

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA



ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA. CAJAMARCA – 2018.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

ELSA MORENO HUAMÁN

Asesora:

Mg. AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

Cajamarca, Perú

2023



Universidad Nacional de Cajamarca

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Fundada por Ley 140515 del 13 de febrero de 1962

Escuela de Posgrado

La Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de La Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, expide la presente:

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD:

Que la Bachiller en Obstetricia **ELSA MORENO HUAMÁN**, ha sustentado y aprobado su tesis para obtener el Grado de Maestro en Ciencias, Mención Salud Pública, titulada: **"FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA. CAJAMARCA – 2018"**.

Ha cumplido con los requisitos de originalidad establecidos por la Escuela de Posgrado, para lo cual ha presentado el Reporte de Aplicativo **TURNITIN** con el **21%** de similitud, reporte presentado por su asesora **Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez**.

Se otorga la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines pertinentes.

Cajamarca, 07 de febrero de 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Dra. Elena Ugaz Burga
DIRECTORA

COPYRIGHT © 2023 by
ELSA MORENO HUAMÁN
Todos los derechos reservados



**Universidad Nacional de
Cajamarca**

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 9:00 AM horas, del día 21 de setiembre de dos mil veintitrés, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ, M.Cs. REGINA IGLESIAS FLORES, M.Cs. SILVIA ALFARO REVILLA**, y en calidad de Asesora la **Mg. AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA. CAJAMARCA - 2018**, presentada por la Bachiller en Obstetricia **ELSA MORENO HUAMÁN**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de EXCELENTE (17) la mencionada Tesis; en tal virtud, la Bachiller en Obstetricia **ELSA MORENO HUAMÁN**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 10:20 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez
Asesora

.....
Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Regina Iglesias Flores
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Silvia Alfaro Revilla
Jurado Evaluador

A:

A mi padre por darme el ejemplo de cumplir con responsabilidad y perseverancia todo lo encomendado y que ahora me cuida desde el cielo. A mi madre por la vida, sus cuidados permanentes, apoyo incondicional y su gran amor hacia todos sus hijos. A mi esposo y a mis hijos por su tiempo, perseverancia y su gran apoyo constante. A mi hija, Paula Gabriela que está en el cielo, su partida me dio mucha fortaleza para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por la vida y por haberme dado la fortaleza necesaria para culminar mis estudios. A los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca por la oportunidad de obtener los conocimientos necesarios. Agradezco en especial a mi asesora Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez, por ser mi guía y un gran apoyo para la elaboración del presente informe. A cada uno de mis hermanos, por su gran ejemplo y por animarme a concluir con este trabajo, a todos mis familiares, amigos y a todas las personas que contribuyeron para ser posible el término de este trabajo.

Un hombre sabio debería darse cuenta que
la salud es su posesión más importante

Hipócrates

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO:	vi
RESUMEN	<u>xiii</u>
ABSTRACT	<u>xiv</u>
INTRODUCCIÓN	<u>xv</u>
CAPÍTULO I.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación	6
1.3. Delimitación de la investigación.....	7
1.4. Objetivos.....	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Marco doctrinal	14
2.3. Marco conceptual	17
2.4. Definición de términos básicos	33
CAPÍTULO III	34
PLANEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	34
3.1. Hipótesis	34
3.2. Variables	34
3.3. Operacionalización/ categorización de los componentes de las hipótesis....	35

CAPÍTULO IV	38
MARCO METODOLÓGICO	38
4.1. Ubicación geográfica.....	38
4.2. Tipo y diseño de la investigación.....	38
4.3. Métodos de investigación	39
4.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	41
4.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	43
4.6. Matriz de consistencia metodológica	45
CAPÍTULO V.....	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
5.1. Presentación de resultados	47
5.2. Discusión de resultados	57
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	73
ANEXO 1. INSTRUMENTO.....	73
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN	77
ANEXO 3. PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL TEST DE CONOCIMIENTO .	78
ANEXO 4. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PARA LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	79

ANEXO 5. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PARA CONOCIMIENTO ACERCA DEL PAPANICOLAOU	81
ANEXO 6. EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH	82
ANEXO 7. CARTA DIRIGIDA PARA LA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO POR LOS EXPERTOS	83
ANEXO 8. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES	84

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca-2018.....	47
Tabla 2.	Factores personales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca-2018.	48
Tabla 3.	Factores sociales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca-2018.	51
Tabla 4.	Factores institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.	53
Tabla 5.	Factores personales, sociales e institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.	55

LISTA DE ABREVIATURAS

- **CACU:** Cáncer cérvico uterino
- **CIS:** Carcinoma in situ
- **DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- **HRDC:** Hospital Regional Docente de Cajamarca
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- **IVAA:** La inspección visual con ácido acético
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **MEF:** Mujer en edad fértil
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PAP:** Prueba de Papanicolaou
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- **VHS:** Virus del Herpes Simple
- **SIS:** Seguro Integral de Salud

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca – 2018. Estudio de diseño no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal; la muestra fue de 158 usuarias, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se elaboró un cuestionario como instrumento para la recolección de los datos; y estos se procesaron en el programa SPSS versión 25. Resultados: Respecto al tamizaje, el porcentaje más alto fue de 55,7% que corresponde a las usuarias con adherencia; en cuanto a los factores personales que condicionan la adherencia al tamizaje de CACU se encontró que el porcentaje más alto fue de las usuarias que usan anticonceptivos (68,18%), seguido de las usuarias con conocimiento regular sobre tamizaje de CACU (60,23%) y el personal de salud que animó a practicarse el tamizaje (60,23%), presentando una significancia estadística de $p=0,0004$; $p=0,0008$ y $p=0,0305$ respectivamente. En relación a los factores sociales predominó: el lugar de residencia urbano (94,32%) y contar con seguro de salud (71,59%); en ambos casos con significancia estadística de $p=0,0001$ y $p=0,009$. Entre los factores institucionales la mayoría fueron: usuarias que recibieron información de parte del personal de salud sobre la importancia del tamizaje (69,32%) y tener información acerca del horario de atención para realizarse el tamizaje (85,23%), con significancia estadística $p=0,0027$ y $p=0,034$ respectivamente.

Conclusiones: Los factores que condicionan la adherencia al tamizaje CACU son: usar anticonceptivos, tener conocimiento acerca del tamizaje, residir en la zona urbana, contar con algún tipo de seguro; haber recibido información por parte del personal sobre la importancia del tamizaje y conocer el horario de atención para realizarse el tamizaje.

PALABRAS CLAVE: Factores, adherencia, tamizaje, cáncer cérvico uterino (CACU).

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the factors that condition the adherence to cervical cancer screening in users of the “La Tulpuna” Health Center. Cajamarca – 2018. Non-experimental, descriptive, correlational, cross-sectional design study; The sample was 158 users, who met the inclusion criteria. A questionnaire was developed as an instrument for data collection; and these were processed in the SPSS version 25 program. Results: Regarding screening, the highest percentage was 55.7%, which corresponds to users with adherence; Regarding the personal factors that condition adherence to CACU screening, it was found that the highest percentage was among users who use contraceptives (68.18%), followed by users with regular knowledge about CACU screening (60.23. %) and the health personnel who encouraged screening (60.23%), presenting a statistical significance of $p=0.0004$; $p=0.0008$ and $p=0.0305$ respectively. In relation to social factors, the following predominated: urban place of residence (94.32%) and having health insurance (71.59%); in both cases with statistical significance of $p=0.0001$ and $p=0.009$. Among the institutional factors, the majority were: users who received information from health personnel about the importance of screening (69.32%) and having information about the opening hours to undergo screening (85.23%), with statistical significance $p =0.0027$ and $p=0.034$ respectively.

Conclusions: The factors that determine adherence to CACU screening are: using contraceptives, having knowledge about screening, residing in an urban area, having some type of insurance; having received information from the staff about the importance of screening and knowing the opening hours for screening.

KEYWORDS: Factors, adherence, screening, cervical cancer (CACU).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta al cáncer cervicouterino (CACU) como el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial. Durante el año 2018 se reportó una incidencia de 570 000 casos de cáncer de cuello uterino y ocurrieron 311 000 muertes a causa de esta enfermedad (1).

El cáncer cérvico uterino está relacionado con el virus de papiloma humano (VPH), este virus es considerado como una de las infecciones más comunes de transmisión sexual, ocurre en algún momento de la vida en el 80% de mujeres con actividad sexual, muy pocas conocen que están infectadas, porque rara vez presentan síntomas. Existen más de 100 tipos de virus del papiloma humano (VPH), más de 40 tipos infectan el tracto genital, algunos de ellos clasificados como de alto riesgo. A nivel mundial aproximadamente el 70% de los cánceres cérvico uterinos presentan el tipo 16 siguiéndole en frecuencia el tipo 18 (2).

La incidencia del CACU ha ido disminuyendo gradualmente, en las tres últimas décadas en una gran parte de los países desarrollados, siendo la principal razón, la vigilancia integral del CACU que consiste en la prevención primaria, que radica en la administración de la vacuna contra los VPH, la prevención secundaria que consiste en la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas con pruebas de tamizaje disponibles para la prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino a nivel poblacional y la prevención terciaria con el diagnóstico y tratamiento del CACU invasivo y los cuidados paliativos. Sin embargo, existen desigualdades en el mundo desarrollado; donde podemos encontrar a mujeres provenientes de las zonas rurales y las más pobres con el riesgo alto de presentar cáncer de cuello uterino invasor. En la mayor cantidad de países en desarrollo la incidencia del CACU se ha incrementado o ha permanecido en forma

similar. El fracaso de los programas de tamizaje se debe principalmente a la organización de los sistemas sanitarios y a los factores culturales de la población (3).

El cáncer de cuello uterino es potencialmente prevenible y la mejor manera de descubrirlo en fase precoz, es practicándose el tamizaje oportuno y con periodicidad, obteniendo un notorio beneficio y mejor pronóstico para la paciente. Las pruebas para tamizar más utilizadas son: El PAP, las pruebas moleculares para detectar el VPH, la IVAA ente otros; el PAP en particular, nos permite detectar la existencia de cambios tempranos en la celularidad mediante una muestra citológica exfoliativa, por el contrario, desconocer de la importancia de estas pruebas de tamizaje, hace que en muchos casos se convierta en un procedimiento tardío y muchas veces con complicaciones irreversibles y con tratamiento médico-quirúrgico en los casos de diagnóstico de carcinomas cervicouterinos (4).

Padrón afirma que, si una mujer se realiza tamizajes con la frecuencia adecuada, no enfermará de CACU, un tamizaje adecuado y oportuno da la posibilidad de detectar todo tipo de lesiones tempranamente y se puede identificar cualquier riesgo dando lugar para actuar oportunamente. Un programa de vacunación no elimina la necesidad del tamizaje incluso en los países desarrollados, porque las vacunas actuales solo protegen contra los tipos del VPH que causan aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cervicouterino (5).

Lo mencionado anteriormente, reconoce a las pruebas de tamizaje como la base fundamental para la prevención secundaria del CACU, usadas con la periodicidad establecida; se creyó conveniente realizar el presente trabajo de investigación, teniendo como objetivo determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del

cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.

La estructura de la presente tesis está constituida por los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Planteamiento y la formulación del problema de investigación, los objetivos y la justificación.

CAPÍTULO II: Los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis, la conceptualización y la operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: Diseño metodológico: tipo y diseño de estudio, área de estudio, población y muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumento de recolección de datos, procesamiento de recolección y análisis de datos.

CAPÍTULO IV: Resultados, análisis y discusión de los resultados.

Y como parte final las conclusiones, las recomendaciones y sugerencias, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

El Cáncer Cérvico Uterino (CACU) ocupa el cuarto lugar en incidencia a nivel mundial; de acuerdo a la OMS, durante el año 2018 se registraron 570 000 casos nuevos, y aproximadamente se produjeron poco más de 311 000 defunciones por causa del CACU, asimismo señala que es la segunda causa de muerte en las Américas; reportando 72 000 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, más de 34 000 fallecieron y de estas el 85% se producen en las regiones menos desarrolladas, poniendo en evidencia la inequidad (1).

Esta enfermedad está relacionada con el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo (VPH 16 y el VPH 18), que causa casi todos los cánceres de cuello uterino, siendo este el resultado de un proceso dinámico entre la infección viral y la presencia de otros factores, los mismos que hacen de esta neoplasia un proceso asintomático y de evolución lenta, lo que permite que, de ser diagnosticada en un estadio temprano, pueda ser tratada y curada (2).

El CACU constituye en el mundo una enorme carga para el sistema de salud donde las cifras más importantes de incidencia-mortalidad, tomando en cuenta a los continentes, durante el año 2018 fueron: Asia 315 346 – 168 411, África con 119 284 – 81 687, Europa 61 072 – 25 829, América Latina y el Caribe 56 187 – 28 318 respectivamente y con menos incidencia-mortalidad tenemos a América del Norte 15 502 – 5 852 y Oceanía 2 456 – 1 268 observándose tendencias importantes de los países desarrollados hacia la disminución en la incidencia y mortalidad, confirmándose que el CACU está relacionado con el nivel de desarrollo de los países (6).

