



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores etnográficos asociados a la no realización de tamizaje de cáncer
de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022**

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Pereyra Sánchez, Koryn Arleth (0000-0002-6559-3826)

ASESOR

De La Cruz Vargas, Jhony Alberto (0000-0002-5592-0504)

LIMA, PERÚ

2024

Datos del autor

AUTORA: Pereyra Sánchez, Koryn Arleth
Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI
Número de documento de identidad de la AUTORA: 70058337

Datos de asesor

ASESOR: De La Cruz Vargas, Jhony Alberto
Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI
Número de documento de identidad del ASESOR: 06435134

Datos del jurado

PRESIDENTE: Vela Ruiz, José Manuel
DNI: 72849690
ORCID: 0000-0003-1811-4682

MIEMBRO: Gutiérrez Ingunza, Ericson Leonardo
DNI: 42160697
ORCID: 0000-0003-4725-6284

MIEMBRO: Quiñones Laveriano, Dante Manuel
DNI: 46174499
ORCID: 0000-0002-1129-1427

Datos de la Campo del conocimiento OCDE: 3.02.20

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Koryn Arleth Pereyra Sánchez con código de estudiante N° 201511935, con domicilio en Psje. Andres Rázuri 172. Urb. El Retablo, distrito de Comas provincia y departamento de Lima; en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Ricardo Palma declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada: “Factores etnográficos asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento de la docente Jhony A. De La Cruz Vargas, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc.; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 9% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 04 de abril de 2024



Koryn Arleth Pereyra Sánchez
DNI 70058337

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

Factores etnográficos asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

4%

2

doaj.org

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

www.cigna.com

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

1%

6

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a mis padres por todo su amor incondicional a lo largo de la carrera.

A mi tía Kary por todo su apoyo y cariño.

A mi hermano, Yeshua, por ser mi motivación y mi impulso.

A mis abuelos que ya no están, pero que siempre celebraron mis logros.

Y a Cris, por iluminar mi camino.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Yezzenia Sanchez y José Pereyra, por creer en mí y por todo el apoyo a lo largo de la carrera, porque siempre me dieron su amor y cariño necesario para poder lograr todos mis objetivos a pesar de las dificultades.

A mi hermano, Yeshua Pereyra, por toda su paciencia y cariño.

A mi tía Kary, mi segunda madre, que me ayudó muchísimo a lo largo de toda mi vida universitaria y lo sigue haciendo.

A Cristian Florett, por acompañarme en la etapa más complicada y ayudarme a superar las adversidades.

A mi asesor, el Dr. Jhony De La Cruz Vargas y también al Dr. Dante Quiñones Laveriano por su orientación y ayuda en la realización de este proyecto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	3
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS	10
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	17
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	18
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	18
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	20
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	20
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	22
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. RESULTADOS	24
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	

6.1. CONCLUSIONES	35
6.2. RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ANEXOS

1. Acta de aprobación del proyecto de tesis
2. Carta de compromiso del asesor de tesis
3. Carta de aceptación del comité de ética
4. Acta de aprobación de borrador de tesis
5. Certificado de asistencia al curso taller de titulación por tesis
6. Matriz de consistencia
7. Operacionalización de variables
8. Instrumentos utilizados
9. Base de datos

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de la población estudiada

Tabla 2. Factores etnográficos y otros factores asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

Tabla 3. Relación entre los factores etnográficos y otros factores con la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cálculo de potencia estadística

Figura 2. Cálculo de potencia estadística

Resumen

Introducción: El cáncer de cuello uterino (CCU) es un desafío significativo para la salud pública en Perú, siendo el cuarto cáncer más común entre mujeres. Este estudio investiga los factores etnográficos que influyen en la no realización del tamizaje de CCU en mujeres peruanas. **Objetivo:** Determinar la asociación entre factores etnográficos y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022. **Metodología:** Utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, se examinó la asociación entre la etnicidad, la lengua materna, el nivel socioeconómico, y otros factores demográficos con la realización del tamizaje de CCU. **Resultados:** La etnia inicialmente mostró una relación significativa con la no realización del tamizaje cervical, siendo más alta en mujeres Quechua, Aymara, Nativa o Negra en comparación con las mestizas. El idioma también influyó, con tasas más altas de no realización entre hablantes de lenguas nativas y extranjeras. La edad fue otro factor clave, con mujeres de 40 a 49 años teniendo las menores tasas de no realización. Sin embargo, el análisis multivariado reveló que la influencia de la etnia disminuye, mientras que factores como el idioma extranjero, el estado civil, tipo de residencia, índice de riqueza, paridad, seguro de salud y nivel educativo mantienen su relevancia, destacando la interacción compleja de múltiples factores en la no realización del tamizaje. **Conclusiones:** El análisis multivariado del estudio reveló diferencias con el bivariado, particularmente en la relación entre factores etnográficos y la no realización del tamizaje de cáncer cervical. No obstante, ambos análisis coinciden en la importancia de factores como edad, estado civil, riqueza, residencia en Lima, seguro de salud, uso de anticonceptivos y paridad, resaltando su impacto constante en la realización del tamizaje.

Palabras clave: Etnicidad, Prueba de Papanicolaou, Virus del Papiloma Humano, Neoplasias del Cuello Uterino

Abstract

Introduction: Cervical cancer (CCU) is a significant public health challenge in Peru, being the fourth most common cancer among women. This study investigates the ethnographic factors influencing the lack of CCU screening in Peruvian women. **Objective:** To determine the association between ethnographic factors and the non-performance of cervical cancer screening in adult women according to ENDES 2022. **Methods:** Using data from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2022, the association between ethnicity, mother tongue, socioeconomic level, and other demographic factors with the performance of CCU screening was examined. **Results:** Ethnicity initially showed a significant relationship with noncompletion of cervical screening, being higher in Quechua, Aymara, Native or Black women compared to mestizo women. Language was also influential, with higher rates of non-completion among native and foreign language speakers. Age was another key factor, with women aged 40 to 49 years having the lowest rates of noncompletion. However, multivariate analysis revealed that the influence of ethnicity decreased, while factors such as foreign language, marital status, type of residence, wealth

index, parity, health insurance, and educational level maintained their relevance, highlighting the complex interaction of multiple factors in screening noncompletion.

Conclusions: The multivariate analysis of the study revealed differences with the bivariate analysis, particularly in the relationship between ethnographic factors and non-performance of cervical cancer screening. However, both analyses agree on the importance of factors such as age, marital status, wealth, residence in Lima, health insurance, contraceptive use and parity, highlighting their consistent impact on screening.

Keywords: Ethnicity, Papanicolaou Test, Human Papillomavirus Viruses, Uterine Cervical Neoplasms

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) constituye un desafío para la salud pública a nivel mundial, representando el cuarto tipo de cáncer más común entre las mujeres. En el año 2020, el CCU generó aproximadamente 604,000 nuevos casos y causó 342,000 muertes, destacando la infección persistente por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) como la principal causa de este cáncer ⁽¹⁾. A pesar de la reducción de más del 50% en las tasas de CCU desde los años 1970 hasta mediados de 2000, atribuida al incremento en la aplicación de pruebas de detección temprana, la mortalidad en Latinoamérica sigue siendo tres veces superior que en Norteamérica y el Caribe ⁽²⁾.

En Perú, el CCU es una causa principal de mortalidad femenina, con tasas elevadas de incidencia y mortalidad, y prevalencia notable en regiones como Loreto, Ucayali, Madre de Dios y Moquegua ⁽³⁾. Desafíos como el uso de pruebas de detección no basadas en un enfoque de riesgo y problemas con la citología han limitado la eficacia del Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecológico en Perú ⁽⁴⁾.

Los obstáculos en la realización de pruebas de tamizaje en Perú incluyen largos tiempos de espera para los resultados y condiciones de prueba inadecuadas. Factores como barreras de acceso, falta de adaptación de los servicios de salud y organización del sistema de salud parecen ser causas subyacentes de esta situación ⁽⁵⁾.

Este estudio, alineado con las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del Perú 2019-2023 y las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma, se enfoca en el cáncer ⁽⁶⁾. El objetivo principal es determinar la asociación entre los factores etnográficos y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022.

La importancia del estudio se fundamenta en la necesidad de comprender cómo factores etnográficos pueden afectar la realización de pruebas de tamizaje. Estudios anteriores han señalado que factores como el nivel educativo, condiciones socioeconómicas y el lugar de residencia están ligados con la realización de pruebas de tamizaje en Perú ⁽⁷⁻¹⁰⁾. Además, un conocimiento deficiente sobre el CCU se ha correlacionado con actitudes negativas hacia el tamizaje ⁽¹¹⁻¹⁵⁾ y dada la diversidad cultural y lingüística de Perú, la etnicidad y la lengua materna pueden influir en la percepción y acceso a las pruebas de tamizaje de CCU. Se espera que los resultados contribuyan a una comprensión más profunda de las barreras etnográficas en la prevención del CCU y ayuden a informar estrategias de salud pública más inclusivas y eficaces.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA :

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cuello uterino (CCU), a nivel mundial, representa un significativo desafío para la salud pública, posicionándose como el cuarto tipo de cáncer más común entre las mujeres. En el año 2020, esta patología generó aproximadamente 604,000 nuevos casos y ocasionó 342,000 decesos⁽¹⁾. La infección persistente por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH), contraídos principalmente en las etapas iniciales de actividad sexual, se identifica como la principal causa de lesiones precancerosas y del propio cáncer cervicouterino⁽²⁾. A pesar de que las tasas de CCU han disminuido más del 50% desde los años 1970 hasta mediados de los 2000, esta reducción es atribuida principalmente al incremento en la aplicación de pruebas de detección temprana⁽³⁾.

A nivel continental, en América, en el 2018, se diagnosticaron a 72,000 mujeres con CCU y se reportaron cerca de 34,000 fallecimientos. Es vital mencionar que en Latinoamérica, la tasa de mortalidad es tres veces superior que en Norteamérica y el Caribe. Esta situación se debe, en parte, a que la implementación de pruebas preventivas no ha sido correlativa con una disminución en la mortalidad, como ha sido observado en países más desarrollados⁽⁴⁾.

En Perú, el cáncer cervicouterino figura como la tercera causa principal de mortalidad en mujeres, con una tasa de incidencia de 48,2 y una tasa de mortalidad de 24,6 por cada 100,000 mujeres. Además, se observa una prevalencia significativa en regiones como Loreto (29.4%), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%)⁽⁵⁾. Pese a que se ha implementado el Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecológico, el cual ofrece un nuevo modelo de tamizaje y tratamiento de casos para el manejo adecuado del CCU a nivel nacional, este ha encarado diversos desafíos. Uno de ellos incluye el uso de pruebas de detección que no se basan en un enfoque de riesgo, resultando en que las mujeres con mayor riesgo de desarrollar CCU no sean sistemáticamente sometidas a pruebas de tamizaje. Otros problemas que se presentan están vinculados con la citología, como muestras no adecuadas, y limitaciones en infraestructura, personal y control de calidad⁽⁶⁾.

Los obstáculos en la realización de pruebas de tamizaje en las instituciones públicas del Perú incluyen largos tiempos de espera para recibir los resultados y condiciones de prueba inadecuadas, que no garantizan la intimidad ni una experiencia positiva. En algunos casos, el diagnóstico y tratamiento no se programan automáticamente, lo que da como resultado un seguimiento inadecuado y tardío para las mujeres afectadas⁽⁷⁾. Factores vinculados a barreras de acceso, falta de adaptación de los servicios de salud y la organización del sistema de salud actual parecen ser las causas subyacentes de esta situación. Es imperativo poner foco en los prejuicios sociales y educativos que influyen en la búsqueda de servicios preventivos y que, en última instancia, funcionan como barreras para el autocuidado de la salud. Elementos diversos, tales como cultura, sociedad, características demográficas, situación económica y nivel de conocimiento, están asociados a una actitud negativa hacia el proceso de detección del cáncer cervical.

