y existe una mayor densidad poblacional. Yu et al. (2024) sostienen que los centros urbanos presentan mayores probabilidades de realizar diagnósticos oportunos porque cuentan con especialidades médicas que no están disponibles en los establecimientos de primer nivel. También se identificó una carga importante de casos en provincias como San Marcos, Hualgayoc y Celendín (entre 7% y 10%), lo cual podría atribuirse al acceso limitado a servicios básicos y de salud especializada.

En estas zonas, además, confluyen actividades laborales vinculadas a la minería, donde la interacción entre comunidades rurales y proyectos extractivos podría influir, como lo plantean Loayza Vera (2024) al estudiar cáncer y exposición ambiental en regiones andinas. Sin embargo, provincias como Cutervo, San Ignacio y Jaén mostraron una proporción menor de casos, lo que podría reflejar barreras geográficas, económicas y culturales para acceder a servicios especializados, tal como menciona Alcalde (2025).

Respecto al tipo de neoplasias observadas, el cáncer de cuello uterino se reportó como la principal patología en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante 2023, representando el 33,7 % de los casos. Bray et al. (2021) y Arbyn et al. (2020) señalan que esto coincide con los patrones nacionales, donde la baja cobertura de tamizaje y vacunación contra el virus del papiloma humano continúa siendo un desafío sustancial. En segundo lugar, se registraron los cánceres gastrointestinales (15,4%) y los cánceres de piel y melanoma (12,8%).

Finalmente, se hallaron con menor frecuencia los cánceres de mama (6,6%), hematológicos (5,9%) y de tiroides (5,1%), seguidos por los linfomas (2,9%) y los cánceres respiratorios (2,2%). Aunque su presencia es más reducida, Pulte et al. (2017) y Lim et al. (2017) recalcan que estas neoplasias demandan estudios especializados y, por lo tanto, requieren que las mujeres tengan acceso oportuno tanto a programas preventivos como a servicios de diagnóstico avanzado. Esto reafirma la importancia de reducir brechas en el acceso a la atención oncológica y reforzar las estrategias preventivas desde un enfoque territorial y socialmente contextualizado.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permiten afirmar que las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante 2023 se caracterizan, en su mayoría, por ser adultas y adultas mayores, amas de casa y con bajo nivel educativo, lo que configura un perfil de alta vulnerabilidad social y sanitaria. El predominio de neoplasias ginecológicas, especialmente el cáncer de cuello uterino, confirma la carga desproporcionada de esta enfermedad en contextos de limitada prevención y diagnóstico oportuno.

Asimismo, la concentración de casos en la provincia de Cajamarca y en otras zonas con carencias de servicios básicos sugiere que los determinantes sociales, geográficos y ambientales influyen de manera importante en la distribución del cáncer en la región. Estas condiciones se expresan en desigualdades en el acceso a servicios especializados, programas de tamizaje y estrategias de vacunación, lo que profundiza las brechas entre grupos de mujeres con diferentes niveles de educación, ocupación y procedencia.

Frente a este escenario, se vuelve imprescindible fortalecer políticas públicas que prioricen la prevención del cáncer en mujeres, con énfasis en intervenciones interculturales, educación en salud y ampliación de los programas de cribado en el primer nivel de atención. Además, se requieren estudios futuros que integren variables ambientales, sociales y culturales para comprender mejor los factores asociados al riesgo y a la detección tardía, de modo que se promueva una atención oncológica más equitativa, oportuna y centrada en las necesidades reales de las mujeres de la región de Cajamarca.

Referencias

- Alcalde Giove, E. M. (2025). Políticas públicas en materia de salud en Perú: procesos de descentralización y calidad de atención. *Vive Revista de Salud*, 8(23), 646-662. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.403>
- Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., y Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., y Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Carrasco, J. R., y Vázquez, C. L. M. (2023). Caracterización clínico-epidemiológica de mujeres con cáncer de mama en Guisa. *Revista Médica Sinergia*, 8(08). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=112529>
- Cazap, E. (2018). Breast Cancer in Latin America: A Map of the Disease in the Region. In *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 38, 451-456. https://doi.org/10.1200/edbk_201315
- Díaz-Santos, M. A., Marcos-Delgado, A., Amiano, P., Ardanaz, E., Pollán, M., y Alguacil, J. (2023). Perfil sociodemográfico y descripción del síntoma de presentación en mujeres con cáncer de mama en un estudio de base poblacional: implicaciones y papel de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 33(4), 303-310. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.02.004>