En América Latina y el Caribe, el CACU en el año 2019, ocupó el tercer lugar de casos nuevos considerándose por este motivo el cáncer más frecuente en las mujeres. Más de 56 000 mujeres presentan CACU cada año y de estas aproximadamente 28 000 fallecen. Esta cifra se ve aumentada alrededor de 72 000 casos nuevos y 34 000 defunciones si se toma en cuenta a Estados Unidos y a Canadá. Además de estos dos últimos países la tasa de incidencia de cáncer más elevada se observa en Costa Rica, Jamaica, Uruguay, Brasil, Barbados, Argentina, Cuba y Puerto Rico. Las tasas más elevadas de mortalidad, debido al CACU se encuentran en la República Dominicana, Trinidad y Tobago, Surinam, Uruguay, Barbados, Jamaica, Argentina, Haití, Chile, y Cuba (7).

En Perú, el Ministerio de Salud en el año 2018, reportó 7 657 casos de CACU en total, para el período 2014-2018 representó el 17,6% de tipo de cánceres notificados. En las regiones del Perú el cáncer cérvico uterino fue el más frecuente, en Lambayeque 26,7% (317), La libertad 27,1% (1 135), Lima Metropolitana 18,3% (1 263), Piura 22,9% (180), Ancash 28,8% (251), Arequipa 22,2% (543), Ayacucho 37,4% (272), Cajamarca 28,7% (279), Cuzco 37,8% (672), Junín 48,7% (650), Puno 24% (205), Loreto 61,4% (323), Ucayali 56,8% (337), Callao 31,6% (153); la tasa más alta ajustada de mortalidad por cáncer cérvico uterino para el año 2018 lo presentó Amazonas con 22,9, Apurímac 22,5 Huánuco 29,8, Junín 20,6, Lambayeque 16,6, Loreto 34,8, Madre de Dios 62,5, Pasco 28,9 y San Martín 28,5 (4).

En la región de Cajamarca, la población no es ajena a este problema de salud, por este motivo se ubica en el cuarto lugar de vulnerabilidad para el cáncer, necesitando de acciones inmediatas que requieren fortalecerse la asistencia técnica, la capacitación, recursos humanos, así como supervisión de las intervenciones de prevención, tamizaje y diagnóstico temprano. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, en el

Hospital Regional Docente Cajamarca dio a conocer que en su establecimiento se registraron 361 casos nuevos de cáncer en el año 2019. Al observar el tipo de cáncer por la localización topográfica y sexo se encontró que el segundo cáncer más frecuente fue el de cuello uterino representando el 16,3% (49 casos) (8).

Una de las medidas más importantes en el control de la carga de enfermedad por CACU es el diagnóstico temprano mediante el tamizaje de las lesiones precursoras y si se complementa con tratamientos efectivos mejora el pronóstico y a la vez la supervivencia de las pacientes, pudiendo prevenir el 40% de casos de CACU, sobre todo en mujeres no vacunadas contra el virus del papiloma humano (VPH) (9).

1.1.2. Descripción del problema

El cáncer de cuello uterino (CACU) se encuentra dentro de las principales neoplasias que afecta a las mujeres a nivel mundial y su incidencia se diferencia notablemente de una región a otra, e inclusive dentro de una misma población. A nivel mundial se diagnostican unos 529 409 casos nuevos por año, la incidencia más elevada y más notoria se encuentra en países de ingresos bajos y medios, 274 883 mujeres mueren por esta enfermedad, esto equivale a decir que el riesgo de morir es de aproximadamente de un 50%, independientemente de las condiciones de vida de la persona. Se espera que, para los próximos siete años la carga mundial de enfermedad se multiplique notoriamente, proyectándose para el año 2025 a un 58% de incremento de incidencia y a un 63% de incremento en mortalidad, lo cual se constituye en un problema de salud pública de magnitud mundial (10).

Un análisis realizado por la OMS del problema del CACU en América Latina y el Caribe explica que este tipo de cáncer sigue siendo una causa de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aun siendo la neoplasia con mayor potencial de prevención

secundaria, por ser una enfermedad totalmente prevenible y curable con bajo costo y bajo riesgo, cuando se cuenta con pruebas para tamizaje para detección del CACU sumado a un diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y seguimiento permanente. A pesar de contar con todas estas medidas preventivas, no se observan cambios en la región de América Latina y el Caribe (11).

La OMS también describe la existencia de las barreras para el control del CACU, algunos países lograron reducir considerablemente la incidencia y la mortalidad al desarrollar los programas de lucha contra el CACU; pero en otros países no ocurrió esta reducción por la presencia de las barreras políticas, las cuales no priorizan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, las barreras económicas que se refleja en la falta de recursos en la población, las barreras culturales en la comunidad y el individuo que impiden hablar sobre el aparato genital y sus enfermedades y por último las barreras institucionales relacionadas con infraestructura deficiente y mal organizada (12).

Numerosos estudios descubrieron algunos motivos del por qué las usuarias no acuden a un establecimiento de salud a solicitar el tamizaje para el CACU, a reclamar el resultado o a la cita del próximo tamizaje, entre ellos se encontró el temor al examen ginecológico, la vergüenza, el miedo, el olvido, la dejadez, el bajo nivel de conocimiento sobre el tamizaje de CACU, el entorno que fomenta mitos acerca del CACU o el bajo nivel económico (13).

Otras causas que pueden explicar la baja adherencia al tamizaje de CACU son, un bajo nivel educativo, escasa información acerca del tamizaje, dificultades para acceder a recibir una atención en los establecimientos de salud, la calidad de los servicios de salud, entre otros. Se ha reportado que la población latina considera que son importantes los antecedentes familiares, el uso de anticonceptivos orales, la higiene deficiente, el número

de hijos, la influencia religiosa y cultural, particularmente en relación a los juicios morales (14).

La OMS, considera necesario fortalecer el programa de prevención y control del CACU y los componentes de salud sexual y reproductiva, además actualizar y capacitar al personal de salud y continuar con la administración de la vacuna contra el VPH, a través de los programas nacionales de vacunación. Con estas acciones se logrará disminuir las muertes de manera rápida y costo efectiva en los países que integran la región de las Américas (15).

Al observar los indicadores de la estrategia de prevención y control del CACU, del centro de salud La Tulpuna, uno de ellos es el porcentaje de pruebas de tamizaje para el grupo etario de mujeres de 30 a 64 años y se encontró que esta cobertura no es aceptable. Durante el año 2018 se tamizaron a 345 usuarias representando el 21% de la población de mujeres designadas para tamizar, esta cobertura baja podría deberse a que las usuarias asistentes para ser atendidas en el establecimiento de salud no solicitan el tamizaje voluntariamente, debido a diversos factores que limitan su acceso, además en la estrategia no se ha tomado en cuenta un indicador que evalúe la adherencia al tamizaje de CACU (16).

El presente estudio tiene el propósito de identificar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna durante el año 2018.

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores personales, sociales e institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna Cajamarca – 2018?

1.2. Justificación

La detección precoz del cáncer cérvico uterino por medio de las pruebas de tamizaje, permite realizar una captación oportuna de la mayoría de estos casos en las mujeres que solicitan el servicio; identificándose plenamente que éstas, son efectivas para el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres, conllevando a una disminución de la morbilidad y mortalidad por causa del CACU.

La morbilidad y mortalidad por el cáncer de cuello uterino son problemas de salud pública de primer orden; por ese motivo deben ser abordados vinculando estrategias integrales como son: salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, salud de los adolescentes y el control del cáncer cérvico uterino, teniendo en cuenta y analizando los indicadores referentes a este problema de salud. Por ello, se debe fortalecer los sistemas de salud con el fin de satisfacer las necesidades de las mujeres, mejorando el acceso a estos servicios, evitando la búsqueda de atención tardía o discontinuada, asimismo procurar la entrega oportuna de los resultados y garantizar que la usuaria acuda a solicitarlos por voluntad propia.

Es necesario promocionar la salud usando estrategias con actividades preventivas con el fin de fomentar el autocuidado y modificar las condiciones de vida que puedan estar afectando negativamente la salud. Promocionar la salud por intermedio de charlas informativas en los establecimientos de salud, instituciones educativas, en los centros de trabajo y otros escenarios, en temas acerca del cáncer cérvico uterino y como prevenirlo, involucrando a los actores sociales de las comunidades y los medios masivos de comunicación. Todas estas acciones se llevarán a cabo, con el fin de romper barreras culturales y sociales relacionadas generalmente con las conductas desfavorables de muchos grupos de mujeres, generalmente por la falta de información para desarrollar una cultura de prevención y adoptar estilos de vida saludable (17).

Se ha demostrado que una adherencia adecuada al tamizaje y el uso apropiado de los programas de detección de CACU, están relacionados con el acceso sin barreras a los servicios de salud, con estrategias establecidas que faciliten la asistencia y adherencia a estos programas de las mujeres, sobre todo de las que carecen de recursos económicos y con niveles educativos bajos.

Los resultados obtenidos de la presente investigación servirán de base a futuras investigaciones sobre el tema, además ayudará a reforzar estrategias y programas educativos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, que ayude a la población a informarse acerca de la importancia de la prevención del CACU, siendo una de las principales actividades, el tamizaje para CACU. Hacer efectivas en los establecimientos de salud las estrategias de salud sexual y reproductiva acerca de la prevención del cáncer cérvico uterino.

Este estudio se justifica porque fue factible realizarlo con la participación voluntaria de la población objetivo, a quien fue dirigida la investigación, con la intención de determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del CACU y los motivos que interfieren para recibir una atención preventiva. A nivel nacional, regional, local y particularmente en el Centro de Salud La Tulpuna no se han realizado este tipo de estudios en las usuarias, de allí la necesidad de obtener esta información acerca de esta situación de salud en particular.

1.3. Delimitación de la investigación

Esta investigación se realizó en la ciudad de Cajamarca, en la jurisdicción del Centro de Salud La Tulpuna, se realizó el estudio con las usuarias que solicitaron atención en los consultorios externos de Obstetricia. En el estudio se identificó los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca – 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna.
- Identificar los factores personales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna.
- Determinar los factores sociales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna.
- Establecer los factores institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna.
- Determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Picado I, Ortiz M. et al. en el año 2017 realizaron un estudio para determinar la adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de las lesiones pre malignas y CACU, así como los factores que condicionan a las mujeres mayores de 20 años, atendidas en el HEODRA (Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello). Como resultado encontraron que el porcentaje de adherencia es de 55.2%, de este porcentaje el 79% fueron mujeres mayores de 35 años, con estado civil solteras, con religión católica, con residencia en el área urbana, con nivel socioeconómico muy bajo y con grado de instrucción primaria incompleta. La razón que condiciona la adherencia y que presenta mayor significancia estadística fue, la demora en la entrega de los resultados, tiempo de espera prolongado, familias desintegradas, distancia geográfica, y otros motivos particulares (18).

Galleguillos A. en el año 2018, en su estudio determinó las causas más frecuentes de la baja adherencia al tamizaje de CACU de mujeres entre 25 y 64 años, realizó entrevistas a los 8 encargados del programa de PAP de los centros de salud familiar de las ciudades de Coquimbo y La Serena, en su resultado encontró una cobertura de 40,9%, la baja adherencia al tamizaje de CACU estuvo relacionada a la falta de conocimiento de las usuarias, miedo de presentar dolor al examen, falta de una difusión intensiva, escasa interconsultas de los profesionales, temor al resultado, horarios no acordes, el procedimiento y la interrupción en la atención (19).

Urrutia M y Gajardo M. en el año 2018 realizaron un estudio: La percepción de un grupo de mujeres chilenas acerca de la calidad de la atención y las características del PAP como factores para adherir o no al tamizaje. Obtuvieron como resultados luego de analizar las características del procedimiento, la periodicidad, el tipo de sistema de salud, el género del profesional, la ausencia de información y el sistema de citas con horas, se concluyó que, la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino es un fenómeno multifactorial y debe ser abordado como tal. Los profesionales de la salud, juegan un papel importante en la promoción del tamizaje, abordar las percepciones y el conocimiento de las mujeres sobre el PAP, tener presente que la calidad de la atención influye de forma crucial en la decisión de adherir o no al PAP (20) .

Altamirano G. et al. año 2020, Tuvieron como propósito en su investigación identificar los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la adherencia al examen de PAP en funcionarias no académicas de la Universidad de Valparaíso, Chile. Obtuvieron como resultados: Entre las variables biológicas fluctuaron entre 30 a 59 años, es el grupo de edad reproductiva que mostró el mayor porcentaje de adherencia al tamizaje, el 61% tuvo el tamizaje actualizado. En cuanto a las variables sociales, la razón primordial de la demora para el examen es la carencia de tiempo (69%) y todas las usuarias han recibido algún tipo de información de este examen, el 48% por médico, el 30% por matrona y el 22% recibió información por otros profesionales (21).

Paolino M, et al. en el año 2019, su estudio fue analizar la magnitud y los determinantes sociales de la adherencia al triaje (realizar una citología luego de un resultado de test de VPH+) en contexto de tamizaje con autotoma del test de virus del papiloma humano en la provincia de Jujuy, en mujeres de 30 años o más con autotoma positiva (AT-VPH+), como resultados encontraron, el porcentaje de adherencia al triaje entre el 81% y el 96%, porcentajes menores a los 60 y 120 días de realizada la AT (18%

y 35%, respectivamente). Las mujeres con cobertura de obra social/ privada y sin hacinamiento tienen más posibilidades de adherencia al triaje, la causa principal de no adherencia fue la entrega de los resultados (22).

Peñafiel D, Torres M. et al. En el año 2022, en su estudio determinaron la adherencia al tamizaje de CACU en las mujeres de la parroquia de Guarainag del cantón Paute. 2021, mediante un estudio transversal y descriptivo, usaron un formulario aplicado a las mujeres mayores de 18 años, la muestra fue 208, encontraron que el 25.4% no se han realizado un PAP en toda su vida, por temor (17.3%), dificultad para acceder (18,4%) y por desconocimiento (35,7%). Las mujeres que se realizaron el tamizaje, les favoreció tener conocimiento correcto del CACU (53%) y haberse practicado otros tamizajes (48,6%) (23).