Es por esto que la presente investigación busca determinar la asociación entre factores etnográficos asociados y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con lo dicho anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen factores etnográficos asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2022?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se enmarca dentro de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del Perú 2019-2023, elaborado por el Instituto Nacional de Salud (INS) y aprobado mediante la Resolución ministerial N° 658-2019/MINSA: Cáncer.

Asimismo, con respecto a las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma, aprobadas por Oficio N° 0711-2021/SG-URP, se enmarca dentro del área de conocimiento de Medicina y en la línea de investigación de “Cáncer”⁽⁶⁾

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La relevancia de este estudio se centra en abordar una problemática crítica de salud pública: el cáncer de cuello uterino (CCU), que es altamente prevalente y mortal, especialmente en contextos de ingresos bajos y medios donde el acceso a detección y tratamiento es limitado. En Latinoamérica y específicamente en Perú, el CCU representa una de las principales causas de mortalidad femenina. A pesar de iniciativas como el Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecológico en Perú, existen barreras significativas para el acceso efectivo a las pruebas de detección, incluyendo la falta de un enfoque basado en el riesgo y desafíos operativos. ⁽²⁻³⁾

Este estudio adquiere una dimensión especial al enfocarse en los factores etnográficos, como la etnicidad y la lengua materna, que podrían influir en la realización del tamizaje de CCU. Investigaciones previas han señalado la influencia de elementos como el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas y el lugar de residencia en la realización del tamizaje. En Perú, se ha observado que mujeres con niveles educativos bajos y condiciones socioeconómicas adversas, así como aquellas en áreas rurales, enfrentan mayores obstáculos para acceder a pruebas como el Papanicolaou (PAP). ⁽⁵⁾

Este proyecto buscará profundizar en la comprensión de cómo la etnicidad y la lengua materna, en el contexto peruano, pueden estar relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas hacia el tamizaje del CCU. Se considerará cómo estos factores etnográficos pueden influir en la percepción sobre la necesidad y la accesibilidad del tamizaje, así como en las barreras para su realización. El estudio tiene el objetivo de desarrollar estrategias educativas y preventivas que sean culturalmente sensibles y efectivas, considerando las particularidades etnográficas de la población.

Los hallazgos de este estudio serán fundamentales para respaldar intervenciones que mejoren las tasas de detección temprana del CCU y disminuyan la mortalidad asociada en Perú. Este trabajo proporcionará evidencia crítica para la formulación de políticas y programas de salud pública que aborden de manera integral y empática las necesidades y reticencias de las mujeres peruanas en relación con la prevención del cáncer cervicouterino, poniendo especial atención a los factores etnográficos que pueden influir en su comportamiento frente al tamizaje. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

1.5 DELIMITACIÓN

Desde una perspectiva geográfica, el estudio se acota al espacio territorial de Perú, incluyendo áreas urbanas o rurales y diferenciando los hallazgos tanto en cuanto sean relevantes para los objetivos del estudio. En lo concerniente al aspecto temporal, el periodo establecido para el análisis comprende el año 2022, lo que posibilita ofrecer una mirada actual y contemporánea sobre la situación, además de permitir la integración de datos recientes y pertinentes. En relación con la población de estudio, ésta se circunscribe a mujeres peruanas, poniendo especial atención en aquellas que se hallan en edad de riesgo o son consideradas elegibles para las pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino, conforme a las directrices de salud locales, que generalmente abarcan desde los 30 a 65 años.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 GENERAL:

Determinar la asociación entre factores etnográficos y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

1.6.2 ESPECÍFICOS:

- Determinar si existe asociación entre etnia Quechua, Aymara, Nativa o Negra y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según ENDES en el año 2022.
- Determinar si existe asociación entre la lengua materna nativa y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según ENDES en el año 2022.
- Determinar si existe asociación entre la edad y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022
- Determinar si existe asociación entre el estado civil y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022
- Determinar si existe asociación entre índice de riqueza y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022.
- Determinar si existe asociación entre el lugar de residencia y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022
- Determinar si existe asociación entre el seguro y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

- Determinar si existe asociación entre el uso de método anticonceptivo y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022
- Determinar si existe asociación entre la paridad y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Suneja G et al.⁽⁸⁾ en su estudio titulado “Reversión de asociaciones entre el uso del idioma español y la mamografía y la prueba de Papanicolaou” donde se realizó un Análisis transversal de las encuestas del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (BRFSS) de 2008 y 2010. Mientras que las latinas que respondieron al BRFSS en inglés o en español tenían una probabilidad más baja no ajustada de recibir pruebas de mamografía, en el análisis multivariable, las latinas que respondieron en español tenían 2.20 veces más probabilidades (OR = 2.20, IC del 95 %, 1.90-2.55) de informar sobre la mamografía en comparación con las no latinas. De manera similar, las latinas que respondieron en español tenían menores probabilidades no ajustadas de recibir pruebas de Papanicolaou. Sin embargo, las latinas que respondieron en español tenían 2.37 veces más probabilidades (OR = 2.37, IC, 2.04-2.75) de informar haber recibido la prueba de Papanicolaou en comparación con las no latinas en el análisis multivariante. Los resultados de este documento confirman aún más las "asociaciones invertidas" entre latinas y las pruebas de mamografía y Papanicolaou descritas en estudios anteriores y sugieren que, además del estado de seguro, el idioma preferido puede ser una variable clave que contribuye al fenómeno de inversión observado entre las latinas.

Ilter E et al.⁽⁹⁾ en su estudio titulado “Conocimiento de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y el virus del papiloma humano: aceptación de la vacunación contra el VPH para ellas y sus hijas en una sociedad islámica”. Encontró que el conocimiento sobre el cribado cervical fue alto (70%), y el 51% de las participantes se había realizado al menos una vez la prueba de Pap, pero la mayoría de las encuestadas (56%) nunca había oído hablar del VPH. Para la mayoría de las mujeres, las recomendaciones de los trabajadores de la salud (67%) fueron la mayor influencia en la decisión de vacunarse, concluyendo que La importancia de una exitosa introducción de la vacuna por parte de los proveedores de medicamentos y los profesionales de la salud en Turquía se mostró en este estudio con una alta tasa de conciencia sobre la vacuna contra el cáncer cervical. El conocimiento sobre la "vacunación a temprana edad" antes de cualquier contacto sexual probablemente se deba a la educación correcta de las madres por parte de los profesionales de la salud. Los profesionales deben ser educados y capacitados sobre el VPH, la vacunación y su relación con el cáncer cervical para aumentar el conocimiento al respecto.

Whop LJ et al.⁽¹⁰⁾ en su estudio “Tiempo hasta la investigación clínica para mujeres indígenas y no indígenas de Queensland después de un resultado anormal de alto grado en la prueba de Papanicolaou, 2000-2009” obtuvieron como resultado que la proporción de mujeres que tuvieron una investigación clínica dentro de los 2 meses posteriores a un hallazgo de HGA fue menor para las indígenas (34.1%; IC del 95%, 31.8-36.4%) que para las no indígenas (46.5%; IC del 95%, 46.0-47.0%; tasa de incidencia no ajustada [IRR], 0.65; IC del 95%, 0.60-0.71). Esta diferencia se mantuvo después de ajustar por lugar de residencia, desventaja a nivel de área y grupo de edad (IRR ajustado, 0.74; IC del 95%, 0.68-0.81). Sin embargo, las mujeres indígenas que no habían sido seguidas dentro de los 2 meses tenían posteriormente más probabilidades de tener una investigación clínica que las no indígenas (IRR ajustado para el intervalo de 2-4 meses, 1.21; IC del 95%, 1.08-1.36); a los 6 meses, una proporción similar de mujeres indígenas (62.2%; IC del 95%, 59.8-64.6%) y no indígenas (62.8%; IC del 95%, 62.2-63.3%) había sido seguida concluyendo que Es necesario mejorar el seguimiento rápido después de un hallazgo de HGA en la prueba de Papanicolaou para las mujeres indígenas. Sin embargo, el seguimiento lento es un contribuyente menor a su mayor incidencia y mortalidad por cáncer cervical que su menor participación en el cribado cervical.

Amuta-Jimenez AO et al.⁽¹¹⁾ en su estudio “Patrones y correlaciones de la prevención del cáncer cervical entre mujeres inmigrantes negras y afroamericanas en EE.UU.: el papel de la etnicidad y la cultura”, la muestra final incluyó 450 participantes elegibles (mujeres afroamericanas [AAW] = 335; mujeres inmigrantes negras [BIW] de África Occidental, Central, Oriental o el Caribe = 115). En comparación con las AAW, las BIW mostraron un conocimiento mucho menor del cáncer cervical, las AAW eran más propensas a visitar a un ginecólogo y a haber tenido un examen de bienestar cada 3 años o menos. Un mayor porcentaje de BIW informó no realizarse la prueba de Papanicolaou porque no tenían síntomas o porque temían malos resultados, mientras que las AAW informaron no recibir una prueba de Papanicolaou porque no era conveniente, no confiaban en ningún médico/ginecólogo y carecían de acceso a un ginecólogo.

Yeo C et al.⁽¹²⁾ en su estudio “Factores que afectan la realización de la prueba de Papanicolaou en un hospital materno: Un estudio descriptivo transversal” obtuvieron que factores demográficos, como la edad, la etnia y la religión, así como las creencias de las

mujeres sobre la efectividad de la prueba de Papanicolaou en la detección del cáncer cervical, el deseo de descubrir problemas de salud temprano y considerar la prueba de Papanicolaou como dolorosa, se encontraron como factores que influyen significativamente en su realización. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de estos factores para abordar las necesidades de las mujeres y animarlas a realizarse pruebas de Papanicolaou.

Jennings KM et al. ⁽¹³⁾ en su estudio “Hacerse una prueba de Papanicolaou: respuestas de grupos focales de mujeres afroamericanas y latinas” concluyó que las creencias sobre el cáncer entre afroamericanos y latinos no han cambiado significativamente en los últimos 10-15 años, a pesar del aumento de la educación y publicidad nacional sobre el cáncer y su cribado. Además, mientras las cuestiones sobre el uso de la prueba de Papanicolaou siguen siendo las mismas, surgen nuevas preocupaciones. Específicamente, creencias sobre los espéculos, percepciones de incomodidad, percepciones de desaprobación de médicos y parejas masculinas, el miedo como motivador e inhibidor, y la falta de información sobre el cáncer cervical y el cribado de la prueba de Papanicolaou presentan nuevas preocupaciones para estas mujeres.