- Donzo, M. W., Nguyen, G., Nemeth, J. K., Owoc, M. S., Mady, L. J., Chen, A. Y., y Schmitt, N. C. (2024). Effects of socioeconomic status on enrollment in clinical trials for cancer: A systematic review. *Cancer medicine*, 13(1), e6905. <https://doi.org/10.1002/cam4.6905>
- Intimayta-Escalante, C. (2024). Ethnic inequalities in coverage and use of women's cancer screening in Peru. *BMC Women's Health*, 24(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03225-6>
- Izaguirre, M. P., Sena, F., Vargas, G., Ghirlanda, M., y Caruso, D. (2024). Adherencia a programas de detección sistemática de cáncer en pacientes adultos mayores y principales barreras: un estudio de corte transversal. *Revista Argentina De Medicina*, 12(1). <https://doi.org/10.61222/ram.v12i1.925>
- Lim, H., Devesa, S. S., Sosa, J. A., Check, D., y Kitahara, C. M. (2017). Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974-2013. *Jama*, 317(13), 1338-1348. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2719>
- Loayza Vera, R. E. (2024). *Relación entre la presencia de efectos nocivos en la salud de los pobladores por la exposición prolongada a la radiación solar y gestión ambiental en la región Ica 2018-2020*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. <https://repositorio.unica.edu.pe/items/Oea62644-09ab-4bfe-a160-1c623b01f9c0>
- López-Pentecost, M., Li, C., Vernon, M., Howard, S. P., Amezcua, J., y Moore, J. X. (2025). Association between education and allostatic load with risk of cancer mortality among Hispanic women. *Social Science & Medicine*, 365, 117515. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117515>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Plan Nacional de Control del Cáncer 2020-2024*. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3148581-plan-nacional-de-cuidados-integrales-del-cancer-2020-2024>
- Padilla, H. G. F., Palacios, I. G., Pérez, C. A. R., Castrillo, C. J. H., y Vargas, U. A. N. (2025). Calidad de vida en adultos mayores con hipoacusia que utilizan o no ayuda auditiva. *Reincisol.*, 4(7), 2878-2902. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(7\)2878-2902](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(7)2878-2902)
- Piñeros, M., Laversanne, M., Barrios, E., Cancela, M. de C., de Vries, E., Pardo, C., y Bray, F. (2022). An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *Lancet Regional Health. Americas*, 13(100294), <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294>
- Pulte, D., Weberpals, J., Jansen, L., Luttmann, S., Holleczeck, B., Nennecke, A., ... y Kraywinkel, K. (2017). Survival for patients with rare haematologic malignancies: Changes in the early 21st century. *European Journal of Cancer*, 84, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2017.07.014>
- Ramírez Rojas, S. A., Meza García, C. F., Rodríguez Medina, R. M., Reynaga Ornelas, L., y Díaz García, N. Y. (2024). Perfil sociodemográfico y clínico de mujeres con cáncer de mama en hospital de tercer nivel. *Metas enferm*, 76-80. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/ibc-230210>
- Torres Aja, L., y Puerto Lorenzo, J. A. (2024). Cáncer de mama en coraza en hombre: un caso poco frecuente. *Revista Finlay*, 14(1), 113-117. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1366>
- Torres-Roman, J. S., Martínez-Herrera, J. F., Carioli, G., Ybaseta-Medina, J., Valcarcel, B., Pinto, J. A., ... y La Vecchia, C. (2020). Breast cancer mortality trends in Peruvian women. *BMC cancer*, 20(1), 1173. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07671-x>
- Yu, Z., Bai, X., Zhou, R., Ruan, G., Guo, M., Han, W., ... y Yang, H. (2024). Differences in the incidence and mortality of digestive cancer between Global Cancer Observatory 2020 and Global Burden of Disease 2019. *International Journal of Cancer*, 154(4), 615-625. <https://doi.org/10.1002/ijc.34740>
- Zafra-Tanaka, J. H., Tenorio-Mucha, J., Villarreal-Zegarra, D., Carrillo-Larco, R., y Bernabe-Ortiz, A. (2020). Cancer-related mortality in Peru: Trends from 2003 to 2016. *PloS one*, 15(2), e0228867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228867>
- Zagos, L., Schwinges, A., Amin, H. A., Dovey, T., y Drenos, F. (2024). Exploring the contribution of lifestyle to the impact of education on the risk of cancer through Mendelian randomization analysis. *Scientific Reports*, 14(1), 6074. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54259-7>
- Zavala, V. A., Casavilca-Zambrano, S., Navarro-Vasquez, J., Tamayo, L. I., Castaneda, C. A., Valencia, G., ... y Vidaurre, T. (2023). Breast cancer subtype and clinical characteristics in women from Peru. *Frontiers in Oncology*, 13, 938042. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.938042>