Antecedentes nacionales

Becerra S. En el año 2020, realizó una investigación para establecer los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la no adherencia al PAP de cuello uterino en el Hospital La Noria. Estudio, observacional, de tipo analítico, retrospectivo de casos y controles. La población fue constituida por 112 MEF, un grupo con adherencia al PAP y otro sin adherencia; se calculó el odds ratio y el chi cuadrado. Encontró que, los factores de riesgo para no adherencia al PAP son, el bajo grado de instrucción con un odds ratio de 2.45 con significancia estadística ($p < 0,05$), el nivel socioeconómico con un odds ratio de 3.88 el cual fue significativo ($p < 0,05$), el estado civil no conviviente con un odds ratio de 2.75 con significancia estadística ($p < 0,05$) y la nuliparidad, con un odds ratio de 3.1 con significancia estadística ($p < 0,05$) (24).

Aldave A. y Apolaya M. et al. en el año 2019, realizaron un estudio para establecer los factores que se relacionan a la falta de cumplimiento del despistaje oportuno

con PAP en la detección precoz del CACU, en mujeres entre 21 a 29 años atendidas en un establecimiento de salud rural de Lima, Perú. Se analizó variables sociodemográficas, percepciones de CACU y la falta de PAP en los últimos tres años. La muestra fue de 130 mujeres de $25,4 \pm 2,9$ años, de ellas el 53,85% no cumplieron con el PAP, los factores vinculados fueron la percepción de susceptibilidad de desarrollar CACU, razón de prevalencias: 0,15; IC 95%: (0,04 – 0,49), percepción de barreras para realizarse el PAP (RP: 3,95; IC 95%: 1,34 – 11,60), y la percepción de realizarse el PAP (RP: 9,22; IC 95%: 2,78 – 30,51). Conclusión: La frecuencia elevada de incumplimiento de PAP, está asociada a las percepciones sobre el cáncer de cérvix (25).

Soto J. y Torres J. et al. en el año 2020, realizaron un estudio para establecer si los factores sociodemográficos, el nivel de conocimiento, los factores psicológicos y los factores propios del servicio influyen en la no adherencia al PAP en las mujeres sexualmente activas del área de ginecología del Hospital I Cono Sur EsSalud de Nuevo Chimbote en 2020. La muestra estuvo conformada por 108 mujeres. En los resultados no se encontró significancia estadística en los factores sociodemográficos, en las mujeres sin adherencia al PAP, el conocimiento inadecuado en las mujeres sin adherencia fue el 31% con una diferencia significativa de $p=0,042$ ($p<0,05$), sentir vergüenza al PAP se evidenció un 55,2%, como factor psicológico para no practicarse el PAP con una diferencia significativa de $p=0,026$ ($p<0,05$), y en los factores de los servicios de salud, la dificultad en conseguir turnos con una diferencia significativa de $p=0,018$ ($p<0,05$) la demora en la entrega de resultados del PAP con un $p=0,014$ ($p<0,05$). Conclusión: El nivel de conocimiento inadecuado, sentir vergüenza, la dificultad para conseguir turnos y la demora en la entrega de resultados se asocian a la no adherencia a la prueba del PAP (26).

Caqui M. en el año 2018, realizó un estudio que determinó los factores socioculturales relacionados con la asistencia para realizarse el PAP en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, donde se encontró que los factores sociodemográficos: la edad ($p:0.002$), el estado civil ($p:0.019$), el lugar de nacimiento ($p:0.042$), la paridad ($p:0.002$), el número de parejas sexuales ($p:0.015$) son significativos. Los factores Cognoscitivos referentes al nivel de conocimiento no se relaciona para la asistencia a practicarse el PAP ($p: 0,184$). De los factores familiares, que la pareja anime ($p=0.017$), y la automotivación ($p=0.000$) son significativos. De los factores Culturales: la vergüenza ($p=0.000$) y el temor al resultado positivo ($p=0.000$) son significativos. En cuanto a la periodicidad para la toma del PAP: el 51% se practicaron cada dos o tres años y, el 30 % cada año (27).

Garrido A. en el año 2019, realizó una investigación titulada, factores de riesgo asociados al rechazo de la toma de muestra de Citología Cervical en el Hospital Jorge Reátegui Delgado. El valor p se consideró estadísticamente significativo si es $<0,05$. Se halló que el grupo etario que se rehusó al PAP fue el grupo entre 30 – 39 años y las que admitieron el PAP están entre los 40 – 49 años. Para ambos grupos su lugar de origen fue el urbano y el grado de instrucción el secundario, no se encontró diferencias estadísticamente significativas. El 74.6% tienen conocimiento no adecuado y rechazan el PAP el rechazo es 2.2 veces más probable en este tipo de pacientes. Referente a los factores de los servicios de salud el rechazo es 2.02 ($p=0,04$, IC [0.93 – 4.38]) veces más probable cuando se percibe una mala atención y 2.75 ($p<0.01$, IC [1.23 – 6.16]) veces más probable cuando se agotan los turnos (28).

Salinas Z. En el año 2017 realizó un estudio para determinar los factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de PAP en las usuarias del hospital San Juan de Lurigancho de junio a julio, 2017. Resultados: Referente a los factores personales se encontró: La pareja está de acuerdo para que se practique la prueba ($p=0.000$), la pareja

sugiere solicitar su resultado ($p=0.001$) y que la mujer recuerde realizarse el PAP ($p=0.000$). Además, no se asoció el estado civil, e ingreso económico, la ocupación, el grado de instrucción, el conocimiento sobre el PAP, la vergüenza y el temor a los resultados. Referente a los factores institucionales que se asociaron a la decisión de realizarse el PAP se encontró: el tiempo de espera para conseguir una cita es aceptable ($p=0.012$) y que el personal de salud informe de la importancia del PAP ($p=0.001$). Por el contrario, no se demostró asociación con el tiempo de espera para recibir la atención, el ambiente privado, limpio, ordenado y cómodo, trato del personal y la entrega de resultados (29).

Iglesias N. En el año 2017 realizó un estudio titulado, determinantes Sociales y Culturales Asociados a la Asistencia al Tamizaje De Cáncer de Cérvix en Mujeres de 20 a 49 Años Centro de Salud Aranjuez. Distrito Trujillo. 2017. Con este estudio se pretende identificar si, el nivel educativo, el nivel de ingresos, y el nivel de conocimientos están asociados a la asistencia al PAP, en mujeres de 20 a 49 años de edad que acuden al Centro de Salud Aranjuez. Los resultados se concluyen que no existe asociación entre el nivel educativo y el nivel de ingresos con la asistencia al tamizaje de CACU, pero si se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la asistencia al Tamizaje de CACU ($P = 0,0001$), donde el 48% tuvo un nivel de conocimiento bueno; y encontró que el tiempo transcurrido de la última toma de PAP fue menor o igual a 3 años en el 57,1% (30).

2.2.Marco doctrinal

2.2.1. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino.

Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 1013-2016/MINSA Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones

Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer.
Lima 2017 (31).

2.2.2. Directiva Sanitaria N° 085 – MINSA – 2019 – DGIESP Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ (32).

2.2.3. Decreto Supremo N° 004-2022-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. El Peruano Diario Oficial del Bicentenario (33).

2.2.4. Teoría del Autocuidado de la Salud

La base teórica que le da sustento científico al presente trabajo de investigación es la Teoría del Autocuidado, sostenido por la teorista norteamericana Dorothea Orem, guía de gran difusión y aplicación en nuestra época. Define al autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza la persona para sí misma, un supuesto es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y esta práctica de autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; estas primeras prácticas aprendidas en el seno de la familia, la escuela y nuestro entorno; se transforman en buenos hábitos que contribuyen a la salud y al bienestar. Todas estas actividades medidas por la voluntad, actos deliberados y racionales realizados muchas veces sin darnos cuenta, forman parte de la rutina diaria (34).

2.2.5. Autocuidado y cáncer cérvico uterino

Los principios fundamentales para el autocuidado toman en cuenta aspectos del individuo como, la autosuficiencia, el empoderamiento, la autonomía, la responsabilidad personal y la autoeficacia.; en la comunidad, por ejemplo, la participación, la

colaboración y empoderamiento. El autocuidado es la capacidad de las personas, de las familias y de las comunidades para promover la salud, evitar las enfermedades, conservar la salud y enfrentar a las enfermedades y prevenir las discapacidades con o sin el soporte de un profesional de la salud (35) .

El autocuidado relacionado a la prevención del cáncer cérvico uterino, son cada una de las acciones que las mujeres deciden realizar para controlar el riesgo de contraer esta enfermedad. Estas actividades lo podrán incluir en los diferentes espacios de su vida cotidiana, con el propósito de conservar una buena salud física, mental y conseguir vivir más años en buena salud. Cada individuo debe comprometerse constantemente para mejorar la calidad de vida, para esto, el personal de salud debe considerar estrategias de promoción y prevención de esta enfermedad, con el fin de instruir a la mujer para desarrollar el cuidado de su persona (35).

Entre las actividades de autocuidado para prevenir el cáncer cérvico uterino mencionaremos: Realizarse un tamizaje para cáncer cérvico uterino en forma regular, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, retrasar el inicio de las relaciones sexuales, de esta manera se reduce el riesgo de contagio con el VPH, evitar la promiscuidad. Se considera importantes otras medidas como: Una alimentación adecuada y balanceada, evitar el consumo de tabaco, medidas higiénicas, ejercicio y actividad física, manejo del estrés, habilidades para resolver problemas interpersonales, manejo adecuado del tiempo libre, recreación y buena práctica del autocuidado para prevención de las enfermedades (35).

Esta teoría abarca los mismos principios que serán tomados y analizados en esta investigación para poder replantear estrategias teniendo en cuenta este enfoque

intercultural, para que de esta forma se pueda promover una cultura de autocuidado en las mujeres cajamarquinas relacionándolas con actividades preventivas de salud (34).

2.3.Marco conceptual

2.3.1. Historia natural de la infección por el VPH y el cáncer de cuello uterino

Se dice que el precursor directo del CACU es la displasia de alto grado, que durante un período de hasta 10 años puede progresar a CACU. Los casos de menor grado se presentan en las mujeres menores de 34 años y la mayoría de ellos presentan regresión. Los casos prevalentes son menos propensos a la regresión y con riesgo de desarrollar cáncer con la presencia de infección con VPH persistente o detectable. Pasados los 40 años, con picos cerca a los 50 años el CACU se desarrolla con mayor frecuencia. La displasia severa por lo general es detectable hasta 10 años antes que se inicie el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años (36).

2.3.2. Cáncer de cuello uterino

También llamado cáncer cérvico uterino (CACU), es una alteración celular que se origina en las células que revisten el cuello uterino, siendo las principales las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en la zona de transformación, las células normales se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. El cérvix uterino es una zona con gran accesibilidad favoreciendo el diagnóstico, tratamiento y estudio celular y tisular y la investigación de la naturaleza de las lesiones malignas (37).

Aunque el cáncer cervical se origina de células con cambios pre cancerosos, sólo algunas de las mujeres con pre cáncer de cuello uterino padecerán de cáncer. Toma varios años para que un pre cáncer progrese a cáncer de cuello uterino; sin embargo, en algunos casos esto puede ocurrir en menos de un año. En la mayoría de las mujeres, las células

precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Aun así, en algunas mujeres los pre cánceres se convierten en cánceres invasivos con síntomas como sangrado vaginal anormal, secreción vaginal inusual y dolor durante las relaciones sexuales. El tratamiento de todos los pre cánceres cérvico uterino puede prevenir casi todos los cánceres invasivos (37).

2.3.3. La infección por el VPH

El VPH se ha convertido en la ITS más común a nivel mundial, en los adultos jóvenes y en los adolescentes. En la actualidad se han definido más de 100 tipos de VPH y se los ha determinado por grupos y regiones, los más frecuentes encontrados en las células del CACU, son los de alto riesgo. A nivel mundial la mitad de todos los cánceres presentan el sub tipo 16 siguiéndole en frecuencia el sub tipo 18, ocasionando el 70% de la ocurrencia de CACU en todo el planeta, y siguiendo en frecuencia los VPH 31 y 45 (31).

Infectarse con el VPH de alto riesgo puede ocasionar una displasia, habitualmente de bajo grado para luego de meses o años la mayoría esta displasia experimenta una regresión o no avanza, en jóvenes portadoras de infecciones transitorias. Suelen desaparecer sin tratamiento, aproximadamente el 90% al final los dos años. Un porcentaje pequeño de casos puede permanecer y evolucionar a cáncer, siendo menos comunes las lesiones de alto grado, y pueden manifestarse por una progresión de las displasias de bajo grado, o directamente de la infección persistente por VPH. Algunas de estas lesiones de alto grado pueden experimentar regresión especialmente si se trata de mujeres jóvenes y otras progresan a carcinoma invasor entre 10 y 20 años, indicando que este tipo de cáncer sea una enfermedad relativamente fácil de detectar, siendo la razón primordial del tamizaje para cáncer cérvico uterino (36).