Guvenc G et al. ⁽¹⁴⁾ en su estudio “Escala del Modelo de Creencias de Salud para el Cáncer Cervical y la Prueba de Papanicolaou: pruebas psicométricas” que de dónde 300 mujeres entre 18 y 50 años, 20% había tenido su último Pap hacía más de dos años y 20% nunca se lo había realizado; 57(19%) mujeres refirieron tener mucho miedo. estrés o vergüenza al tamizaje lo cual estuvo asociado a ser adolescente (OR 5,5, IC 95% 1,8-16,9), tener cinco o menos años de vivir en Lima desde haber Negado del interior del país (OR 2,6, IC 95% 1,3-5,2), no haber tenido pareja sexual durante el último año (OR 2,1, IC 95% 1,1-7,6), no embarazos previos (OR 3,1. IC 95% 1,2-8,0), no tener Pap previo (OR 4,7, IC 95% 1,9 -8,7) y el bajo o regular conocimiento sobre el Papanicolaou o el cáncer de cérvix (OR 4,1, IC 95% 2,2-7,9). Durante el análisis multivariado, persistieron asociados el ser adolescente y el bajo o regular nivel de conocimiento sobre el Pap y el cáncer de cérvix sugiriendo que se informe a la comunidad sobre la prueba de Pap y cáncer cervical para mejorar las actitudes negativas asociadas al tamizaje

Liebermann EJ et al. ⁽¹⁵⁾ en su estudio “Barreras sociales y culturales a la participación de las mujeres en programas de detección de Papanicolaou en países de ingresos bajos y medios de América Latina y el Caribe: una revisión integradora” en el cual se halló que las barreras

demográficas para el cribado fueron el estatus socioeconómico, la educación, la raza/etnia y la geografía. Las barreras sociales incluyeron la falta de uniformidad en las pautas de cribado, la falta de conocimiento sobre el cáncer cervical y la falta de cultura preventiva. Las barreras culturales fueron el miedo/vergüenza y los roles de género concluyendo que existen múltiples barreras para la utilización del Papanicolaou entre las mujeres en América Latina y el Caribe.

Eo YS et al ⁽¹⁶⁾ en el estudio “Asociaciones de creencias y conocimientos sobre salud con la práctica de la prueba de Papanicolaou entre mujeres inmigrantes asiáticas” hallaron que los participantes, el 76,5% respondió que nunca se había realizado la prueba de Papanicolaou. El análisis de regresión logística múltiple reveló que la edad y la alfabetización funcional en salud se asociaron con la práctica de la prueba de Papanicolaou entre las mujeres inmigrantes asiáticas y concluyeron que se debe proporcionar más información sobre las pruebas de Papanicolaou a las mujeres inmigrantes jóvenes. Los proveedores de salud deben ser conscientes de que la práctica de la prueba de Papanicolaou entre las mujeres inmigrantes jóvenes puede ser poco frecuente y deben recomendar activamente que se realicen las pruebas y que es crucial que las estrategias educativas incluyan conocimientos funcionales de salud.

Stenzel AE et al ⁽¹⁷⁾ en el estudio “La intersección de la orientación sexual con la raza y el origen étnico en la detección del cáncer de cuello uterino” reveló que personas pertenecientes a minorías sexuales tenían menos probabilidades de someterse a la prueba de Papanicolaou en comparación con individuos heterosexuales. Se destacó una menor tasa de realización de la prueba en minorías sexuales blancas no hispanas e hispanas. No hubo diferencias significativas en la realización de la prueba entre heterosexuales blancos no hispanos y personas heterosexuales hispanas o de minorías sexuales negras no hispanas. Los resultados sugieren una necesidad de investigar más sobre la discriminación sistémica y otros factores en estas disparidades.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Cáncer de Cuello Uterino:

- a. **Definición:** El cáncer de cuello uterino es un tipo de cáncer que emerge desde el cuello del útero, una parte del sistema reproductor femenino que conecta el útero con la vagina. Se caracteriza por el crecimiento descontrolado y la proliferación de células anormales

en el epitelio del cuello uterino. Hay distintas variedades de este cáncer, siendo los más comunes los de células escamosas y los adenocarcinomas. El primero surge de las células del epitelio escamoso del cuello uterino, mientras que el segundo se origina en las células glandulares que producen moco en la zona de transformación del cuello uterino. ⁽¹⁸⁾

Históricamente, la principal causa identificada del cáncer cervicouterino es la infección persistente por ciertos tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH), principalmente los tipos 16 y 18, que en conjunto representan aproximadamente el 70% de todos los casos de cáncer cervicouterino ⁽¹⁹⁾. La transformación maligna de las células se da tras un proceso que puede prolongarse durante varios años, donde las lesiones precancerosas, si no se detectan y tratan, pueden evolucionar hacia el cáncer.

- b. **Epidemiología:** El cáncer de cuello uterino, conocido también como cáncer cervicouterino, continúa siendo una de las principales amenazas para la salud pública femenina a escala global, especialmente en países en vías de desarrollo. Conforme a los datos proporcionados por el GLOBOCAN en 2018, este tipo de cáncer no solo ha registrado alrededor de 570,000 nuevos casos, sino que también ha sido la causa de cerca de 311,000 decesos a nivel mundial, colocándolo así en la cuarta posición entre los cánceres más prevalentes en mujeres. ⁽¹⁸⁾

La epidemiología del cáncer cervicouterino es compleja y está considerablemente marcada por un amplio espectro de factores, incluyendo los socioeconómicos y aquellos relacionados con el acceso a los servicios de salud. La implementación y accesibilidad a programas integrales de tamizaje y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) es desigual a nivel mundial. En aquellos contextos donde estos programas son limitados o inaccesibles, las tasas de incidencia y mortalidad tienden a escalar a números significativamente más elevados. Del mismo modo, las desigualdades que se presentan en los estratos socioeconómicos, junto con variables culturales y de género, también se inscriben como factores influyentes en la magnitud del riesgo y la mortalidad asociada con este tipo de cáncer. ⁽²⁰⁾ Las tasas, intrínsecamente variables entre diferentes países y regiones, a menudo son un reflejo de las disparidades en el acceso a mecanismos de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino.

Así pues, es ampliamente reconocido que la infección persistente por ciertos serotipos de VPH, especialmente los tipos 16 y 18, representa la principal causa etiológica de este cáncer. Además, la adopción de comportamientos sexuales de riesgo, como el inicio de actividad sexual a una edad temprana y la tenencia de múltiples parejas sexuales, se asoció con una probabilidad elevada de adquirir la infección por VPH y, consecuentemente,

incrementa el riesgo de desarrollo de cáncer cervicouterino. Otros factores de riesgo que no deben ser obviados incluyen el consumo de tabaco, que se ha vinculado con una susceptibilidad aumentada a la persistencia de la infección por VPH y la progresión a lesiones precancerosas, así como el estado inmunológico del individuo, en donde los sistemas inmunológicos comprometidos podrían facilitar la persistencia de la infección y acelerar la progresión a cáncer. Es esencial, por lo tanto, enlazar esta comprensión epidemiológica y etiológica con estrategias de prevención y manejo que sean aplicables y efectivas en contextos específicos para mitigar la carga global de esta enfermedad.

c. **Tamizaje y diagnóstico:** El tamizaje, también conocido como cribado, para el cáncer de cuello uterino ha sido una piedra angular en la lucha contra esta neoplasia, gracias a que permite la identificación temprana de lesiones precancerosas y de cáncer en sus primeras etapas, donde las intervenciones pueden ser más eficaces. ⁽²¹⁾ El tamizaje sistemático ha demostrado ser vital en la reducción de la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino en varias regiones del mundo.

c.1. Métodos de Tamizaje:

- **Prueba de Papanicolaou (Pap):** La prueba de Papanicolaou, denominada comúnmente como prueba Pap, ha sido el pilar fundamental en el tamizaje del cáncer cervicouterino durante varias décadas. Desarrollada en la primera mitad del siglo XX, esta técnica se centra en la recolección de células del cuello uterino, que luego son teñidas y analizadas microscópicamente para identificar cualquier anomalía celular ⁽²²⁾. Esta prueba tiene la capacidad de detectar tanto células precancerosas como cancerosas, permitiendo intervenciones médicas oportunas para prevenir la progresión del cáncer o tratarlo en sus etapas iniciales. Sin embargo, aunque la prueba Pap ha sido eficaz en la disminución de la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino, no está exenta de limitaciones, como falsos positivos y falsos negativos, lo cual ha impulsado la búsqueda y adopción de métodos alternativos y complementarios de tamizaje.
- **Prueba del Virus del Papiloma Humano (VPH):** En los últimos años, la prueba del Virus del Papiloma Humano (VPH) ha emergido como una herramienta esencial en el tamizaje del cáncer de cuello uterino, especialmente dado que la infección persistente por ciertos tipos de VPH se reconoce como la causa necesaria del cáncer cervicouterino. Este método se puede utilizar solo o en combinación con la prueba Pap, un enfoque conocido como co-testeo, donde ambos métodos son empleados

simultáneamente para brindar una evaluación más comprensiva.⁽²³⁾ A diferencia de la prueba Pap, el tamizaje basado en VPH no se enfoca en la morfología celular, sino que detecta la presencia del ADN del virus, proporcionando una indicación objetiva de la infección. La alta sensibilidad del tamizaje basado en VPH es especialmente útil para identificar a mujeres en riesgo de desarrollar lesiones cervicales precancerosas.

- **VIA (Inspección Visual con Ácido Acético):** La Inspección Visual con Ácido Acético (VIA) representa un método de tamizaje de bajo costo y de resultados inmediatos, lo que lo hace especialmente valioso en entornos de bajos recursos o en regiones donde las infraestructuras de la salud son limitadas. La VIA involucra la aplicación de una solución de ácido acético al cuello uterino, lo que provoca un cambio de color en las células anormales, haciéndolas visibles a simple vista.⁽²²⁾ Aunque la VIA puede ser menos sensible y específica en comparación con la prueba Pap y la prueba de VPH, su accesibilidad, bajo costo y la inmediatez de los resultados la convierten en una opción valiosa para el tamizaje del cáncer cervicouterino en entornos específicos, permitiendo la implementación de estrategias de “ver y tratar” en una única visita.

c.2. Diagnóstico:

- **Colposcopia:** Cuando un resultado anormal emerge de las pruebas de tamizaje, una colposcopia es comúnmente el siguiente paso en el proceso diagnóstico. Este procedimiento consiste en la utilización de un colposcopio, un instrumento con un sistema óptico de aumento que permite una visualización detallada del cuello uterino, identificando áreas de tejido anormal que pueden requerir mayor exploración mediante biopsia.⁽²⁵⁾ La colposcopia no solo permite una inspección meticulosa del cuello uterino, sino también de la vagina y la vulva, posibilitando al especialista la identificación de lesiones que de otro modo podrían pasar inadvertidas y que pueden indicar etapas precancerosas o cáncer invasivo.
- **Biopsia:** La biopsia cervical, un procedimiento que consiste en la extracción de una pequeña muestra de tejido del cuello uterino para su examen microscópico detallado, se consolida como el único método que puede confirmar definitivamente el diagnóstico de cáncer cervicouterino. Durante una colposcopia, el especialista puede decidir realizar una biopsia en áreas que aparenten ser anormales para garantizar que las células displásicas o cancerosas no se pasen por alto. Este procedimiento puede

ser de diversos tipos, como biopsia por cono, biopsia endocervical, o incluso una biopsia simple, cada una con sus especificidades y utilidades según la presentación y localización de las lesiones.