2.3.4. Factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer del Cuello Uterino

El factor de riesgo más importante del CACU es la infección por el VPH. Varios factores relacionados con antecedentes y conducta sexual favorecen el origen del cáncer cérvico uterino. Se considera en este caso, el inicio precoz antes de los 15 años, la edad y el número de parejas sexuales que una mujer tiene, múltiples parejas sexuales, exposición a las infecciones de transmisión sexual como son el Herpes, la Chlamydia, Citomegalovirus entre otros. Además de la existencia de esos factores tener una depresión del sistema inmune por infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el uso crónico de esteroides. También aumenta el riesgo el uso de alcohol, tabaquismo y drogas aunado a la mala condición socioeconómica de pobreza e higiene, la desnutrición y deficiencia de micronutrientes. La edad temprana del primer parto, la multiparidad y el factor masculino considerado como un varón de riesgo (36).

2.3.5. Prevención del cáncer del cuello uterino

- **Prevención Primaria:**

Vacuna contra el virus del Papiloma humano

Se tiene tres tipos de vacunas contra el VPH: La tetravalente y la bivalente, altamente efectivas para los VPH 16 y 18 causantes de la mayoría de los CACU. La tetravalente también efectiva contra VPH 6 y 11 asociados a verrugas genitales y la tercera vacuna es la monovalente que protege contra VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado. Con el fin de fortalecer las defensas de una persona infectada, se ha intentado elaborar una vacuna terapéutica, con el propósito que el cáncer regrese o desaparezca (31).

Además, la prevención primaria debe complementarse reduciendo los factores de riesgo descritos anteriormente, en todos los niveles del sistema de salud, con énfasis a la población de adolescentes, informándoles que las prácticas preventivas para

reducir el riesgo de exposición a las ITS o al VIH y otras relacionadas con el VPH sobre todo con el uso de condones masculinos o femeninos, pueden no ser tan eficaces para prevenir la infección por VPH (18).

- **Prevención secundaria**

El CACU evoluciona en forma lenta y rara vez se presenta antes de los 30 años de edad. Al tamizar mujeres jóvenes se encontrarán muchas lesiones que no se convertirán en cáncer dando lugar a tratamientos no necesarios ni eficaces en relación al costo, por este motivo se recomienda la detección precoz tamizando a partir de los 30 años seguidas con el tratamiento de las lesiones pre malignas encontradas permitiendo prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino. La implementación de las recomendaciones se implementará de acuerdo a la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; como métodos de tamizaje se usan las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA (18).

Citología cervical, frotis cervical o Papanicolaou (PAP)

Llamada así en honor a Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer. Desde su introducción hace más de 50 años, ha sido utilizada en todo el mundo para identificar lesiones precancerosas, para su posterior tratamiento o seguimiento. El uso rutinario del PAP contribuyó a una reducción entre el 70% y el 80% de la incidencia de cáncer de cuello uterino en los países desarrollados desde la década de 1960 (38).

La muestra para citología se obtiene con espéculo, y con la iluminación adecuada se visualiza toda la superficie del cuello uterino, usando un cepillo o espátula se transfiere la muestra, a un portaobjeto y se sumerge completamente en un recipiente abierto conteniendo alcohol de 70° o 96°, el tiempo mínimo de fijación es

de 15 o 30 minutos respectivamente, luego se embala adjuntando la orden de citología. En el laboratorio se termina el procedimiento con una coloración especial para observar las células bajo un microscopio (39).

Se debe cumplir con las siguientes condiciones para realizarse el PAP, 24 horas antes no haberse realizado duchas vaginales, no usar cremas vaginales, no tener relaciones sexuales 2 días antes, no debe estar menstruando, no tener flujos abundantes o inflamación severa. La sensibilidad del PAP se valora aproximadamente al 50%, es recomendable que la lectura de las muestras lo realice personal entrenado (37).

La Sociedad Estadounidense del Cáncer (American Cancer Society) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force) actualizaron sus recomendaciones y señalaron las siguientes pautas para los exámenes de detección: Todas las mujeres deben tener una prueba de Papanicolaou dentro de sus tres primeros años de iniciadas las relaciones sexuales o a los 21 años de edad la frecuencia de la prueba del PAP, mientras que, las mujeres que tienen alto riesgo deben tener examen citológico anual (37).

Las mujeres deben someterse cada tres años a la prueba de PAP convencional o de base líquida. Las mujeres de 30 años en adelante que han tenido tres pruebas consecutivas con resultados normales de papanicolaou, pueden hacerse exámenes de detección cada tres años. En el caso de las mujeres que les realizaron histerectomía y se conserva el cérvix, se deben realizar el papanicolaou según indicación por especialidad y de menor a igual a tres años. Las mujeres de 65 años en adelante pueden dejar de hacerse estos exámenes de detección si los tres exámenes previos

fueron normales y si no hubo resultados anormales en las pruebas en los 10 años previos (37).

- **Inspección visual con Ácido Acético (IVAA)**

El ácido acético usado es al 5%, se aplica en el cuello del útero luego de visualizarlo con un espéculo, si durante este método el epitelio es anormal (displásico) se torna blanco fácilmente detectable. La sensibilidad del IVAA se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas, dependiendo del entrenamiento y práctica del profesional que realiza la inspección. El IVAA tiene las siguientes ventajas: Por su sencillez del procedimiento se puede entrenar al personal de salud, es el menos costoso, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retorno para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia cuando se usa la estrategia “VER Y TRATAR”(40).

- **Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano:** Se ha demostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el PAP y la IVAA. Una limitación para estas pruebas moleculares puede representar el costo, a la vez actualmente existen pruebas moleculares del VPH más económicas, pudiendo ser manejadas por personal con un adiestramiento mínimo. Además, las muestras colectadas por la misma usuaria, (auto toma) puede mejorar la cobertura significativamente y también ha demostrado tener una buena aceptación por las mujeres. Se recomienda el uso de estas pruebas a partir de los 30 años, con el fin de encontrar infecciones por VPH que persisten, asociadas a cáncer cervical, es parte de la estrategia “TAMIZAR y TRATAR” obteniendo resultados excelentes. Otra opción para el despistaje es la detección del ADN de VPH de alto riesgo (41).

- **Colposcopia:** Para este procedimiento es necesario un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) que proporciona una vista iluminada y amplificada de la vulva, vagina y del cuello uterino. La valoración se fundamenta en que las lesiones premalignas y malignas del epitelio tienen propiedades macroscópicas específicas vinculadas con patrón vascular, color y contorno, reconocibles por colposcopia. La visualización mejorada permite distinguir áreas anormales y adquirir biopsias dirigidas de tejido sospechoso. Su sensibilidad es de 70-80% para las lesiones de alto grado. El principal propósito de la colposcopia es encontrar lesiones cancerosas y precancerosas con el fin de que puedan ser tratadas tempranamente. Además, se recomienda la estrategia de “VER Y TRATAR”, usando crioterapia siempre que sea posible (12).

En el enfoque de “TAMIZAJE y TRATAMIENTO” o “VER Y TRATAR”, la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje positiva, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva (12).

Este enfoque reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el retraso de inicio del tratamiento de las mujeres. En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años. En las mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años. En mujeres, VPH positivas con colposcopia negativa, se realizará un control al año con una nueva prueba molecular para VPH acompañada de una nueva IVAA (12).

2.3.6. Tamizaje

El concepto de tamizaje se refiere a una intervención de salud pública o evaluación masiva dirigida a una población destinataria o sujetos asintomáticos, respecto de una patología específica y antes que ellos consulten espontáneamente. Desde un punto de vista teórico, esta acción médica se justifica en cuanto la enfermedad a diagnosticar repercuta significativamente en la vida de quienes la padecen, tenga una prevalencia importante, presente un tratamiento efectivo y cuente con un método de diagnóstico eficiente de alta sensibilidad (40).

Por otro lado, el objetivo de tamizar no es diagnosticar una enfermedad, sino reconocer a los individuos con mayor probabilidad de tener la afección o un precursor de la misma. Todas las morbilidades no se prestan para un programa de tamizaje. Se debe considerar los siguientes criterios para establecer si una enfermedad es apropiada para un programa de tamizaje:

- La enfermedad debe tener graves consecuencias.
- La enfermedad debe tener una fase preclínica detectable y no presenta síntomas.
- El tratamiento de la fase preclínica de esta morbilidad debe contribuir favorablemente en la evolución a largo plazo y el pronóstico de la morbilidad que es objeto de tamizaje.
- Si el resultado de este tamizaje es positivo, debe haber tratamiento disponible y accesible.
- Las pruebas de tamizaje, la evolución natural, y las alternativas de tratamiento del precáncer cervicouterino cumplen con estos criterios. (42)

2.3.7. Tamizaje de cáncer cervicouterino:

Los programas de prevención del cáncer cérvico uterino tienen como fin tamizar a la mayor proporción posible de mujeres previstas por el programa nacional y garantizar un tratamiento apropiado para todas las que tengan un resultado positivo o anormal en las pruebas (42).

2.3.8. Factores que condicionan la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino

En las últimas décadas diferentes países han puesto en marcha programas de lucha contra el cáncer cérvico uterino, algunos han logrado disminuir significativamente la incidencia y la mortalidad, en cambio otros países no, manteniéndose estas constantes o en aumento. Se puede mencionar los principales factores que impidieron la marcha de estos programas:

- La falta de concientización del cáncer cérvico uterino como un problema de salud.
- Mitos y creencias que impiden el abordaje de las enfermedades del aparato genital.
- Falta de importancia de la salud reproductiva por parte de las mujeres.
- Factores económicos.
- Factores institucionales como una infraestructura deficiente, sistema sanitario mal organizado (42).

2.3.9. Factores personales

Los factores personales son las características y atributos individuales, que a nivel social, cultural y emocional que van a intervenir en sus acciones y en el proceso de

la toma de decisiones de un individuo; estos factores identificados dentro de un individuo, son únicos para cada persona, entre ellos encontramos a (43) :

- **Edad:** Se refiere al tiempo que una persona ha vivido o a las etapas de vida de una persona. Fisiológicamente, la edad, para el tamizaje de CACU es importante por los cambios que sufre la zona de transformación del cuello uterino tanto en la unión escamo columnar como en la zona de transformación, siendo en esta última zona donde ocurren el 90% de los cambios anormales (44).

Las recomendaciones de la OMS, acerca de la edad prevista para el tamizaje de CACU se basan en información científica disponible, de la evolución natural del VPH y de las lesiones. El mayor beneficio del tamizaje de cáncer cervicouterino para prevenir el CACU, es en las mujeres entre los 30 y los 49 años de edad, aunque se haga una sola vez, permitirá reducir defunciones por cáncer cérvico uterino, pero esto se podría hacer extensivo a edades más tempranas si hay datos científicos de alto riesgo de neoplasia intraepitelial cérvico uterina (9).

- **Edad de inicio de relaciones sexuales**

Es importante porque la edad de la primera relación sexual se vincula con el desarrollo de neoplasias cervicales, el riesgo aumenta hasta 1.5 veces si la relación sexual inició entre los 18 y 20 años y puede duplicarse si el inicio es menor a los 18 años. (32)

- **Número de parejas sexuales**

Algunos comportamientos que también pueden aumentar el riesgo de exposición al VPH y por lo tanto de cáncer cervicouterino son tener múltiples parejas sexuales, o compañeros íntimos con múltiples parejas sexuales, se tiene que el riesgo se duplica con 2 parejas sexuales y aumenta hasta 3 veces más con 6 a más parejas sexuales. (45)

- **Uso de anticonceptivos**

Las mujeres que han usado anticonceptivos orales por el tiempo de 5 años o más tienen un riesgo mayor de CACU, en comparación con aquellas que nunca usaron anticonceptivos orales. Un estudio encontró un riesgo aumentado en 10 % por menos de 5 años de uso; un 60 % de riesgo aumentado por 5 a 9 años de uso, y el doble de riesgo por 10 o más años de uso. No obstante, se ha encontrado que el riesgo de cáncer de cuello uterino disminuye con el tiempo después que las mujeres dejan de usar los anticonceptivos orales. (46)

La planificación familiar es una estrategia que ayuda a las familias a lograr un mejor nivel de vida, permitiendo que la pareja decida, el número de hijos que desean tener y cada cuánto tiempo, mediante el uso de diferentes técnicas anticonceptivas con eficacia y mecanismos de acción diferentes. Es importante mencionar que, el único método que puede evitar embarazos y proteger de infecciones de transmisión sexual son los preservativos (47).

- **Conocimiento sobre el tamizaje:**

La evidencia científica muestra que tener conocimiento acerca del cáncer cérvico uterino y su prevención está relacionado a la participación de las mujeres en los programas de tamizaje. Es importante aumentar el nivel de conocimiento de la población acerca de las actividades de prevención del cáncer cérvico uterino para contribuir a mejorar la adherencia de las mujeres al tamizaje (48), (49).

2.3.10. Factores Sociales

Los factores sociales, son todas las influencias externas del entorno que afectan a los seres humanos en su conjunto, recibidos en el lugar y en el espacio donde se encuentren; puede ser en círculos cercanos como la familia, amigos, compañeros de

trabajo, comunidad próxima y que impactan en lo que pensamos y sentimos. Es importante reiterar que debemos identificar a nivel local estas barreras sociales de salud relacionadas con la posibilidad de tener un mayor acceso a las pruebas de tamizaje cérvico uterino, las barreras sociales juegan un rol importante y hacen que las mujeres no puedan participar de las actividades, sobre todo de prevención primaria y secundaria que el ministerio de salud ha desarrollado para prevenir el cáncer cérvico uterino (50).