- **Pruebas adicionales:** En circunstancias donde hay un diagnóstico confirmado o una fuerte sospecha de cáncer cervicouterino, se pueden implementar pruebas adicionales como ecografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas. Estas pruebas de imagen ofrecen una visión más profunda de la anatomía de la paciente y ayudan a determinar hasta qué punto, si es que lo hay, el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino. La selección de estas pruebas adicionales se realiza con base en múltiples factores, incluyendo la etapa del cáncer, la salud general de la paciente y los recursos disponibles.

c.3. Importancia del Tamizaje:

El tamizaje del cáncer cervicouterino ostenta una importancia crítica en el contexto de la salud pública y la medicina preventiva. Este proceso no solo posibilita la identificación temprana de lesiones precancerosas o de etapas iniciales del cáncer, sino que también habilita una intervención temprana, en donde las lesiones pueden ser tratadas de manera efectiva antes de que tengan la oportunidad de progresar a etapas más avanzadas y peligrosas del cáncer. Es fundamental reconocer que la implementación de pruebas de tamizaje debe ser considerada en un marco integral, donde la detección es solo el primer paso y debe estar inextricablemente ligada a sistemas robustos de seguimiento, tratamiento y apoyo para las pacientes.⁽²⁶⁾ Además, es imperativo que los programas de tamizaje estén diseñados y contextualizados acorde a las particularidades socioculturales, económicas y estructurales de cada región o país, asegurando que son culturalmente competentes, accesibles y sostenibles en el largo plazo. Esto garantiza no solo la eficacia clínica del tamizaje, sino también su aceptabilidad y adhesión dentro de la población objetivo, elementos fundamentales para el éxito y la sostenibilidad de los programas de tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

d. Manejo: El manejo del cáncer de cuello uterino es un proceso intrincado que requiere una cuidadosa consideración de diversos factores, incluyendo la etapa del cáncer al momento del diagnóstico, el estado general de salud de la paciente, su edad y sus deseos respecto a la fertilidad futura, entre otros. La implementación de un plan de manejo integral y

personalizado es crucial para optimizar los resultados y la calidad de vida de las pacientes afectadas por esta patología.

d.1. Cirugía:

La cirugía a menudo emerge como un pilar en el manejo del cáncer cervicouterino, particularmente en las etapas iniciales de la enfermedad donde la lesión está confinada al cuello uterino. Las modalidades de cirugía pueden abarcar desde procedimientos más conservadores, como la conización cervical, hasta intervenciones más extensas como la histerectomía radical, que implica la remoción del útero, parte de la vagina y nódulos linfáticos cercanos.⁽²⁷⁾ La elección del tipo de cirugía se informa en base a factores como la etapa del cáncer, la edad de la paciente y su deseo de mantener la fertilidad.

d.2. Radioterapia y Quimioterapia:

En etapas más avanzadas del cáncer o en situaciones donde se busca reducir el tamaño del tumor previo a la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia pueden jugar un rol vital.⁽²⁸⁾ La radioterapia puede ser aplicada externa o internamente (braquiterapia), y busca eliminar o reducir las células cancerosas mediante la utilización de radiación. La quimioterapia, por su parte, utiliza fármacos para detener el crecimiento o matar las células cancerosas, pudiendo ser administrada antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor o después para eliminar cualquier célula cancerosa restante.⁽²⁸⁾

d.3. Preservación de la Fertilidad:

Es imperativo que la conversación sobre el manejo del cáncer cervicouterino incluya una discusión sobre la fertilidad, especialmente en pacientes jóvenes o aquellas que deseen preservar su capacidad de tener hijos en el futuro. Existen diversas estrategias, como la criopreservación de óvulos o tejido ovárico, que pueden ser consideradas antes de iniciar tratamientos que podrían comprometer la fertilidad.⁽²⁹⁾

d.4. Enfoque Multidisciplinario:

Importante destacar es que el manejo del cáncer cervicouterino debe ser inherentemente multidisciplinario, integrando equipos de oncólogos médicos y radioterápicos, cirujanos, especialistas en salud reproductiva, psicólogos y trabajadores sociales. Este enfoque asegura no solo la provisión de cuidados médicos optimizados, sino también el soporte emocional, psicológico y social necesario para navegar el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

La implementación de estrategias de manejo debe ser llevada a cabo con una perspectiva holística y centrada en la paciente, asegurando que su experiencia, valores y deseos sean integrados en cada etapa del proceso de toma de decisiones.

2.2.2. Conocimientos sobre VPH y Cáncer de Cuello Uterino:

a. Conocimiento sobre el VPH:

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es reconocido como el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino ⁽¹⁹⁾ (Bosch et al., 2002). Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales, al menos 14 se consideran de alto riesgo y están directamente asociados con la evolución de lesiones malignas. Los serotipos 16 y 18 del VPH se destacan por ser responsables de aproximadamente el 70% de todos los casos de cáncer cervicouterino a nivel mundial ⁽³⁰⁾.

Sin embargo, existe una brecha significativa en el conocimiento público sobre el VPH, su transmisión, y su vinculación con el cáncer de cuello uterino, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, un estudio realizado en la India identificó que solo el 15% de las mujeres encuestadas estaban conscientes del VPH y su asociación con el cáncer cervicouterino. ⁽³¹⁾

b. Conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino:

A pesar de ser una de las principales causas de mortalidad relacionada con el cáncer en mujeres, el conocimiento y la conciencia acerca del cáncer de cuello uterino varían ampliamente a nivel global. La detección temprana es crucial para mejorar los índices de supervivencia y la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas. Sin embargo, la falta de conciencia sobre los síntomas, factores de riesgo y métodos de prevención a menudo conduce a diagnósticos tardíos y, por ende, a un manejo clínico más complejo y desafiante. ⁽³²⁾

c. Brecha en el Conocimiento e Intervenciones Educativas:

Un estudio en países latinoamericanos reflejó que la brecha en el conocimiento acerca del VPH y cáncer de cuello uterino es también palpable en estas regiones, evidenciando la necesidad de estrategias educativas y de comunicación efectivas que permitan informar adecuadamente a la población sobre estas problemáticas ⁽³³⁾ (Wiesner et al., 2010). Estrategias de intervención para mejorar el conocimiento sobre VPH y cáncer cervicouterino deben ser multidimensionales, culturalmente apropiadas y accesibles para lograr una amplia cobertura y penetración en las comunidades.

El diseño de programas educativos y campañas de concienciación debe enfocarse en impartir conocimientos claros y precisos sobre la transmisión del VPH, su prevención a través de la vacunación, y la importancia del tamizaje regular para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. El acceso a información veraz y científicamente respaldada es un pilar fundamental en la promoción de la salud y en la prevención del cáncer cervicouterino.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- A. **Cáncer de cuello uterino:** Cáncer que se origina en las células del cuello del útero. También se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cervicouterino. ⁽³⁴⁾
- B. **Tamizaje del cáncer de cuello uterino:**
Pruebas que se hacen con el objetivo de encontrar cambios precancerosos en las células del cuello uterino, cuando todavía es posible prevenir la formación de cáncer con el tratamiento. ⁽³⁵⁾
- C. **Papanicolaou:** Prueba de Papanicolaou (PAP). En esta prueba se obtienen células del cuello uterino para ver si hay cambios causados por el VPH. Si no se administra tratamiento, los cambios pueden originar cáncer de cuello del útero. Esta prueba también se llama frotis de Pap, o citología cervical, vaginal o cervicovaginal. Con este examen es posible encontrar células precancerosas y células cancerosas en el cuello uterino. A veces se encuentran afecciones que no son cancerosas, como una infección o una inflamación. ⁽³⁵⁾

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES:

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Existe asociación entre factores etnográficos y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Existe asociación entre la etnia Quechua, Aymara, Nativa o Negra y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre la lengua materna nativa y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre el rango de edad de 40 a 49 años y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre el estado civil casada y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre índice de riqueza rico y muy rico y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022.

Existe asociación entre el lugar de residencia en Lima y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre el tener seguro de salud y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre el uso de algún método anticonceptivo y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

Existe asociación entre la paridad, primipara y multipara, y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACION:

Variable Dependiente:

- Realización de la prueba de Papanicolaou.

Variables Independientes:

- Factores etnográficos:
 - Etnia
 - Lengua materna

Covariables:

1. Edad.
2. Grado de Instrucción.
3. Estado civil
4. Tipo de residencia (rural o urbana).
5. Lugar de residencia
6. Índice de riqueza.
7. Seguro de Salud.
8. Edad de la primera relación sexual
9. Edad al primer matrimonio
10. Uso de métodos anticonceptivos.
11. Paridad

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional transversal analítico y retrospectivo en mujeres adultas según ENDES en el año 2022

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población objeto de estudio se compone de todas las mujeres peruanas con edades comprendidas entre los 30 y 65 años durante el año 2022. La selección de esta población se basa en los registros disponibles en la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente a dicho periodo. Esta encuesta ha sido fundamental para obtener una panorámica de la situación demográfica y de salud de la población femenina en Perú, permitiendo así identificar, caracterizar y analizar las perspectivas en relación al nivel de conocimiento y su posible asociación con la negación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en este grupo demográfico específico.

4.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en el rango de edad de 30 a 65 años.
- Mujeres que proporcionen información que pueda ser validada y que permita definir la presencia o ausencia de las variables en estudio.
- Mujeres que hayan respondido las preguntas pertinentes a factores etnográficos y tamizaje del cáncer de cuello uterino de manera completa en la base de datos ENDES.

4.2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que tengan diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica que altere su percepción de la realidad
- Mujeres que aporten información que no sea fiable o que no permita determinar con certeza la presencia o ausencia de las variables en estudio.

4.2.4 TAMAÑO MUESTRAL

Se hizo el cálculo de potencia estadística *a posteriori* para la comparación de proporciones de la no realización de la prueba de Papanicolaou en hispanohablantes y hablantes de lengua extranjera, resultando en >99% (Figura 1); de la misma forma para la comparación de proporciones de la no realización de la prueba de Papanicolaou en hispanohablantes y hablantes de lengua extranjera, resultando en 97,2% (Figura 2).