Los factores sociales son los que determinan los patrones de comportamiento de los individuos frente a la salud y a la enfermedad, en la adopción de hábitos beneficiosos o perjudiciales para su salud, estos pueden ser: (51)

- **El estado civil**

Es la situación personal relacionada con las leyes o hábitos referente al matrimonio o convivencia que existen en el país. El estado civil, es una característica, que se considera en todo censo poblacional, por el valor que tiene en la formación y desaparición de la familia, considerada como base fundamental en la que se sustenta la sociedad de un país. Comprende las categorías siguientes: Conviviente, separada, casada, divorciada, viuda, soltera. (52)

- **El nivel de instrucción**

El nivel de instrucción de una persona consiste en el grado más avanzado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han culminado o están incompletos.

La educación es un proceso de enseñanza y de aprendizaje que se desarrolla durante las etapas de la vida que contribuye a la formación integral de las personas, al desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad. En el Sistema Educativo Peruano la Ley General de Educación se organiza en los siguientes niveles: Inicial, primaria, secundaria, superior no universitaria,

superior universitaria. Se desarrolla en instituciones educativas y en distintos ámbitos de la sociedad. (53)

La educación superior es un factor primordial para la disminución de las desigualdades sociales y, por tanto, en la construcción de justicia social, disminuir las brechas de inequidad sanitaria existentes en el país, que, a la larga, es la que conlleva a la mujer a formar parte de la incidencia del CACU. (54)

- **La ocupación**

Es la actividad principal del ser humano, con la finalidad de producir un bien, o la prestación de un servicio, que da lugar a una realidad objetiva, que es exterior e independiente del sujeto, y es socialmente útil para la satisfacción de una necesidad. Entre las categorías de ocupación se tiene: Ama de casa, trabajadora dependiente o independiente, empleada, obrera, trabajadora del hogar. (52)

- **El lugar de residencia**

Es el lugar donde vive una persona, para el caso de ser urbana se presentan viviendas aledañas que habitualmente son capitales de un distrito, por el contrario, el área rural se entiende como el territorio que se extiende desde los centros poblados de las capitales hasta los límites externos del distrito. Una revisión sistemática en el año 2021 en el cual se revisó estudios que evaluaron la influencia del lugar de procedencia urbano o rural, encontrando que el más bajo nivel de aceptación de realizarse un tamizaje en cáncer de cérvico uterino provenían de áreas rurales. (55)

- **Cuenta con un seguro de salud**

El Sistema Integral de Salud (SIS) es una entidad administradora de fondos de aseguramiento en salud, que se ocupa de velar por la salud de los peruanos principalmente

de los que se encuentren en situación de pobreza y pobreza extrema. Los beneficiarios de este tipo de seguro no deben contar con el seguro de ESSALUD, Fuerzas Armadas, seguros particulares u otros.

En Perú, a través de la ENDES para determinar la influencia del tipo de seguro en la realización del tamizaje para cáncer cérvico uterino en mujeres de 30-49 años se obtuvo que la mayoría de este grupo que no se realizó un PAP no tenían seguro o pertenecían a un seguro público. (56)

2.3.11. Factores institucionales

Son aquellos elementos relacionados al funcionamiento de los sistemas de salud contando con la normativa vigente y organizacional, además la tecnología y equipamiento adecuado, disponibilidad de recursos humanos capacitados, con ética y profesionalismo, brindando atenciones con buen trato sin discriminación, respetando los derechos humanos, una atención con calidad, calidez e interculturalidad, generando confianza de los pobladores en los sistemas de salud y por ende la población tomará conciencia del estado de su salud, entre ellos podemos mencionar: (57)

- **Personal de salud:** Se refiere a las personas con estudios superiores en área de salud, es fundamental resaltar el compromiso respecto a la atención que brinda el profesional de salud quien tome la prueba, la orientación y consejería para que la usuaria tome la mejor decisión sin presiones por su bienestar. El buen trato es una dimensión de los principios éticos propuestos como componentes de la calidad de la atención; sin embargo, existen factores que predisponen a las deficiencias para su cumplimiento, como el exceso de procesos burocráticos, carga de trabajo para el personal (37).
- **Accesibilidad:** El derecho a la salud comprende el acceso universal y gratuito a los servicios de salud estatales, medicamentos de calidad, atención preferencial para

personas como resultado de su condición de salud, derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables, derecho a reservar datos referentes a la salud, recibir atención de emergencia en cualquier centro de salud público o privado y la no discriminación por motivo de salud. Desde una perspectiva de los derechos humanos, deben cumplir condiciones básicas como disponibilidad, accesibilidad física, económica y cultural (58).

- **Infraestructura:** Es el conjunto de obras, estructuras y otros bienes de capital, públicos destinados a brindar acceso a los servicios de salud, la ausencia de una infraestructura adecuada, así como la provisión ineficiente de servicios de infraestructura, constituyen el primer obstáculo para brindar atención de calidad y calidez que necesita una usuaria. (59)

2.3.12. Adherencia

En la literatura podemos encontrar variados conceptos que se asocian al término adherencia, entre ellos: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia, entre otros. DiMatteo y DiNicola, definen el concepto de adherencia como “una implicación activa y voluntaria de la usuaria, un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”. El déficit de adherencia es el principal motivo que no se obtengan todos los resultados que los medicamentos ofrecen, está el inicio de la complicación psicosocial de enfermedades, reduciendo la calidad de vida del paciente, aumentando la posibilidad de ser resistente a los medicamentos y se agota varias veces el recurso asistencia (60), (46).

La Organización Mundial de la Salud, define a la adherencia o apego como “El grado en que la conducta de una persona, en relación a la toma de medicación, el

seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (61)

2.3.13. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino

La adherencia al tamizaje cérvico uterino está descrita como la ejecución de al menos un tamizaje en los últimos tres años. El sistema de salud considera esta definición como la realización de este examen de tamizaje cada tres años, a partir de los 25 hasta los 64 años de edad. La OMS lanzó la estrategia 90-70-90 en el año 2020, que significa que el 90% de la población reciba la vacuna para el VPH antes del inicio de la actividad sexual, el 70% de las mujeres se realicen un tamizaje de alta calidad para detección del PVH al menos 2 veces en su vida, por último, el 90% de las mujeres con resultados alterados reciban un tratamiento y seguimiento adecuado (80).

Dada la definición establecida, la variable en estudio puede tomar dos posibles resultados, con sus respectivas categorías (62)

Se considera adherencia al tamizaje: Si la usuaria se realiza un tamizaje en el Sistema público o el sistema privado de atención y que este se haya realizado cada tres años o en menos de tres años. (62)

Se considera no adherencia al tamizaje: Si la usuaria no se ha realizado un tamizaje a lo largo de su vida o si se ha realizado este tamizaje hace más de tres años. Para fines de cálculo de cobertura a nivel nacional, y dado que no existe un registro nacional, éste último grupo es considerado población no adherente (62).

2.4. Definición de términos básicos

2.1.1. Factores

Se refiere a los elementos, circunstancias, influencias que contribuyen, condicionan o no a una situación, convirtiéndose en los causantes de producir un resultado o modificación a los acontecimientos. (62)

2.1.2. Factor de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer. Cada tipo de cáncer tiene diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición de la piel a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. Asimismo, fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer. Tener uno o varios factores de riesgo, no significa que se padecerá la enfermedad. (62)

2.1.3. Usuaría:

En salud se refiere a la persona que tiene derecho a usar un servicio de salud privado o público. Puede solicitar el servicio de salud cuando tiene un problema agudo, crónico o cuando solicita atenciones preventivas en los consultorios externos de los establecimientos de salud como es inmunizaciones, anticonceptivos, atención prenatal o la prueba de tamizaje para cáncer cérvico uterino. (63)

CAPÍTULO III

PLANEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Hi: Los factores personales, sociales e institucionales condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino.

Ho: Los factores personales, sociales e institucionales no condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino.

3.1. Variables

3.1.1. Variables Dependientes

- Adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino

3.1.2. Variables Independientes

- **Factores que condicionan la adherencia**
 - **Factores Personales**
 - **Factores sociales**
 - **Factores Institucionales:**

3.2. Operacionalización/ categorización de los componentes de las hipótesis

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA FINAL DEL INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN E ÍTEM	TIPO DE VARIABLE
Variable dependiente: Adherencia al tamizaje de CACU	La adherencia al tamizaje cérvico uterino esta descrita como la ejecución de al menos un tamizaje en los últimos tres años. El sistema de salud considera esta definición como la realización de este examen de tamizaje cada tres años (47).	Para el presente estudio, el término adherencia al tamizaje de CACU, se tendrá en cuenta si la usuaria se practicó el tamizaje hace tres años o menos de tres años (48).	Adherencia al Tamizaje del cáncer cérvico uterino	Porcentaje de adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino	Tamizaje ≤ de 3 años (adherencia)	Cuestionario 1 Ítem 2	Nominal
					> de 3 años (No adherencia)	Cuestionario 1 Ítem 2	
Variables Independientes: Factores Que Condicionan El Tamizaje	Son circunstancias que pueden o no condicionar a una situación, convirtiéndose en los causantes de la modificación de los acontecimientos (45).	Para este estudio los factores se dividirán en tres dimensiones y serán datos que se obtendrán mediante la entrevista al aplicar el cuestionario (anexo 1)	Factores Personales	Edad	30 a 39 años	Cuestionario 1 Ítem 3	Ordinal
					40 a 49 años		
					50 a 64 años		
				Edad de inicio de relaciones sexuales	≤ 17 años	Cuestionario 1 Ítem 4	Ordinal
					De 18 a más		
				Número de parejas sexuales	Una pareja	Cuestionario 1 Ítem 5	Ordinal
					De 2 a más		
				Uso de anticonceptivos	Si	Cuestionario 1 Ítem 6	Nominal
					No		
				Número de hijos	Menos de 2	Cuestionario 1 Ítem 7	Ordinal
2							
3 Cuatro a más							
Persona que animó para practicarse el tamizaje	Personal de salud	Cuestionario 1 Ítem 8	Nominal				
	Familiar						
	Decisión propia						
	Obstetra varón	Cuestionario 1	Nominal				

				Quién prefiere que le realice el tamizaje	Obstetra mujer	Item 9	
					Indiferente		
				Conocimiento acerca del tamizaje	Malo	Cuestionario 1 Item 10 al 15	Ordinal
					Regular		
					Bueno		
				Estado Civil	Casada	Cuestionario 1 Item 16	Nominal
					Conviviente		
					Separada		
				Nivel de instrucción	Sin instrucción	Cuestionario 1 Item 17	Ordinal
					Primaria		
					Secundaria		
					Superior		
				Ocupación	Ama de casa	Cuestionario 1 Item 18	Nominal
					Dependiente		
					Independiente		
				Lugar de residencia	Urbano	Cuestionario 1 Item 19	Nominal
					Rural		
				Religión	Católica	Cuestionario 1 Item 20	Nominal
					No católica		
				La religión que profesa le impide realizarse el tamizaje	Si	Cuestionario 1 Item 21	Nominal
					No		
				Cuenta con un seguro de salud	Con seguro	Cuestionario 1 Item 22	Nominal
					Sin seguro		
				Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud	1 – 15 minutos	Cuestionario 1 Item 23	Ordinal
					16- 30 minutos		
					31 a más minutos		
				El personal de salud le informó de la importancia del tamizaje del cáncer cérvico uterino	Si	Cuestionario 1 Item 24	Nominal
					No		
				Profesional que brindó la información acerca	Médico	Cuestionario 1 Item 25	Nominal
					Obstetra		

				del tamizaje de cáncer cérvico uterino	Otro profesional		
				Le informaron acerca de los horarios de la atención para el tamizaje	Si	Cuestionario 1 Item 26	Nominal
					No		
				Dificultades que tuvo para conseguir una cita y poder realizarse el tamizaje	Hacer cola	Cuestionario 1 Item 27	Nominal
					Ir muy temprano		
					Turnos agotados		
				Trato adecuado por parte del personal que realizó el tamizaje	Si	Cuestionario 1 Item 28	Nominal
					No		
					No		
				Tiempo aceptable para la entrega del resultado del último tamizaje.	Si	Cuestionario 1 Item 29	Nominal
					No		

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

La presente investigación se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca, en la jurisdicción del Centro de Salud La Tulpuna, establecimiento de primer nivel de atención, con categoría I-3, con una población asignada de 27,180 habitantes para el año 2018. Corresponde al sector 21, que consta de 7 barrios: La Tulpuna, Huacaloma, Miraflores, Aranjuez, Mollepampa Baja, Mollepampa Alta y Santa Elena Baja y 2 comunidades: Shucapampa y Shudal. Geográficamente se encuentra, entre las coordenadas $6^{\circ}11'40.74''$ de latitud Sur y de longitud Oeste $78^{\circ}35'59.57''$, con una altura promedio de 2,750 m.s.n.m.

El clima templado a frío, las lluvias más frecuentes entre los meses de octubre a abril y la sequía entre junio y agosto, y el resto del año se presentan precipitaciones muy esporádicas. La temperatura media es de 12° a 14° , y presenta una topografía llana y ondulada.

4.2. Tipo y diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental, de tipo descriptiva, correlacional y transversal. Es de tipo descriptiva porque se determinó el porcentaje de adherencia y los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del Cáncer Cérvico Uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca – 2018 (64)

Es correlacional porque se determinó los factores personales, sociales e institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino (65).

La investigación fue transversal, porque los datos se recolectaron en un solo momento en un tiempo único (66). Diseño no experimental, porque la investigación se realizó sin manipular las variables de estudio y solo se observaron los hechos habituales del entorno para el análisis (64)

4.3.Métodos de investigación

El método utilizado en la presente investigación es el hipotético deductivo, en este método se intenta dar respuesta al problema a través de la postulación de una hipótesis con la que se busca refutarla, deduciendo conclusiones que se confronta con los hechos encontrados (65).