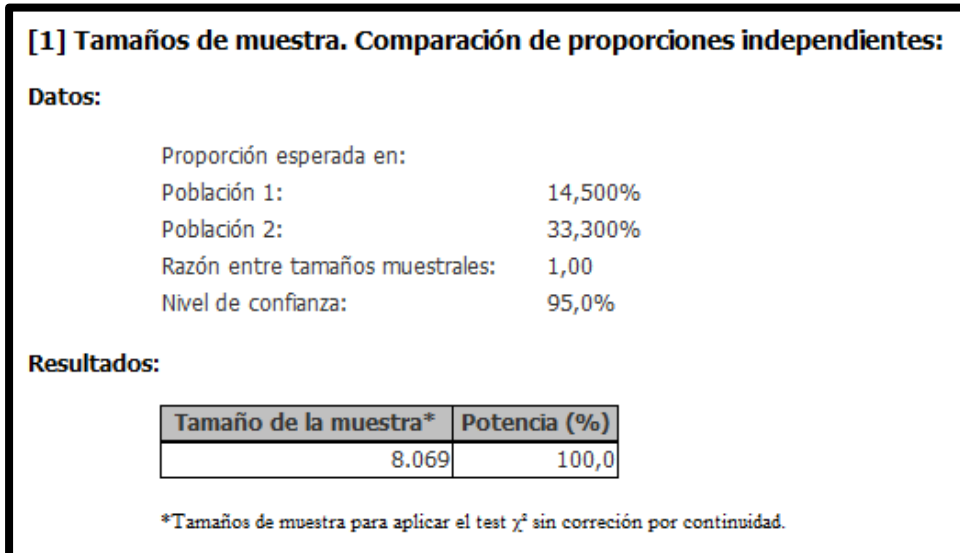


Figura 1. Cálculo de potencia estadística

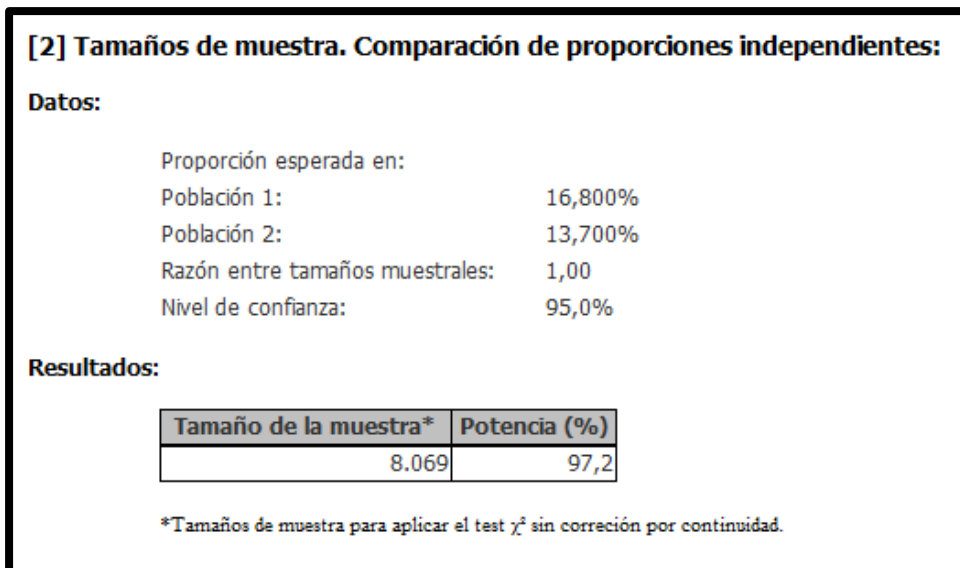


Figura 2. Cálculo de potencia estadística

4.2.5 TIPO DE MUESTREO

La muestra para el presente estudio se obtiene mediante el análisis de los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática a través de la NDES. La selección de la muestra por ENDES se realiza de manera bietápica, probabilística, estratificada y es autoponderada de manera departamental y por tipo de área. El marco muestral integra información estadística y cartográfica proveniente de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017, y material cartográfico actualizado. La unidad de análisis para este estudio se establece en todas las mujeres peruanas en el rango de edad de 30-65 años durante el año 2022. En el área urbana, las unidades de muestreo fueron el Conglomerado y la Vivienda Particular; en el área rural, el Área de Empadronamiento Rural y la Vivienda Particular.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: (VER ANEXO 7)

La operacionalización de variables se puede observar en el anexo 7.

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS:

Para la recolección de datos, se ha recurrido a las bases de datos proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, específicamente a través de su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2022. Se accedió a la información mediante la plataforma en línea del INEI (www.inei.gob.pe), navegando por la sección "microdatos" y seleccionando posteriormente la opción de "consultas por encuesta". Luego de ello, se descargaron las bases de datos en formato SPSS, para ser exploradas y procesadas de acuerdo con las variables requeridas para cumplir los objetivos del estudio, las cuales fueron examinadas previamente para definir su pertinencia y viabilidad en el análisis.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos fue estructurada y analizada utilizando el software SPSS versión 25, incorporando la funcionalidad de muestras complejas para gestionar adecuadamente los conglomerados y factores de ponderación, respetando la estructura de la ENDES 2022. El análisis univariado se centró en calcular porcentajes y frecuencias de las variables de interés,

tales como la realización de diversas pruebas de tamizaje y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino.

En el análisis bivariado, se exploró la asociación entre diversos factores y la realización de la prueba de tamizaje, mediante la obtención de razones de prevalencia (RP) crudas y sus respectivos intervalos de confianza. Se presenta los resultados a través de tablas de forma que se alineen coherentemente con los objetivos propuestos y la verificación de las hipótesis.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se condujo con una rigurosa adhesión a los principios éticos, pese a que no se solicitó el consentimiento informado debido a que la información utilizada es de acceso público y totalmente anónima, asegurando la confidencialidad y privacidad de los datos. La ENDES, disponible en la página web del INEI, fue la fuente primaria, y su uso estuvo limitado exclusivamente a fines académicos y de investigación. El código de aprobación del Proyecto de investigación fue PG 039 - 2024

Se observaron firmemente los principios de bioética, entre los que se encuentran la justicia, autonomía, no maleficencia y beneficencia, procurando respetar la integridad y dignidad de las personas involucradas en la investigación original de la ENDES. Todo el proceso se ajustó a las normativas respecto a la investigación científica en seres humanos, tal como se establece en la Declaración de Helsinki.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 RESULTADOS:

Tras aplicar el análisis estadístico a los datos de la ENDES 2022, se generaron diversas tablas que muestran frecuencias y porcentajes relacionados con la investigación, se presentan los análisis descriptivos, bivariados y multivariados, en ese orden. Es importante destacar que la muestra total incluyó a 8069 mujeres que completaron todos los módulos relevantes y que satisficieron los criterios de inclusión y exclusión definidos para este estudio.

Tabla 1. Características generales de la población estudiada

		Total N=8069(100%)	IC 95%	Coefficient e de variación
Etnia	Quechua, Aymara, Nativo o Negro	3755 (37,5%)	37,1-37,9	
	Blanco	525 (6,8%)	6,5-7	9,5 %
	Mestizo	3369 (49,6%)	49,2-50,1	
	Otro o no sabe	420 (6,1%)	6,1-6,3	
Idioma	Español	6114 (84,1%)	83,8-84,4	18,9 %
	Nativo	1940 (15,7%)	15,4-16	
	Extranjero	15 (0,2%)	0,2-0,3	
Rango de edad	Entre 30 y 39 años	4986 (39,9%)	39,5-40,4	10,4 %
	Entre 40 a 49 años	2539 (40%)	39,5-40,4	
	Entre 50 y 65 años	544 (20,1%)	19,7-20,5	
Grado de instrucción	Inicial/pre-escolar	13 (0,1%)	0,1-0,2	4,3 %
	Primaria	2055 (18,4%)	18,1-18,6	
	Secundaria	3386 (48,7%)	48,3-49,1	
	Superior no universitario	1508 (15,9%)	15,6-16,2	
	Superior universitario	994 (15,1%)	14,8-15,4	
	Posgrado	113 (1,8%)	1,6-1,9	

Estado civil	Casada/Conviviente	6112 (54,1%)	53,8-54,5	7,6 %
	Otro	1957 (45,9%)	45,5-46,2	
Tipo de residencia	Urbano	5679 (80,5%)	80,3-80,6	3,5 %
	Rural	2390 (19,5%)	19,4-19,7	
Lugar de residencia	Lima	1026 (35%)	34,6-35,4	26,6 %
	Otro	7043 (65%)	64,6-65,4	
Índice de riqueza	Muy pobre	2089 (17,1%)	17-17,3	5,1 %
	Pobre	2156 (20,4%)	20,2-20,6	
	Medio	1742 (21,3%)	21,1-21,6	
	Rico	1222 (21,0%)	20,7-21,3	
Seguro	No	931 (26,5%)	26,1-26,8	5,5 %
	Sí	7138 (73,5%)	73,2-73,9	
Edad a la primera relación sexual		18,0 (16,0-20,0)		5,6 %
Edad al primer matrimonio		20,0 (18,0-25,0)		2,4 %
Método anticonceptivo	Ninguno	2397 (48,8%)	48,5-49,1	8,5 %
	Alguno	5672 (51,2%)	50,9-51,5	
Paridad	Nulípara	182 (34,8%)	34,4-35,1	
	Primípara	1491 (19,2%)	18,9-19,4	6,4 %
	Multípara	6396 (46,0%)	45,7-46,4	

En la Tabla 1 se puede observar que, en términos de etnicidad, las mujeres mestizas constituyen el grupo más grande (49.6%), seguido por aquellas identificadas como Quechua, Aymara, Nativo o Negro (37.5%) y la mayoría de las encuestadas hablan español (84.1%), y una minoría significativa habla lenguas nativas (15.7%). En cuanto al rango de edad, hay una distribución relativamente pareja entre los grupos de 30 a 39 años y 40 a 49 años, con un 39.9% y 40% respectivamente, mientras que el grupo de 50 a 65 años representa solo el 20.1% de la muestra. Respecto al estado civil, hay una ligera mayoría de mujeres casadas o convivientes, alcanzando el 54.1% frente al 45.9% que no lo están. En cuanto a la residencia, se destaca una predominancia de mujeres en áreas urbanas (80.5%) comparado con las que viven en zonas rurales (19.5%). La distribución económica de las participantes muestra cierta uniformidad a través de las diferentes categorías de índice de riqueza, con un ligero aumento en la categoría media (21.3%). En relación con la procedencia geográfica, una mayoría

significativa de las encuestadas (65%) no reside en Lima. Sobre la paridad, se observa que la mayoría de las mujeres son multíparas (46.0%), seguidas por primíparas (19.2%) y nulíparas (34.8%). En cuanto a la cobertura de seguro, un 73.5% de las mujeres cuentan con algún tipo de seguro de salud. En el aspecto educativo, la mayoría de las mujeres han alcanzado el nivel de educación secundaria (48.7%), seguido por la educación primaria (18.4%) y la educación superior no universitaria (15.9%). La edad promedio a la primera relación sexual fue de 18 años, y la edad promedio al primer matrimonio fue de 20 años. Finalmente, en lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos, hay un ligero predominio de mujeres que utilizan algún método (51.2%) en comparación con aquellas que no utilizan ninguno (48.8%).

Tabla 2. Factores etnográficos y otros factores asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

		No se realizó	Sí se realizó	Valor de p
Etnia	Quechua, Aymara, Nativo o Negro	629 (16,8%)	3126 (83,2%)	<0,001
	Blanco	82 (15,6%)	443 (84,4%)	
	Mestizo	460 (13,7%)	2909 (86,3%)	
	Otro o no sabe	79 (18,8%)	341 (81,2%)	
Idioma	Español	884 (14,5%)	5230 (85,5%)	<0,001
	Nativo	361 (18,6%)	1579 (81,4%)	
	Extranjero	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
Rango de edad	Entre 30 y 39 años	849 (17,0%)	4137 (83,0%)	<0,001
	Entre 40 a 49 años	314 (12,4%)	2225 (87,6%)	
	Entre 50 y 65 años	87 (16,0%)	457 (84,0%)	
Grado de instrucción	Inicial/pre-escolar	3 (23,1%)	10 (76,9%)	<0,001
	Primaria	486 (23,6%)	1569 (76,4%)	
	Secundaria	492 (14,5%)	2894 (85,5%)	
	Superior no universitario	155 (10,3%)	1353 (89,7%)	
	Superior universitario	105 (10,6%)	889 (89,4%)	
	Posgrado	9 (8,0%)	104 (92,0%)	
Estado civil	Casada/Conviviente	975 (16,0%)	5137 (84,0%)	0,043
	Otro	275 (14,1%)	1682 (85,9%)	
	Urbano	720 (12,7%)	4959 (87,3%)	<0,001

Tipo de residencia	Rural	530 (22,2%)	1860 (77,8%)	
Lugar de residencia	Lima	85 (8,3%)	941 (91,7%)	<0,001
	Otro	1165 (16,5%)	5878 (83,5%)	
Índice de riqueza	Muy pobre	501 (24,0%)	1588 (76,0%)	<0,001
	Pobre	335 (15,5%)	1821 (84,5%)	
	Medio	246 (14,1%)	1496 (85,9%)	
	Rico	109 (8,9%)	1113 (91,1%)	
	Muy rico	59 (6,9%)	801 (93,1%)	
Seguro	No	200 (21,5%)	731 (78,5%)	<0,001
	Sí	1050 (14,7%)	6088 (85,3%)	
Edad a la primera relación sexual		17,0 (15,0-20,0)	18,0 (16,0-20,0)	0,022
Edad al primer matrimonio		20,0 (17,0-24,0)	20,0 (18,0-25,0)	<0,001
Método anticonceptivo	Ninguno	418 (17,4%)	1979 (82,6%)	0,002
	Alguno	832 (14,7%)	4840 (85,3%)	
Paridad	Nulípara	42 (23,1%)	140 (76,9%)	0,017
	Primípara	230 (15,4%)	1261 (84,6%)	
	Multípara	978 (15,3%)	5418 (84,7%)	

En términos de etnia, las tasas de no realización varían significativamente: las mujeres de etnias Quechua, Aymara, Nativo o Negro tienen una tasa del 16,8%, mientras que la tasa para las mujeres mestizas es del 13,7%. Esto podría indicar la existencia de barreras culturales o dificultades de acceso que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos étnicos.

El idioma también desempeña un papel importante. Las hablantes de español tienen una tasa más baja de no realización (14,5%) en comparación con las hablantes de lenguas nativas (18,6%) y extranjeras (33,3%). Estos datos podrían reflejar barreras lingüísticas que afectan la comunicación con los proveedores de salud o la comprensión de la importancia del tamizaje.

La edad es otro factor determinante, con las mujeres de 40 a 49 años mostrando la tasa más baja de no realización (12,4%). Esto sugiere una mayor conciencia o posiblemente una mayor recomendación del tamizaje en este grupo de edad.

Respecto al nivel educativo, hay una correlación clara con la no realización del tamizaje. Las tasas más altas de no realización se observan en los niveles más bajos de educación, con un 23,1% para educación inicial/preescolar y un 23,6% para educación primaria.

El estado civil y el tipo de residencia también influyen en las tasas de no realización. Las mujeres casadas o convivientes tienen una tasa de no realización del 16,0%, y las residentes en zonas rurales, un 22,2%, en comparación con un 12,7% en zonas urbanas.

El lugar de residencia y el índice de riqueza muestran que las mujeres residentes en Lima y las de mayor riqueza tienen las tasas más bajas de no realización, sugiriendo que factores económicos y de acceso desempeñan un papel crucial.

La posesión de seguro de salud está fuertemente relacionada con una menor tasa de no realización (14,7% para mujeres con seguro frente a 21,5% para las sin seguro), resaltando la importancia del acceso a servicios de salud financiados o subsidiados.

Finalmente, aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva como la edad a la primera relación sexual, la edad al primer matrimonio, el uso de métodos anticonceptivos y la paridad, también muestran diferencias significativas. Las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos tienen una tasa de no realización del 17,4%, y las nulíparas, una tasa del 23,1%, en comparación con tasas más bajas en otros grupos. Esto refleja que la toma de decisiones en áreas de salud sexual y reproductiva puede influir significativamente en la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Tabla 3. Relación entre los factores etnográficos y otros factores con la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022

Variables	Análisis bivariado		Análisis multivariado	
	RP (IC95%)	Valor de <i>p</i>	RPa (IC95%)	Valor de <i>p</i>
Etnia				
Mestizo	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quechua, Aymara, Nativa o Negra	1,22 (1,08-1,38)	0,001	0,96 (0,82-1,12)	0,607

Blanco	1,12 (0,88-1,43)	0,348	0,93 (0,72-1,22)	0,615
Otro o no sabe	1,40 (1,11-1,76)	0,005	0,90 (0,68-1,20)	0,465
<u>Idioma</u>				
Español	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Nativo	1,32 (1,16-1,50)	<0,001	0,90 (0,77-1,06)	0,204
Extranjero	2,40 (1,18-4,87)	0,015	3,09 (1,35-7,09)	0,008
<u>Rango de edad (años)</u>				
Entre 30 y 39	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Entre 40 a 49	0,74 (0,64-0,85)	<0,001	0,64 (0,56-0,74)	<0,001
Entre 50 y 65	0,90 (0,72-1,13)	0,363	0,95 (0,74-1,22)	0,674
<u>Estado civil</u>				
No casada	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casada	1,11 (0,96-1,27)	0,153	1,24 (1,06-1,45)	0,007
<u>Tipo de residencia</u>				
Urbano	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	1,70 (1,51-1,90)	<0,001	1,04 (0,89-1,22)	0,602
<u>Índice de riqueza</u>				
Muy pobre	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	0,65 (0,56-0,74)	<0,001	0,80 (0,68-0,95)	0,011
Medio	0,58 (0,50-0,68)	<0,001	0,76 (0,61-0,94)	0,010
Rico	0,32 (0,26-0,40)	<0,001	0,51 (0,38-0,68)	<0,001
Muy rico	0,29 (0,22-0,38)	<0,001	0,42 (0,29-0,60)	<0,001
<u>Lugar de residencia</u>				
Otro	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Lima	0,47 (0,38-0,59)	<0,001	0,68 (0,55-0,85)	0,001
<u>Paridad</u>				
Nulípara	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primípara	0,67 (0,48-0,92)	0,013	0,75 (0,54-1,03)	0,077
Multípara	0,66 (0,49-0,90)	0,007	0,67 (0,49-0,92)	0,012
<u>Seguro</u>				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	0,70 (0,60-0,81)	<0,001	0,61 (0,52-0,72)	<0,001
<u>Nivel Educativo</u>				
Inicial/pre-escolar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	0,90 (0,33-2,44)	0,834	0,97 (0,32-2,96)	0,962
Secundaria	0,57 (0,21-1,55)	0,272	0,64 (0,21-1,96)	0,439
Superior no universitario	0,40 (0,14-1,08)	0,071	0,48 (0,16-1,49)	0,206
Superior universitario	0,39 (0,14-1,09)	0,072	0,52 (0,17-1,61)	0,256
Posgrado	0,18 (0,05-0,65)	0,008	0,71 (0,19-2,64)	0,604
<u>Edad a la primera relación sexual</u>				
	0,99 (0,98-1,01)	0,393	1,01 (1,00-1,01)	0,141
<u>Método anticonceptivo</u>				
Ninguno	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Alguno	0,88 (0,78-0,99)	0,041	0,80 (0,69-0,91)	0,001
<u>Edad al primer matrimonio</u>				
	0,98 (0,97-0,99)	0,001	1,01 (0,99-1,02)	0,404

En la Tabla 3 se puede observar que en cuanto a la etnia, en el análisis bivariado, las mujeres de etnias Quechua, Aymara, Nativa o Negra mostraron una mayor asociación con la no realización del tamizaje (RP: 1,22; IC95%: 1,08-1,38) en comparación con las mestizas. Sin embargo, en el análisis multivariado, esta asociación no se mantuvo (RPa: 0,96; IC95%: 0,82-1,12), sugiriendo que otros factores pueden influir en esta relación.

Además, hablar un idioma nativo se asoció con un incremento en la no realización en el análisis bivariado (RP: 1,32; IC95%: 1,16-1,50), pero esta asociación no persistió en el multivariado (RPa: 0,90; IC95%: 0,77-1,06). Por otro lado, hablar un idioma extranjero se mantuvo como un factor significativo en ambos análisis (RP: 2,40; IC95%: 1,18-4,87 en el bivariado y RPa: 3,09; IC95%: 1,35-7,09 en el multivariado).

Las mujeres de 40 a 49 años mostraron una menor asociación con la no realización del tamizaje en ambos análisis (RP: 0,74; IC95%: 0,64-0,85 en el bivariado y RPa: 0,64; IC95%: 0,56-0,74 en el multivariado), indicando una tendencia consistente en este grupo de edad y la asociación entre estar casada y la no realización del tamizaje solo fue significativa en el análisis multivariado (RPa: 1,24; IC95%: 1,06-1,45), no observándose tal asociación en el bivariado.

Respecto al tipo de residencia y lugar de residencia, vivir en áreas rurales mostró una mayor asociación con la no realización en el análisis bivariado (RP: 1,70; IC95%: 1,51-1,90), pero no en el multivariado (RPa: 1,04; IC95%: 0,89-1,22). Residir en Lima se asoció con una menor no realización en ambos análisis, pero con una disminución en la magnitud de esta asociación en el multivariado (RP: 0,47; IC95%: 0,38-0,59 en el bivariado y RPa: 0,68; IC95%: 0,55-0,85 en el multivariado).

En cuanto al índice de riqueza, una mayor riqueza está inversamente relacionada con la no realización del tamizaje, siendo más marcado en los estratos más altos, en el análisis bivariado, ser de un nivel socioeconómico más bajo está asociado con un mayor riesgo de no realización del tamizaje, pero este riesgo disminuye con niveles de riqueza más altos. Esta tendencia se mantiene en el análisis multivariado y en ambos análisis, se observó una disminución en la no realización del tamizaje a medida que aumentaba el nivel de riqueza, manteniéndose esta tendencia de manera consistente.

En el análisis bivariado, la condición de ser primípara o multípara se asoció con una menor probabilidad de no realizar el tamizaje de cáncer de cuello uterino, con Razones de Prevalencia (RP) de 0.67 (IC95%: 0.48-0.92) y 0.66 (IC95%: 0.49-0.90), respectivamente. De manera interesante, este efecto protector de la paridad múltiple se mantuvo en el análisis multivariado, donde la paridad múltiple se asoció con una menor probabilidad de no realizar el tamizaje (RPa: 0.67; IC95%: 0.49-0.92). En comparación con las mujeres nulíparas, tanto las primíparas como las multíparas mostraron una tendencia significativa hacia una menor tasa de no realización del tamizaje, lo que sugiere que la experiencia del parto puede influir positivamente en la participación en prácticas de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Respecto al nivel educativo, en el análisis bivariado, la tendencia indica que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, disminuye la proporción de aquellas que no se realizan el tamizaje. Por ejemplo, mujeres con educación inicial/preescolar presentan una RP más alta de no realización del tamizaje (RP: 0,90; IC95%: 0,33-2,44) en comparación con las de niveles educativos más altos, como la educación superior universitaria y de posgrado (RP: 0,39; IC95%: 0,14-1,09 para educación superior universitaria, y RP: 0,18; IC95%: 0,05-0,65 para posgrado). Esto sugiere que un menor nivel educativo podría estar asociado con una mayor probabilidad de no realización del tamizaje. Sin embargo, en el análisis multivariado, estas asociaciones entre el nivel educativo y la no realización del tamizaje no mantienen su significancia estadística. Por ejemplo, en mujeres con educación inicial/preescolar, la RPa cambia a 0,97 (IC95%: 0,32-2,96), y para las de educación superior universitaria y de posgrado, las RPa son 0,52 (IC95%: 0,17-1,61) y 0,71 (IC95%: 0,19-2,64), respectivamente. Estos resultados indican que, una vez ajustado por otros factores, el nivel educativo no tiene un impacto significativo en la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

La posesión de seguro de salud y el algún método anticonceptivo se asociaron significativamente con una menor no realización en ambos análisis, sugiriendo una influencia positiva y constante de estos factores en la realización del tamizaje (RPa: 0.61, IC95%: 0.52-0.72 para seguro; RPa: 0.80, IC95%: 0.69-0.91 para métodos anticonceptivos).

5.2 DISCUSIÓN:

En el presente estudio, se investigó la relación entre factores etnográficos y la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, según los datos recogidos en la ENDES 2022. Estudios previos como el de Suneja G et al.⁽⁸⁾ que identificó que las mujeres latinas que respondían en español tenían una mayor probabilidad de someterse a pruebas de mamografía y Papanicolaou en comparación con las no latinas, sugiriendo así diferencias significativas en el comportamiento de tamizaje entre distintos grupos étnicos y lingüísticos, mostrando diferencias en el comportamiento de tamizaje basadas en el idioma y la etnia, nuestros resultados indican que la etnia, aunque asociada en el análisis bivariado, no se mantuvo como factor significativo en el multivariado. Esto sugiere que, en nuestro contexto, hay otros factores intervinientes que podrían eclipsar el impacto directo de la etnia en la decisión de realizar el tamizaje.