4.3.1. Población

La población del estudio estuvo constituida por 962 usuarias cuyas edades fluctúan entre 30 y 64 años y que tuvieron por lo menos un examen de tamizaje para cáncer cérvico uterino; este dato se obtuvo de los registros diarios de admisión y triaje de este establecimiento de salud, de usuarias atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna-Cajamarca, durante el año 2018.

4.3.2. Muestra El tamaño de la muestra se calculó considerando la estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%; la determinación de las 158 unidades muestrales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= 962 usuarias

Z= 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0.13 (Proporción estimada de usuarias que adhieren al tamizaje de cáncer cérvico uterino)

Q= 0.87 (Complemento de P)

E= 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Aplicando la fórmula

$$n = \frac{962 \times (1.96)^2 \times (0.13)(0.87)}{(0.05)^2(962-1) + (1.96)^2(0.13)(0.87)}$$

n= 158 mujeres en edad fértil

4.3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis de la investigación estuvo constituida por cada una de las usuarias cuyas edades comprenden entre 30 a 64 años que cumplieron con los criterios de inclusión, o sea que tuvieron por lo menos un tamizaje para cáncer cérvico uterino y que son usuarias del Centro de Salud la Tulpuna durante el año 2018.

4.3.3. Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

- Usuarias que asistieron a solicitar atención a los consultorios externos de obstetricia del Centro de Salud La Tulpuna.
- Que se hayan realizado por lo menos un tamizaje para cáncer cérvico uterino y que su edad comprende entre 30 y 64 años.
- Usuarias que aceptaron su participación voluntaria en la investigación.

- **Criterios de exclusión**

- Usuarias que nunca se practicaron un examen de tamizaje para cáncer cérvico uterino.
- Usuarias con antecedentes de histerectomía.
- Usuaria que tengan como diagnóstico cáncer cérvico uterino u otra patología a nivel de cérvix del útero.

- Mujeres menores de 30 años.
- Mujeres mayores de 64 años.

4.3.4. Muestreo

La selección de la muestra estadística fue el muestreo por conveniencia, se eligió a las usuarias de acuerdo a la facilidad de acceso y su disponibilidad para formar parte de la muestra (67).

4.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

La recolección de datos se realizó durante el año 2018, en el Centro de Salud La Tulpuna. La técnica de recopilación de la información fue la entrevista, se aplicó un cuestionario elaborado por la investigadora, el cual contó con los contenidos y criterios necesarios para medir las variables establecidas de acuerdo a los objetivos del presente trabajo de investigación.

Descripción del instrumento

El instrumento utilizado fue el cuestionario (Anexo 1), estructurado en 5 secciones con respuestas para marcar y otras de carácter dicotómico; y en cuyo encabezado explica la pretensión del estudio y se describe de la siguiente manera:

La primera sección constituida por 2 ítems, que permitió indagar sobre la adherencia al tamizaje, al preguntar cuándo se practicó el último tamizaje de cáncer cérvico uterino, las respuestas determinaron si la usuaria formaría parte o no de la muestra.

La segunda sección incluyó los factores personales que constó de 7 ítems, se consideró la edad, edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales,

el uso de anticonceptivo, el número de hijos, persona que le animó para practicarse el tamizaje, quién prefiere que le realice el tamizaje.

La tercera sección estuvo comprendida por los conocimientos de las usuarias acerca del tamizaje de Cáncer Cérvico Uterino, constó de 6 preguntas (Anexo 3) Cada pregunta tuvo un valor máximo de 3, y según los resultados calificó a la usuaria con conocimiento: malo si los valores se encontraban entre 0 a 6, regular si los valores se hallaban entre 7 a 12 y si su calificación oscilaba entre 13 a 18 su conocimiento fue bueno.

La cuarta sección consideró a los factores sociales, que constó de 8 ítems como son el estado civil, el grado de instrucción, la ocupación, el lugar de residencia, la religión, la religión que profesa le impide realizarse el tamizaje para cáncer cérvico uterino, si cuenta con seguro de salud, tiempo que le demora llegar al establecimiento de salud.

La quinta y última sección se refiere a los factores institucionales donde se consideró 8 ítems. Se averiguó si la usuaria: ha recibido información acerca de la importancia del tamizaje para el cáncer cérvico uterino, que profesional de salud le brindó información acerca del tamizaje de cáncer cérvico uterino, sobre los horarios para la toma del tamizaje, cuáles fueron las dificultades que tuvo para conseguir una cita para realizarse el tamizaje, el trato brindado a la usuaria por parte del personal que brinda la atención fue adecuado, recibió el resultado del último tamizaje, el tiempo que demora la entrega del resultado del tamizaje.

Es necesario indicar que la aplicación del cuestionario lo realizó la investigadora a cada una de las participantes, con el fin de cumplir con el plan de recolección de datos considerando el tiempo asignado a esta actividad, de 12 a 15 minutos por entrevista. El abordaje se realizó a las usuarias que se encontraban en la sala de espera de los

consultorios externos de obstetricia, se aplicó la encuesta a aquellas usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado.

Para obtener la validez del instrumento se realizó mediante Juicio de expertos logrando un coeficiente de validez de 0,90 (Anexo 8), elaborado por cinco profesionales Obstetras con grado de maestría, que poseen competencias en la estrategia en salud sexual y reproductiva y estrategias en gestión y gerencia de salud. Para la confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto a un total de 12 usuarias con características, personales y sociales similares cuyo valor final aplicando la prueba de Alfa de Cronbach fue 0.849 (Anexo 4) para la adherencia al tamizaje, y 0,834 (Anexo 5) para el conocimiento del tamizaje, lo que indica que el cuestionario fue confiable.

4.5.Procedimiento para la recolección de los datos

Para realizar el presente estudio, primeramente, se solicitó la autorización de la Jefatura del Centro de Salud La Tulpuna, dando a conocer el objetivo del estudio, y también las actividades a realizarse para la presente investigación. La recolección de datos se realizó durante el año 2018. Las usuarias que formaron parte de la muestra participaron voluntariamente y en forma anónima; firmaron el consentimiento informado, así mismo se garantizó a las usuarias la confidencialidad de la información brindada, con la finalidad de obtener información veraz. Se entrevistó a las usuarias que solicitaron la atención en los consultorios externos de obstetricia, fueron las que se realizaron un tamizaje para cáncer cérvico uterino al menos una vez en su vida, se tomó en cuenta el tiempo transcurrido desde el último tamizaje, el cual permitió clasificar a las usuarias con adherencia, si su tamizaje fue \leq a 3 años y las usuarias con no adherencia si su tamizaje fue $>$ a 3 años.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Los datos recolectados se procesaron manualmente, posteriormente se codificaron para crear una base de datos con el Software estadístico SPSS versión 26. Los resultados fueron organizados en tablas para la interpretación y análisis correspondientes. El análisis descriptivo, se hizo mediante la distribución de frecuencias y la presentación de los resultados en tablas estadísticas. Y el análisis inferencial se realizó utilizando la prueba de hipótesis del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

4.7. Matriz de consistencia metodológica

Título: Factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna Cajamarca – 2018														
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Categorías	Técnica, instrumento y fuente de recolección de datos	Metodología	Población y muestra						
<p>Problema General: ¿Cuáles son los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna Cajamarca – 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.</p>	<p>Hi: Los factores personales, sociales e institucionales condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino.</p>	VARIABLE DEPENDIENTE	Adherencia al tamizaje cérvico uterino	Tiempo transcurrido desde el último tamizaje para CACU	Entrevista – Cuestionario	<p>Métodos de investigación Descriptivo Correlacional Transversal no experimental</p>	<p>Población: Constituida por 962 usuarias cuyas edades fluctúan entre 30 y 64 años Muestra: 158 mujeres en edad fértil</p>						
			VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES	PERSONALES	Edad				Uso de anticonceptivos					
					Edad de inicio de relaciones sexuales					Número de hijos				
					Número de parejas sexuales						Persona que animó para practicarse el tamizaje			
					Quiénes prefieren que le realice el tamizaje para CACU							Conocimiento acerca del tamizaje		
					Conocimiento acerca del tamizaje								Estado civil	
					Estado civil									Nivel de instrucción
					Nivel de instrucción									
				Ocupación	Lugar de residencia									
				Lugar de residencia					Religión					
				Religión						Su religión le impide realizarse el tamizaje				
				Su religión le impide realizarse el tamizaje							Cuenta con algún tipo de seguro de salud			
				Cuenta con algún tipo de seguro de salud								Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud		
				Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud									SOCIALES	
				SOCIALES										Su religión le impide realizarse el tamizaje
Su religión le impide realizarse el tamizaje	Cuenta con algún tipo de seguro de salud													
Cuenta con algún tipo de seguro de salud		Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud												
Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud														

	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el porcentaje de adherencia al tamizaje del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. -Identificar los factores personales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. -Determinar los factores sociales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud. -Establecer los factores institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. -Determinar los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. 	<p>Ho: Los factores personales, sociales e institucionales no condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino.</p>		<p>INSTITUCIONALES</p>	<p>El personal de salud informó de la importancia del tamizaje del cáncer cérvico uterino.</p> <p>Profesional que brindó la información acerca del tamizaje de cáncer cérvico uterino</p> <p>Le informaron acerca de los horarios de la atención para el tamizaje</p> <p>Dificultades tuvo para conseguir una cita y poder realizarse el tamizaje</p> <p>El trato brindado por parte del personal que realizó el tamizaje fue adecuado.</p> <p>El tiempo es aceptable para la entrega del resultado del último tamizaje</p>			
--	---	--	--	------------------------	---	--	--	--

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

Tabla 1. Adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca-2018.

Adherencia al tamizaje de Cáncer Cérvico Uterino	N°	%
Adherencia al tamizaje (\leq a 3 años)	88	55,7
No adherencia al tamizaje ($>$ a 3 años)	70	44,3
TOTAL	158	100

En la tabla 1, con respecto a la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de salud La Tulpuna Cajamarca – 2018, se observa que, de las 158 usuarias, el 55,7% presentó adherencia al tamizaje, sin embargo, cabe resaltar que existe un 44,3% que no presentaron adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino.

Tabla 2. Factores personales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca-2018.

Factores Personales	Adherencia				X ² =	P
	Si		No			
	N ^o	%	N ^o	%		
Edad					0.04	0.9809
30 – 39	87	48	54.54	39	55.71	
40 – 49	60	34	38.64	26	37.14	
50 – 64	11	6	6.82	5	7.15	
Edad de inicio de relaciones sexuales					1.06	0.3021
≤17 años	74	38	43.18	36	51.44	
De 18 a más	84	50	55.82	34	48.56	
Total	158	88	99	70	100	
Número de parejas sexuales					0.54	0.4634
1 pareja	102	59	67.04	43	61.43	
De 2 a más parejas	56	29	32.96	27	38.57	
Uso de anticonceptivos					12.55	0.0004
No	70	28	31.82	42	60	
Si	88	60	68.18	28	40	
Número de hijos					2.47	0.4816
1	23	13	14.78	10	14.29	
2	53	28	31.82	25	35.71	
3	31	21	23.85	10	14.29	
4 a más	51	26	29.55	25	35.71	
Persona que le animó para practicarse el tamizaje					6.98	0.0305
Personal de Salud	88	53	60.23	35	50	
Familiar	30	10	11.36	20	28.57	
Decisión propia	40	25	28.41	15	21.43	
Sexo del profesional que prefiere le realice el tamizaje					0.21	0.9014
Obstetra varón	3	2	2.27	1	1.43	
Obstetra mujer	51	29	32.95	22	31.43	
Indiferente	104	57	64.78	47	67.14	
Conocimiento sobre el tamizaje					14.25	0.0008
Malo	46	15	17.05	31	44.29	
Regular	83	53	60.23	30	42.86	
Bueno	29	20	22.73	9	12.86	
Total	158	88	100	70	100	

En la tabla 2, se describen los factores personales; donde se observa en cuanto a la edad el grupo con no adherencia al tamizaje de CACU fue mayor en las usuarias con edades entre 30 a 39 años (55,71%), similar al porcentaje de las usuarias con adherencia (54,54%), se observa que no existe significancia estadística entre la edad y la adherencia al tamizaje.

Al analizar, la edad de inicio de relaciones sexuales, en las usuarias que presentaron adherencia al tamizaje de CACU, predominó el grupo de 18 años a más (55,82%) a diferencia de las usuarias que no se adhieren e iniciaron a tener relaciones sexuales más tempranamente, siendo mayor para el grupo de ≤ 17 años (51,44%).

Con relación al número de parejas sexuales, en el grupo de usuarias con una pareja sexual, el porcentaje fue mayor en las que se adhieren al tamizaje de CACU (67,04%), siendo semejante a las que no presentan adherencia al tamizaje (61,43%).

En cuanto al uso de anticonceptivos, el porcentaje mayor se encontró en el grupo que se adhieren al tamizaje (68,18%) a diferencia de aquellas que no se adhieren (60%), se encontró significancia estadística ($p=0,0004$), es decir el uso de anticonceptivos, condiciona a la usuaria para la adherencia al tamizaje de CACU.

Respecto al número de hijos, se encontró mayor porcentaje de adherencia en las usuarias que tienen 2 hijos (31,82%), siendo similar a las usuarias que no se adhieren (35,71%).