Por otro lado, el idioma se reveló como un factor crucial. Las mujeres que hablan idiomas nativos y extranjeros mostraron una mayor tendencia a no realizar el tamizaje tanto en el análisis bivariado como en el multivariado. Este hallazgo subraya la necesidad de superar las barreras lingüísticas y de comunicación en la promoción del tamizaje, un aspecto respaldado por estudios como el de Ilter E et al.⁽⁹⁾ que trata sobre el conocimiento del cribado cervical en diferentes contextos culturales resalta la necesidad de intervenciones educativas y de sensibilización adaptadas culturalmente. Esto es especialmente relevante en vista de los resultados de Guvenc G et al.⁽¹⁴⁾ y Liebermann EJ et al.⁽¹⁵⁾, que evidencian cómo los factores culturales y sociales actúan como barreras para la realización del tamizaje.

La edad emerge como un determinante significativo, con mujeres de 40 a 49 años mostrando la menor tasa de no realización. Esta observación concuerda con los hallazgos de Whop LJ et al.⁽¹⁰⁾ y Liebermann EJ et al.⁽¹⁵⁾, sobre el seguimiento de pruebas anormales de Papanicolaou, sugiriendo una mayor concienciación o recomendaciones dirigidas a este grupo etario.

Otros factores como el nivel educativo, el estado civil y el tipo de residencia demostraron su influencia. Mientras la educación inicial y primaria se asociaron con una mayor no realización del tamizaje en el análisis bivariado, esta asociación no se sostuvo en el multivariado, lo que apunta a la influencia de otros factores subyacentes. El estado civil, con

una asociación significativa solo en el análisis multivariado, y la residencia en áreas rurales, con una asociación significativa solo en el bivariado, también resaltan cómo las dinámicas sociales y geográficas inciden en la realización del tamizaje. Esto concuerda con las observaciones de Amuta-Jimenez AO et al. ⁽¹¹⁾ sobre la variabilidad en la realización del Papanicolaou entre diferentes grupos demográficos ya que reveló que un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes negras evitaban realizarse la prueba de Papanicolaou, principalmente debido a la ausencia de síntomas o al temor a recibir diagnósticos adversos. Por otro lado, las mujeres afroamericanas tendían a abstenerse de someterse a la prueba por razones como la inconveniencia, la desconfianza hacia los médicos o ginecólogos y la falta de acceso a atención médica especializada.⁽¹¹⁾

El índice de riqueza y la posesión de seguro de salud se destacaron como factores protectores en ambos análisis, subrayando la relevancia de la accesibilidad económica y la cobertura de seguro en la promoción del tamizaje. En cuanto al índice de riqueza, una mayor riqueza está inversamente relacionada con la no realización del tamizaje, siendo más marcado en los estratos más altos, en ambos análisis, se observó una disminución en la no realización del tamizaje a medida que aumentaba el nivel de riqueza, manteniéndose esta tendencia de manera consistente.

Finalmente, aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, como la edad al inicio de relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos, mostraron impacto en la realización del tamizaje, subrayando la importancia de la educación en salud sexual y reproductiva.

En resumen, aunque no se encontró una relación directa entre la etnia y la ausencia de tamizaje en el análisis multivariado, se identificaron varios factores sociodemográficos y de salud reproductiva como determinantes. Estos hallazgos destacan la complejidad de las influencias en el tamizaje y la necesidad de enfoques multidimensionales en políticas de salud pública y estrategias de intervención.

Sin embargo, este estudio tiene limitaciones. Su diseño transversal proporciona solo una instantánea de las relaciones entre variables, limitando la capacidad de inferir causalidad. La autodeclaración de la realización del tamizaje y las variables demográficas pueden estar sujetas a sesgos. La heterogeneidad cultural y lingüística de la población, y la falta de datos detallados sobre la calidad y accesibilidad de los servicios de salud, así como sobre la

percepción del riesgo de cáncer cervical, también limitan la comprensión de las barreras específicas para la realización del Papanicolaou. Estas limitaciones resaltan la necesidad de investigaciones longitudinales y cualitativas adicionales para una comprensión más profunda de los factores que influyen en la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES:

1. Mientras el análisis bivariado sugería una relación entre factores etnográficos y la no realización del tamizaje de cáncer cervical, el análisis multivariado no confirmó esta asociación, resaltando la influencia predominante de otros factores.
2. Aunque el análisis bivariado indicaba una posible asociación entre la etnia Quechua, Aymara, Nativa o Negra y la no realización de la prueba de Papanicolaou, el análisis multivariado no encontró esta relación, subrayando la importancia de ajustar por variables confundentes.
3. En contraste con los hallazgos iniciales del análisis bivariado sobre la influencia de la lengua materna nativa, el análisis multivariado demostró que esta no tiene un impacto significativo en la no realización de la prueba de Papanicolaou.
4. El rango de edad de 40 a 49 años mantuvo su asociación con una menor no realización de la prueba en ambos análisis, bivariado y multivariado, confirmando su relevancia.
5. La asociación entre el estado civil casado y la menor no realización del tamizaje se mantuvo constante en ambos análisis, sugiriendo factores consistentes influenciando esta relación.
6. La relación entre un mayor índice de riqueza y la menor no realización del tamizaje se confirmó en ambos análisis, bivariado y multivariado, indicando una fuerte correlación con el estatus socioeconómico.
7. El lugar de residencia, especialmente residir en Lima, mostró una asociación consistente con una menor no realización del tamizaje en ambos enfoques analíticos.
8. La posesión de seguro de salud fue un factor significativo para una menor no realización del tamizaje en ambos análisis, enfatizando su importancia en el acceso a la salud preventiva.
9. El uso de métodos anticonceptivos se correlacionó con una menor no realización del tamizaje en ambos análisis, reflejando la influencia de la salud reproductiva en la concienciación sobre el tamizaje.
10. La asociación entre la paridad (primípara y múltipara) y la menor no realización del tamizaje se mantuvo en ambos análisis, destacando la experiencia de maternidad como un posible factor en la participación en prácticas de salud preventiva.

6.2 RECOMENDACIONES:

- 1 Fortalecer los programas y estrategias de salud pública que consideren diferencias etnográficas para mejorar las tasas de tamizaje y detección precoz del cáncer de cuello uterino.
- 2 Implementar estrategias para abordar las barreras culturales y sociales específicas que poblaciones pertenecientes a la etnia indígena enfrentan para acceder a los servicios de salud preventiva
- 3 Implementar programas de salud que sean lingüísticamente accesibles y culturalmente apropiados. Trabajar en la expansión del acceso a seguros de salud, especialmente para las poblaciones vulnerables, para asegurar que más mujeres tengan la oportunidad de acceder a servicios de tamizaje y atención médica preventiva.
- 4 Realizar intervenciones dirigidas a los grupos vulnerables para mejorar el acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. World Health Organization. Cáncer cervicouterino [Internet]. 2022 [citado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado el 14 de octubre de 2023]. 364 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/144785>
3. American Society of Clinical Oncology. Cáncer de cuello uterino - Estadísticas [Internet]. Cancer.Net. 2012 [citado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estadisticas>
4. PAHO | Cáncer cervicouterino [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=348&Itemid=40242&lang=es#gsc.tab=0
5. Gino Giovanni Venegas Rodríguez. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2017. 36 p. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>
6. Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017- 2021 (R.M. N° 440-2017/MINSA) [Internet]. Ministerio de Salud. Av. Salaverry 801 – Lima 11: Ministerio de Salud; 2017 [citado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280845-plan-nacional-para-la-prevencion-y-control-de-cancer-de-cuello-uterino-2017-2021-r-m-n-440-2017-minsa>
7. Cubas MMH. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV-Sci. 2010;2(2):34–42. doi:10.18050/revucv-scientia.v2i2.878
8. Suneja G, Diaz JA, Roberts M, Rakowski W. Reversal of associations between Spanish language use and mammography and pap smear testing. J Immigr Minor Health. abril de 2013;15(2):255-61. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9694-3>
9. Ilter E, Celik A, Haliloglu B, Unlugedik E, Midi A, Gunduz T, et al. Women's knowledge of Pap smear test and human papillomavirus: acceptance of HPV vaccination to themselves and their daughters in an Islamic society. Int J Gynecol Cancer. agosto de 2010;20(6):1058-62. doi: 10.1111/IGC.0b013e3181dda2b9
10. Whop LJ, Baade PD, Brotherton JM, Canfell K, Cunningham J, Gertig D, et al. Time to clinical investigation for Indigenous and non-Indigenous Queensland women after a high grade abnormal Pap smear, 2000-2009. Med J Aust. 6 de febrero de 2017;206(2):73-7. doi: 10.5694/mja16.00255
11. Amuta-Jimenez AO, Smith GPA, Brown KK. Patterns and Correlates of Cervical Cancer Prevention Among Black Immigrant and African American Women in the USA: the Role of Ethnicity and Culture. J Cancer Educ. junio de 2022;37(3):798-805. doi: 10.1007/s13187-020-01884-1

12. Yeo C, Fang H, Thilagamangai null, Koh SSL, Shorey S. Factors affecting Pap smear uptake in a maternity hospital: A descriptive cross-sectional study. *J Adv Nurs.* noviembre de 2018;74(11):2533-43. doi: 10.1111/jan.13769
13. Jennings KM. Getting a Pap smear: focus group responses of African American and Latina women. *Oncol Nurs Forum.* junio de 1997;24(5):827-35. 14.
14. Guvenc G, Akyuz A, Açikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing. *J Adv Nurs.* febrero de 2011;67(2):428-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x
15. Liebermann EJ, VanDevanter N, Hammer MJ, Fu MR. Social and Cultural Barriers to Women's Participation in Pap Smear Screening Programs in Low- and Middle-Income Latin American and Caribbean Countries: An Integrative Review. *J Transcult Nurs.* noviembre de 2018;29(6):591-602. doi: 10.1177/1043659618755424
16. Eo YS, Kim JS. Associations of health belief and health literacy with Pap smear practice among Asian immigrant women. *Eur J Oncol Nurs.* 2019 Oct;42:63-68. doi: 10.1016/j.ejon.2019.08.003. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31446265.
17. Stenzel AE, Bustamante G, Sarkin CA, Harripersaud K, Jewett P, Teoh D, Vogel RI. The intersection of sexual orientation with race and ethnicity in cervical cancer screening. *Cancer.* 2022 Jul 15;128(14):2753-2759. doi: 10.1002/cncr.34213. Epub 2022 May 16. PMID: 35570647; PMCID: PMC9301613.
18. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
19. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol.* 2002;55(4):244-65. doi:10.1136/jcp.55.4.244
20. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e191-203. doi:10.1016/S2214-109X(19)30482-6
21. Olson B, Gribble B, Dias J, Curryer C, Vo K, Kowal P, et al. Cervical cancer screening programs and guidelines in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology & Obstetric.* 2016; 134(3): 239-246 doi: 10.1016/j.ijgo.2016.03.011
22. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(3):147-72. doi:10.3322/caac.21139
23. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *The Lancet.* 2014;383(9916):524-32. doi:10.1016/S0140-6736(13)62218-7
24. Sankaranarayanan R, Basu P, Wesley RS, Mahe C, Keita N, Mbalawa CCG, et al. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from an IARC multicentre study in India and Africa. *Int J Cancer.* 2004;110(6):907-13. doi:10.1002/ijc.20190

25. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(5 Suppl 1):S1–27. doi:10.1097/LGT.0b013e318287d329
26. Denny L, de Sanjose S, Mutebi M, Anderson BO, Kim J, Jeronimo J, et al. Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle-income countries and high-income countries. *Lancet Lond Engl.* 2017;389(10071):861–70. doi:10.1016/S0140-6736(16)31795-0
27. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2018;143 Suppl 2:22–36. doi:10.1002/ijgo.12611
28. Monk BJ, Tewari KS, Koh W-J. Multimodality therapy for locally advanced cervical carcinoma: state of the art and future directions. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2007;25(20):2952–65. doi:10.1200/JCO.2007.10.8324
29. Dursun P, LeBlanc E, Nogueira MC. Radical vaginal trachelectomy (Dargent’s operation): a critical review of the literature. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* 2007;33(8):933–41. doi:10.1016/j.ejso.2006.11.021
30. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol.* 2010;11(11):1048–56. doi:10.1016/S1470-2045(10)70230-8
31. Gupta A, Dhillon PK, Govil J, Bumb D, Dey S, Krishnan S. Multiple Stakeholder Perspectives on Cancer Stigma in North India. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2015;16(14):6141–7. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.14.6141
32. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *PLoS Med.* 2008;5(6):e132. doi:10.1371/journal.pmed.0050132
33. Wiesner, C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VPH, sus implicaciones clínicas y la vacuna contra el VPH, de médicos colombianos.
34. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? - NCI [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
35. Detección del cáncer de cuello uterino - NCI [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/deteccion>
36. Tokumoto-Valera FS, Vidarte-Paiva JC, Talavera JE, Ramírez-Ortega AP, Torres-Malca JR, Vera-Ponce VJ, et al. Factores que favorecen el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años: Sub-análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, Perú. *Med Clínica Soc.* 2023;7(1):17-25.
37. Instituto Nacional de Cáncer. Prevención del cáncer de cuello uterino (PDQ®) - NCI [Internet]. 2013 [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/prevencion-cuello-uterino-pdq>

ANEXO 1: Acta de aprobación del proyecto de tesis



Oficio electrónico N°0034-2024-INICIB-D

Lima, 23 de febrero de 2024

Señorita
KORYN ARLETH PEREYRA SÁNCHEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis "FACTORES ETNOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS SEGÚN LA ENDES 2022", presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

"Formamos seres humanos para una cultura de paz"

Av. Benavides 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco | Central 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 – Perú | Anexo 0006
www.unr.edu.pe/medicina

ANEXO 2: Carta de compromiso del asesor de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “ **Factores asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022**”, que presenta la Srta. **Koryn Arleth Pereyra Sánchez**, para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 19 de febrero de 2024

ANEXO 3: Carta de aceptación del comité de ética

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: **"FACTORES ETNOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS SEGÚN ENDES 2022"**.

Investigadora: **KORYN ARLETH PEREYRA SÁNCHEZ**

Código del Comité: **PG 039 - 2024**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de exento de revisión por el período de un año.

Exhortamos al investigador a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 29 de enero del 2024

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 4: Acta de aprobación de borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS


Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES ETNOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS SEGÚN LA ENDES 2022”, que presenta la Señorita KORYN ARLETH PEREYRA SÁNCHEZ, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:




MG. JOSÉ MANUEL VELA RUIZ
PRESIDENTE



MG. QUIÑONES LAVERIANO, DANTE MANUEL
MIEMBRO



MG. GUTIÉRREZ INGUNZA, ERICSON LEONARDO
MIEMBRO



DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS



DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
ASESOR DE TESIS

Lima, 22 de febrero 2024

ANEXO 5: Certificado de asistencia al curso taller de titulación por tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

KORYN ARLETH PEREYRA SÁNCHEZ

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**“FACTORES ETNOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO
REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
EN MUJERES ADULTAS SEGÚN LA ENDES 2022”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 23 de febrero de 2024.


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alvarado Gutiérrez-Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO 6: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODOS	TECNICAS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN
¿Existen factores etnográficos asociados a la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2022?	<p>General: Determinar la asociación entre factores etnográficos y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar si existe asociación entre etnia Quechua, Aymara, Nativa o Negra y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según ENDES en el año 2022. Determinar si existe asociación entre la lengua materna nativa y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según ENDES en el año 2022. Determinar si existe asociación entre la edad y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Determinar si existe asociación entre el estado civil y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Determinar si existe asociación entre índice de riqueza y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas 	<p>General: Existe asociación entre factores etnográficos y la no realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas según la ENDES 2022</p> <p>Específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Existe asociación entre la etnia Quechua, Aymara, Nativa o Negra y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según ENDES en el año 2022. Existe una asociación entre la lengua materna nativa y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según ENDES en el año 2022. Existe asociación entre la edad y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Existe asociación entre el estado civil y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Existe asociación entre índice de riqueza y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022. Existe asociación entre el lugar de residencia y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Existe asociación entre el seguro y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Existe asociación entre el uso de método anticonceptivo y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022 Existe asociación entre la paridad y la no realización de prueba de Papanicolaou 	<p>Variable dependiente: Realización de la prueba de Papanicolaou.</p> <p>Variables independiente: <input type="checkbox"/> Factores etnográficos: • <input type="checkbox"/> Etnia • <input type="checkbox"/> Lengua materna</p> <p>Covariables: 1.Edad. 2.Grado de Instrucción. 3.Estado civil 4.Tipo de residencia (rural o urbana). 5.Lugar de residencia 6.Índice de riqueza. 7.Seguro de Salud. 8.Edad de la primera relación sexual 9.Edad al primer matrimonio 10.Uso de métodos anticonceptivos. 11.Paridad</p>	<p>El presente trabajo de investigación es un estudio observacional transversal analítico y retrospectivo</p>	<p>La base de datos fue estructurada y analizada utilizando el software SPSS versión 25, incorporando la funcionalidad de muestras complejas para gestionar adecuadamente los conglomerados y factores de ponderación, respetando la estructura de la ENDES 2022. El análisis univariado se centró en calcular porcentajes y frecuencias de las variables de interés, tales como la realización de diversas pruebas de tamizaje y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino. En el análisis bivariado, se exploró la asociación entre diversos factores y la realización de la prueba de tamizaje, mediante la obtención de razones de prevalencia (RP) crudas y sus respectivos intervalos de confianza. Se presentarán los resultados a través de tablas de forma que se alineen coherentemente con los objetivos propuestos y la verificación de las hipótesis.</p>

	<p>según la ENDES 2022.</p> <p>6. Determinar si existe asociación entre el lugar de residencia y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022</p> <p>7. Determinar si existe asociación entre el seguro y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022</p> <p>8. Determinar si existe asociación entre el uso de método anticonceptivo y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022</p> <p>9. Determinar si existe asociación entre la paridad y la no realización de prueba de Papanicolaou en mujeres adultas según la ENDES 2022.</p>	<p>en mujeres adultas según la ENDES 2022</p>			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 7: Operacionalización de variables

Nombre de la Variable	Definición Operacional	Naturaleza	Escala	Valores Finales / Unidades
Realización de la prueba de Papanicolaou	Indica si la participante se ha realizado una prueba de Papanicolaou alguna vez	Categórica	Nominal	Sí, No
Edad	Edad de la participante en años	Categórica	Nominal	Entre 30 y 39 años, entre 40 y 49 años, entre 50 y 65 años
Grado de Instrucción	Nivel educativo más alto alcanzado por la participante	Categórica	Ordinal	Ninguno, Primaria, Secundaria, Superior no universitaria, Superior universitaria
Estado Civil	Estado civil actual de la participante	Categórica	Nominal	Casada/conviviente, otra
Tipo de residencia	Tipo de área de residencia de la participante	Categórica	Nominal	Urbana, Rural
Lugar de residencia	Ubicación geográfica donde reside la participante	Categórica	Nominal	Lima Otros
Índice de riqueza	Nivel socioeconómico de la participante	Categórica	Ordinal	Muy pobre, pobre, medio, rico, muy rico
Etnia	Condición sociocultural-genética indicado en la ENDES 2019	Categórica	Nominal	Quechua, aymara, nativo o negro Blanco Mestizo
Idioma	Idioma predominante hablado en el hogar de la participante	Categórica	Nominal	Español Nativo Extranjero
Seguro de Salud	Cobertura de seguro de salud de la participante	Categórica	Nominal	Sí, No
Edad a la primera relación sexual	Número en años indicado en la encuesta	Continua	Razón	Número de años
Edad al primer matrimonio	Número en años indicado en la encuesta	Continua	Razón	Número de años
Métodos anticonceptivos	Uso actual de métodos anticonceptivos	Categórica	Nominal	Ninguno, alguno
Paridad	Cantidad de hijos iindicados en la encuesta	Categórica	Razón	Nulípara, primipara, múltipara

ANEXO 8: Instrumentos utilizados

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2022
CUESTIONARIO DEL HOGAR
PRIMER SEMESTRE
 AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CUESTIONARIO DE

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICACION

A. HOGARES EN LA VIVIENDA

Sr. (a): Si hogar es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.

¿Cuántos hogares ocupan esta vivienda?.....

TOTAL DE HOGARES

HOGAR N°.....

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						VISITA FINAL	
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.		
FECHA						FECHA	
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						DÍA.....	<input type="text"/>
RESULTADO***						MES.....	<input type="text"/>
PRÓXIMA VISITA:	FECHA					AÑO.....	<input type="text"/>
	HORA					EQUIPO NÚMERO.....	<input type="text"/>
						ENTREVISTADORA.....	<input type="text"/>
						RESULTADO FINAL.....	<input type="text"/>
						NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....	<input type="text"/>

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

1 COMPLETA
 2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE
 3 HOGAR AUSENTE
 4 APLAZADA
 5 RECHAZADA

NO DEBEAN LA ENTREVISTA
 YA FUE ENTREVISTADA POR LA ENDES
 YA FUE ENTREVISTADA POR OTRA ENCUESTA DEL INEI

DATOS DE CONTROL

TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR

NÚMERO DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

NÚMERO DE MUJERES DE 12 A 14 AÑOS

NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS

NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

Nº DE ORDEN DEL INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR

Nº DE ORDEN DEL INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD

	SUPERVISORA LOCAL	SUPERVISORA NACIONAL	DIGITADOR (A)
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISION	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
NOMBRE Y FECHA DE REVISION	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>

REPÚBLICA DEL PERÚ
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2022
CUESTIONARIO DE SALUD
PRIMER SEMESTRE

AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

PRESENTACIÓN

Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____

--	--

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL
FECHA						FECHA : DÍA..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						MES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTADO***						AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
PRÓXIMA VISITA:	FECHA					EQUIPO NUMERO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
	HORA					ENTREVISTADORA..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
						NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
						RESULTADO FINAL..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

- 1 COMPLETA
- 2 AUSENTE
- 3 APLAZADA
- 4 RECHAZADA
- 5 INCOMPLETA
- 6 DISCAPACITADA(O)

(marque con X)

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Ver |
| <input type="checkbox"/> | Oír |
| <input type="checkbox"/> | Hablar |
| <input type="checkbox"/> | Moverse |
| <input type="checkbox"/> | Entender |
| <input type="checkbox"/> | Relacionarse |

9 OTRA

(ESPECIFIQUE)

CUESTIONARIO

	DE	
--	----	--

TOTAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS

--	--

RESULTADO FINAL DETALLADO***

INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD

--

	N° DE ORDEN	RESULTADO
PRIMERA NIÑA O NIÑO.....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
SEGUNDA NIÑA O NIÑO.....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
TERCERA NIÑA O NIÑO.....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
CUARTA NIÑA O NIÑO.....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
QUINTA NIÑA O NIÑO.....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
SEXTA NIÑA O NIÑO.....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>

NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISIÓN

SUPERVISORA LOCAL

	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
--	--

SUPERVISORA NACIONAL

	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
--	--

DIGITADOR(A)

	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
--	--

NOMBRE Y FECHA DE REVISIÓN

	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
--	--

	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
--	--

	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
--	--

ANEXO 9: Base de datos

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Rbg8mdLY8TvO2jb7P-rslpSbM-0Pg8M/edit#gid=0>