En cuanto a la persona que le animó para practicarse el tamizaje el 60,23% de las usuarias con adherencia refirieron que el personal de salud fue quien las animó, comparado con el 50% de las usuarias que no adhieren; se encontró significancia estadística ($p=0,0305$); es decir, si la usuaria es animada por el personal de salud para realizarse el tamizaje, condiciona a la usuaria para adherirse al tamizaje de CACU.

Respecto al sexo del profesional que realiza el tamizaje para el CACU, en el grupo que adhiere al tamizaje el porcentaje mayor se encontró en las que respondieron que le es indiferente quien realice el tamizaje ya sea obstetra varón o mujer (64,78%), siendo similar el porcentaje del grupo que no se adhieren al tamizaje (67,14%).

En lo que se refiere al conocimiento sobre el tamizaje del cáncer cérvico uterino, en el grupo de usuarias que presentaron adherencia al tamizaje, el porcentaje mayor les corresponde a las usuarias con conocimiento regular con el 60,23%, a diferencia del grupo de usuarias sin adherencia y con un conocimiento malo que representan el 44,29%. Se encontró significancia estadística entre la adherencia y el conocimiento regular al tamizaje ($p=0,0008$), indicando que un conocimiento regular por parte de la usuaria, condiciona la adherencia al tamizaje de CACU.

Tabla 3. Factores sociales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca-2018.

Factores Sociales	Adherencia				X ² =	P
	Si		No			
	N ^o	%	N ^o	%		
Estado civil					3.63	0.1625
Casada	25	16	18,18	9	12,86	
Conviviente	116	66	75	50	71,43	
Separada	17	6	6,82	11	15,71	
Nivel de instrucción					3.98	0.2637
Sin instrucción	6	1	1,14	5	7,14	
Primaria	63	37	42,05	26	37,14	
Secundaria	67	38	43,18	29	41,43	
Superior	22	12	13,63	10	14,29	
Ocupación					3.42	0.181
Ama De Casa	88	52	59,09	36	51,43	
Independiente	45	20	22,73	25	35,71	
Dependiente	25	16	18,18	9	12,86	
Lugar de residencia					15.34	0.0001
Urbano	143	83	94,32	50	71,43	
Rural	15	5	5,68	20	28,57	
Religión					0.41	0.5245
Católica	108	62	70,45	46	65,72	
No católica	50	26	29,55	24	34,28	
La religión que profesa le impide realizarse el tamizaje					0.79	0.3733
No	129	74	84,09	55	78,57	
Si	29	14	15,91	15	21,43	
Cuenta con un seguro de salud					6.77	0.0093
Con Seguro	99	63	71,59	36	51,43	
Ninguno	59	25	28,41	34	48,57	
Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud					3.27	0.1949
1 - 15 minutos	86	50	56,82	36	51,43	
16 - 30 minutos	64	36	40,91	28	40	
31 a mas	8	2	2,27	6	8,57	
Total	158	88	100	70	100	

En la tabla 3, se observa los factores sociales que condicionan la adherencia al tamizaje de CACU encontramos, en cuanto al estado civil las usuarias convivientes presentaron

mayor adherencia al tamizaje para CACU en un 75%, siendo similar al porcentaje de las usuarias convivientes que no presentan adherencia en un 71,43%.

En lo que se refiere al nivel de instrucción, el mayor porcentaje les corresponde a las usuarias con adherencia y con nivel de instrucción secundaria en un 43,18%; un porcentaje similar se encontró en las usuarias sin adherencia con un 41,43%.

Respecto a la ocupación de las usuarias, en el grupo de amas de casa con adherencia se observa el mayor porcentaje con un 59,09% y un porcentaje menor en las usuarias que son amas de casa sin adherencia al tamizaje con el 51,43%.

Referente al lugar de residencia; el 94,32% son las usuarias que provienen de la zona urbana que se adhieren mejor al tamizaje para CACU, a diferencia del 71,43% de las usuarias que no presentaron adherencia. Se observa, que presenta significancia estadística ($p=0,0001$), es decir, si la residencia de la usuaria es la zona urbana, condiciona la adherencia al tamizaje de CACU.

En cuanto a la religión, se encontró que en las usuarias con adherencia al tamizaje para CACU, el 70,45% son usuarias que profesan la religión católica, frente al 65,72% de las usuarias católicas que no presentan adherencia.

Cuando se preguntó, si la religión que profesa le impide realizarse el tamizaje para el cáncer cérvico uterino, el 84,09% de las usuarias con adherencia respondieron que la religión que profesan no le impide adherirse al tamizaje, frente al 78,57% de las usuarias que no se adhieren al tamizaje para CACU.

En relación al grupo de usuarias que cuentan con un seguro de salud, el 71,59% presentan adherencia al tamizaje en comparación al 51,43% de usuarias que cuentan con un seguro de salud que no se adhieren. Se encontró que existe significancia estadística

($p=0,0093$), es decir, si la usuaria cuenta con un seguro de salud, condiciona la adherencia al tamizaje de CACU.

Con relación al tiempo que le toma a la usuaria llegar al establecimiento de salud, el mayor porcentaje es de las usuarias con adherencia que les toma de 1 a 15 minutos llegar al establecimiento de salud, con el 56,82%, comparado con las que no presentan adherencia con el 51,43%.

Tabla 4. Factores institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.

Factores Institucionales	Adherencia						X ² =	P
	Si			No				
	N°	%	N°	%	N°	%		
Personal de salud informa sobre la importancia del tamizaje							8.27	0.0027
Si	93	61	69.32	32	45.71			
No	65	27	30.68	38	54.29			
Tipo de profesional que le informó del tamizaje							1.1	0.5776
Médico	15	9	10.23	6	8.57			
Obstetra	102	59	67.04	43	61.43			
Otro profesional de salud	41	20	22.73	21	30			
Información de los horarios de atención							4.49	0.034
Si	125	75	85.23	50	71.43			
No	33	13	14.77	20	28.57			
Dificultades para conseguir una cita							0.83	0.6607
Hacer cola	37	20	22.73	17	24.29			
Ir muy temprano	63	33	37.5	30	42.86			
Se agotaron los cupos	58	35	39.77	23	32.85			
El trato que recibió fue adecuado							3.12	0.0773
Si	117	70	79.54	47	67.14			
No	41	18	20.46	23	32.86			
El tiempo que demora la entrega de los resultados es aceptable							0.28	0.5943
Si	73	39	44.32	34	48.57			
No	85	49	55.68	36	51.43			
Total	158	88	100	70	100			

En la tabla 4 se describe los factores institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje para CACU, encontramos en el grupo de las usuarias que recibieron información sobre la importancia del tamizaje para CACU por parte del personal de salud el 69,32% presentaron adherencia, frente al 45,71% del grupo de usuarias que no se adhieren al tamizaje. Se observa significancia estadística ($p=0,0027$), es decir, si la usuaria está informada de la importancia del tamizaje, condiciona favorablemente la adherencia al tamizaje para CACU.

Con relación al tipo de personal que le informó acerca del tamizaje de cáncer cérvico uterino el porcentaje más alto se observa en el grupo que fue informado por la Obstetra con 67,04% en las usuarias con adherencia, en comparación con el 61,43% que no presenta adherencia.

Respecto a, si las usuarias estaban informadas del horario de atención para realizarse el tamizaje predominó el 85,23% en las usuarias que se adhieren al tamizaje comparado con las usuarias que no presentaron adherencia en el 71,43%; además se observó que presenta significancia estadística ($p=0,034$); donde podemos indicar que las usuarias informadas acerca de los horarios de atención, condiciona positivamente la adherencia al tamizaje para CACU.

En cuanto a las usuarias que presentaron dificultades para conseguir una cita, el porcentaje más alto de las usuarias que se adhieren fue el grupo que opinó que se agotaron los cupos con el 39,77% y en el grupo que no se adhieren al tamizaje estuvieron las usuarias que tiene que ir muy temprano con el 42,86%.

Referente a la pregunta sobre el trato recibido por el personal de salud que realizó el tamizaje fue adecuado, el grupo que respondió que sí, predominaron las usuarias que

presentaron adherencia al tamizaje con el 79.54%, en comparación con las usuarias que no se adhieren que representan el 67.14%.

Con relación al tiempo que demora la entrega de los resultados es aceptable, el mayor porcentaje consideró que no es aceptable en las que presentaron adherencia con el 55.68%; frente a las que no se adhieren al tamizaje con el 51.43%.

Tabla 5. Factores personales, sociales e institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.

VARIABLE	N	Adherencia				P	X ²
		Si		No			
		N°	%	N°	%		
Uso de anticonceptivos						0.0004	12.5486
No	70	28	31.82	42	60		
Si	88	60	68.18	28	40		
Conocimiento sobre el tamizaje						0.0008	14.2454
Malo	46	15	17.05	31	44.29		
Regular	83	53	60.23	30	42.86		
Bueno	29	20	22.73	9	12.86		
Lugar de residencia						0.0001	15.3364
Urbano	133	83	94.32	50	71.43		
Rural	25	5	5.68	20	28.57		
Cuenta con un seguro de salud						0.0093	6.7738
Con seguro	99	63	71.59	36	51.43		
Ninguno	59	25	28.41	34	48.57		
Personal de salud informa sobre la importancia del tamizaje						0.0027	8.27
Si	93	61	69.32	32	45.71		
No	65	27	30.68	38	54.29		
Información de los horarios						0.034	4.4925
Si	125	75	85.23	50	71.43		
No	33	13	14.77	20	28.57		
Cuando se ha realizado el último tamizaje para CACU						0.0379	4.3115
≤ de 3 años	88	56	63.6	33	47.1		
> a 3 años	70	32	36.4	37	52.9		
Total	158	88	100	70	100		

En la tabla 5 se describen a los factores con significancia estadística y se determinó los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del CACU, demostrando el objetivo general de la investigación. Estos factores son: el uso de algún anticonceptivo ($p=0,004$), conocimiento regular sobre el tamizaje ($p=0,008$), lugar de residencia ($p=0,001$), contar con un seguro de salud ($p=0,093$), haber recibido información por parte del personal sobre la importancia del tamizaje del cáncer cérvico uterino ($p=0,027$), le informaron acerca de los horarios de la atención para realizarse el tamizaje para cáncer cérvico uterino ($p=0,034$). Estos resultados son estadísticamente significativos ($p<0,05$), con un nivel de significancia de 0,05 lo que indica un 95,0% de confiabilidad. Según la aplicación de la prueba de hipótesis estadística Chi-Cuadrado, se ha cumplido con la hipótesis alternativa de la presente investigación: Los factores personales, sociales e institucionales condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino.

5.2. Discusión de resultados

En el presente estudio, se encontró que el resultado de la adherencia al tamizaje para cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna fue de 55,7%; observamos que más de la mitad de las usuarias presentan adherencia al tamizaje. Este resultado es similar a lo reportado por Picado I. y Ortiz M. quienes encontraron en su investigación 55,2% de usuarias con adherencia al tamizaje para CACU (18). Este resultado es similar al estudio de Reolon M, López S. Cavalleri F, en las usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, donde encontraron que la adherencia al tamizaje fue de 57% (68); a diferencia del estudio realizado por Roque donde encontró que el 62.8% de usuarias tuvo su último PAP en menos o igual a 3 años (69). El proyecto de estrategia mundial de la OMS del año 2020 para acelerar la eliminación del CACU como problema de salud pública, indica que el porcentaje de detección del CACU deberían ser 70% (70). Las coberturas bajas de la adherencia al tamizaje para CACU encontradas en el presente estudio, podrían deberse a múltiples factores, principalmente a la falta de equipamiento de los establecimientos de salud, sistema de citas, falta de motivación del personal de salud, la falta de actividades educativas e informativas sobre la existencia de esta enfermedad, la falta de importancia del tamizaje para CACU, especialmente en la población en riesgo para lograr que la población ejerza el autocuidado a través de la realización del tamizaje para generar conciencia de la prevención y detección.

En lo referente a los factores personales, con respecto a la edad, se encontró, que el grupo etario con mayor porcentaje corresponde a las usuarias de 30 a 39 años que representa al 55,71% de las usuarias con no adherencia. Este resultado es similar a lo investigado por Garrido A., donde el grupo de esta misma edad, no se realizaron el cribado adecuadamente (28). Un hallazgo similar fue reportado por Solís en Cuzco donde

la edad no estuvo asociada a la adherencia (71). La literatura describe que, al comparar diferentes grupos etarios de mujeres, este grupo de edad de 30 a 39 años buscan integrarse al sistema de salud y adoptan conductas preventivas de autocuidado, existe mayor preocupación por su salud y el tamizaje temprano, posiblemente por la acción de los programas de tamizaje que la OMS recomienda. Es necesario reforzar constantemente actividades de información entendible, clara, breve es decir acorde a su nivel educativo, acerca de la importancia del tamizaje oportuno para prevenir el CACU con el fin de influir en las usuarias y contribuir en el autocuidado de su salud, a través de consejería y actividades educativas, durante la atención en los establecimientos de salud dirigidas a las usuarias que solicitan atención.

El uso de anticonceptivos, mostró tener significancia estadística, indicando que 68,18 % de las usuarias tienen adherencia al tamizaje, este resultado es similar al estudio encontrado por Solís en Perú donde el 76,45% de mujeres que usan un método anticonceptivo, se realizaron un tamizaje para cáncer cérvico uterino indicando que es una variable estadísticamente significativa para la data nacional y que más influencia tiene en Perú para realizarse una prueba (71). Este porcentaje es similar al que encontró en su estudio Mamani TJ donde indica que el 87.5% de las mujeres que usan anticonceptivos se realizaron una prueba para CACU, relacionado con alta significancia estadística (72), similar resultado se muestra en un estudio en Francia, realizado por Mignot S, Ringa V, concluyeron que las mujeres que acuden a solicitar atención a los profesionales de la salud para la anticoncepción tienen mayor posibilidad de realizarse un tamizaje para cáncer cérvico uterino (73). A diferencia de Almeida C J. et al, donde realizaron un estudio en Brasil encontrando que el 44,8% de las mujeres no usan anticonceptivos afirmando que “la no utilización de anticonceptivos indicaría un factor de riesgo para la no adherencia al cribado para CACU” (74). Esta valiosa asociación

probablemente se deba a que facilita y genera una oportunidad para captar a las usuarias y realizarse el tamizaje para CACU en el momento de administrar o indicar algún anticonceptivo durante la consulta de planificación familiar. Es importante organizar los servicios de salud para la atención integral a las usuarias que acuden a solicitar atención no solo la atención con anticonceptivos sino brindando atención integral preventiva.

En cuanto a la valoración del conocimiento sobre el tamizaje del cáncer cérvico uterino se encontró que el 60,23% de las usuarias con adherencia tuvieron un conocimiento regular, resultado que difiere con el encontrado por Soto J. y Torres J. en el 2020, donde el 86,1% de las mujeres con adherencia al tamizaje presentaron conocimiento alto (26). Este resultado difiere de lo encontrado por Iglesias, donde el 48,1% de mujeres tuvieron nivel de conocimientos adecuado, se encontró que el nivel alto favorece a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud (30). La evidencia científica muestra que el conocimiento acerca del CACU y su prevención está relacionada a la participación de las mujeres en los programas de tamizaje (30). Se podría decir que la totalidad de las usuarias del presente estudio tiene conocimiento respecto al tamizaje, pero en la mayoría la información recibida es insuficiente o incompleta, debido a la alta afluencia de usuarias en los servicios de salud, indicando que es esencial que el personal de salud brinde información acerca de los siguientes aspectos: Factores de riesgo, mecanismo de transmisión, medidas preventivas, beneficios de la detección temprana del CACU, cumpliendo con la labor educativa, con el fin de que las usuarias incrementen sus conocimientos acerca del tamizaje para cáncer cérvico uterino, de esta manera tomen decisiones responsables y oportunas acerca de su salud y ejercer la prevención y el autocuidado.

Referente a los factores sociales, en cuanto al lugar de residencia, el 94.32% de las usuarias con adherencia al tamizaje son las que provienen de la zona urbana, resultado

similar al de Mamani T. quien encontró que el 88,7 % de las mujeres que se realizaron un tamizaje residen en la zona urbana (72), a diferencia del estudio de Mendoza F. quien encontró en su estudio que el 68.3% de las usuarias que proceden de zonas rurales no solicitan el tamizaje de cáncer cérvico uterino (75), similar a lo encontrado por López en Argentina donde el 65.5 % de mujeres que no presentan adherencia al tamizaje de CACU son habitantes de las zonas rurales, principalmente por presentar problemas de sanidad, acceso y transporte hacia los servicios de salud (76), (77). Podemos deducir que residir cerca a los servicios de salud representa para las usuarias una oportunidad para realizarse el tamizaje, pero podemos decir que, si concientizamos sobre la importancia de la prevención y detección del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje, mejorará el acceso a la atención, un sistema de citas, horarios adecuado ayudaría a las usuarias de la zona rural a asistir a los servicios de salud y solicitar por propia iniciativa estas pruebas complementando ésta atención con la entrega oportuna del resultado y el seguimiento en el caso de resultado positivo, de esta manera podríamos mejorar la accesibilidad al tamizaje en general a todas las usuarias.

Referente a si la usuaria cuenta con seguro de salud, mostró ser significativa ($p=0.0093$), indicando que el 71,59% de las usuarias con adherencia al tamizaje para CACU, cuentan con algún tipo de seguro, resultado similar al que obtuvo Solís J. indicando que tener acceso al Sistema Integral de Salud (SIS) es estadísticamente significativa, es decir que tener un seguro de salud gratuito facilita a las mujeres la posibilidad de realizarse el tamizaje en 71% (71). Esto difiere con lo reportado en Colombia por Piñeros M. et al. donde las mujeres que tenían algún tipo de seguro y se habían hecho tamizaje de CACU fue de 76,5% (78); a diferencia del estudio de Huerta A, quien encontró que la población que se realizó el tamizaje, el 40.9% tenía SIS, reflejando que el acceso al SIS es un factor importante para realizarse un tamizaje para PAP (79).

Es importante destacar en este punto que las mujeres que tienen SIS probablemente se realicen un despistaje oportuno de cáncer de cérvix favorecido por las campañas de tamizaje contra el cáncer de cuello uterino que ofrece el Ministerio de Salud en el marco de la promoción y prevención, que permite a su vez, dar conocimiento y brindar cobertura a gran parte de la población realizado a través de los establecimientos de salud de primer nivel donde se debe brindar atenciones netamente preventivas como es el tamizaje para CACU, donde la población practica el autocuidado (31).

Referente a los factores institucionales, en cuanto a las usuarias que recibieron información sobre la importancia del tamizaje para CACU por parte del personal de salud se encontró que el 69.32% que recibieron información presentaron adherencia al tamizaje, resultado semejante con lo encontrado por Altamirano G. et al. quienes reportaron que, de la totalidad de las usuarias que recibieron algún tipo de información de la importancia de este examen por parte del personal de salud, el 78% se realizó el tamizaje (21). Es probable que las usuarias que formaron parte de este estudio recibieron información por parte del equipo de salud acerca de la importancia del tamizaje para CACU. Por este motivo es importante fortalecer el sistema de información, educación y orientación sobre la prevención del CACU a través del tamizaje y la importancia del tamizaje, mejorando el conocimiento en las usuarias, ayudar a tomar decisiones adecuadas con respecto a la realización de estas pruebas de tamizaje.

Referente a los horarios de atención se encontró relación significativa ($p=0,034$), las usuarias que estuvieron informadas sobre los horarios de atención, el 85.23% se realizaron el tamizaje para cáncer cérvico uterino, se podría decir que una usuaria informada de los horarios de atención, asiste al centro de salud para realizarse el tamizaje para cáncer cérvico uterino según las posibilidades de tiempo que cuente, asimismo en los establecimientos de salud esta atención debe ser integral, estableciendo el flujo de

atención para realizar el tamizaje de cáncer cérvico uterino, con el fin de que esta atención sea brindada en el momento que la usuaria lo solicite, evitando oportunidades perdidas, contar con un consultorio implementado, con los materiales y equipos necesarios para realizar este procedimiento y un profesional de la salud permanente, entrega oportuna de los resultados, y tratamiento oportuno y adecuado en caso de resultados anormales o positivos.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se presenta las siguientes conclusiones:

1. Se encontró que un porcentaje mayor de usuarias que se adhieren al tamizaje de cáncer cérvico uterino en el Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca - 2018.
2. Referente a los factores personales que condicionan la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino, se observó que existe significancia estadística, y un mayor porcentaje al tamizaje de CACU, en las usuarias que usan algún anticonceptivo y las que presentaron un conocimiento regular acerca del tamizaje, se adhieren
3. Respecto a los factores sociales que condicionan la adherencia al tamizaje de CACU se observó que, existe una relación estadística significativa entre aquellas usuarias que su residencia es la zona urbana, las que cuentan con un seguro de salud, se adhieren con un porcentaje mayor al tamizaje de CACU.
4. En cuanto a los factores institucionales, que condicionan al tamizaje de cáncer cérvico uterino, se observó que existe una relación estadística significativa entre aquellas usuarias que recibieron información de la importancia del tamizaje por parte del personal de salud y de las usuarias que recibieron información acerca del horario de atención, se adhieren en mayor porcentaje al tamizaje de cáncer cérvico uterino.

En conclusión, se puede indicar que algunos factores personales, sociales, e institucionales con relación estadística significativa condicionan la adherencia al tamizaje de CACU, afirmándose que la hipótesis establecida en este estudio fue comprobada.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, con atención a la estrategia de control y prevención del cáncer, destinar presupuesto para campañas informativas de prevención primaria y secundaria del cáncer, para ser ejecutadas en los establecimientos de salud de todos los niveles y en los medios de comunicación masivos, con mensajes acorde a las características de la población, con la finalidad de mantener informada a la población favoreciendo el autocuidado de las usuarias referente a la prevención del CACU.
- Al personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, abreviar el flujo de atención de las usuarias que solicitan el tamizaje para cáncer cérvico uterino, mediante un adecuado sistema de citas, con un horario accesible a las necesidades de las usuarias tanto para la atención como para la entrega de los resultados de los tamizajes, con la finalidad de contribuir a incrementar la cobertura y el uso adecuado del tamizaje para CACU.
- Al personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, incorporar en la estrategia de promoción de la salud actividades preventivas de autocuidado relacionadas con la prevención del cáncer cérvico uterino.
- A los profesionales Obstetras, fortalecer las actividades preventivas de los programas de: salud sexual y reproductiva, prevención y control del cáncer cérvico uterino, materno neonatal, planificación familiar y del adolescente, coordinando con las autoridades y actores sociales, para promocionarlas fomentando el autocuidado con la finalidad de mejorar las coberturas y por ende disminuir la prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres de la jurisdicción del centro de salud La Tulpuna.

- A los docentes de la Escuela Académica de Obstetricia de nuestra casa mayor de estudios, considerar temas donde se vincule la interculturalidad con las prácticas preventivas y de autocuidado del cáncer cérvico uterino.

- A los profesionales de la salud, investigar este problema de salud con enfoque cualitativo, donde se pueda ampliar y profundizar la investigación con la finalidad de encontrar y describir otros factores que condicionan la adherencia al tamizaje para cáncer cérvico uterino que puedan estar relacionados con este problema de salud y de esta manera mejorar la cobertura del tamizaje para cáncer cérvico uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Sitio web].; 2022 [cited 2022 Abril 8. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
2. Instituto Nacional del Cáncer. NIH. [Online].; 2022 [cited 2023 Ene 10. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>.
3. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer 2020-2024. 2021. Catalogación.
4. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del cander en el Perú. Descriptivo. Lima: MINSA, Lima; 2020. Report No.: 1.
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del cáncer de cuello uterino: Detección temprana y diagnóstico de lesiones premalignas. Primera ed. Indias Cd, editor. Cartagena: Editorial Universitaria; 2012.
6. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cáncer Cervicouterino. Biblioteca Médica Nacional. Estadísticas múltiples. 2019 Dic; 5(12).
7. Organización Panamericana de la Salud. [Sitio web].; 2019 [cited 2022 Feb 7. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/1-2-2019-cancer-cervicouterino-es-tercero-mas-frecuente-entre-mujeres-america-latina>.
8. Equipo de gestión de Hospital Regional de Cajamarca. [Documento de Sitio web].; 2019 [cited 2022 Ene 18. Available from: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A%C3%91O_2019.pdf?r=1606503282.
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2022 Abr 6. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241505147>.
10. Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Manejo Terapéutico del Carcinoma de cuello uterino. 2017. Consenso.
11. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2020 [cited 2023 Feb 19. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>.
12. Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guia de prácticas esenciales. 2nd ed. Whashington D.C.: OPS; 2016.
13. Organización Mundial de la Salud. Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017. 2017. Informe.

14. Szalacha LA, Usha Menon JK. Knowledge and Beliefs Regarding Breast and Cervical Cancer Screening Among Mexican-Heritage Latinas. *Cancer Nurs.* 2017 Set-Oct; 5(40).
15. Organización Panamericana de Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino. 2004. Informe.
16. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Cuadro de mando de coberturas de la DIRESA-Cajamarca. 2018..
17. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2019 [cited 2023 Set 26. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>.
18. Picado , Ortiz Ruíz , Zamora Carrión JI. Adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de Lesiones pre malignas y CaCu en mayores de 20 años de edad, atendidas en el departamento de Gineco-Oncología del HEODRA en el periodo Febrero-Junio 2017. 2017. Tesis.
19. Galleguillos Díaz A. Causas de la baja adhesión al tamizaje del cáncer cérvico uterino de las mujeres entre 25 y 64 años, beneficiarias de los centros de salud familiar de Coquimbo y La Serena. 2018. Tesis.
20. Urrutia T, Gajardo M. Características del Papanicolaou y de la atención recibida como factores para adherir (o no) al tamizaje. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2018 Abr; 83(5).
21. Giovinen Altamirano , Díaz Villegas , Rojas Ramírez T, Estay Abarca , Candia Mardónez , Gutiérrez Mella C. Adherencia al examen de Papanicolau en funcionarias no académicas de la Universidad de Valparaíso, Chile. *Matronería actual.* 2020 Ago; 1(1).
22. Paolino M, Campanera A, Martiarena SN, Echenique AL, López N, Gago J, et al. Adherencia al triaje en contexto de tamizaje con autotoma del test de virus del papiloma humano en la provincia de Jujuy. *Rev. argent. salud pública.* 2019 Set; 10(40).
23. Peñafiel Saavedra DS, Torres Ulloa MA. Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021. 2020 Abr. Tesis.
24. Becerra Alvites S. Factores de riesgo sociodemograficos asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital la Noria. 2020. Tesis.
25. Aldave Zamora , Apolaya Segura. Factores asociados al incumplimiento del despistaje oportuno con papanicolaou en la detección temprana del cáncer de cérvix en un centro poblado rural. *Acta Médica peruana.* 2019 Nov; 36(4).

26. Soto Velásquez C, Torres Neyra JLA. Factores de no adherencia al examen de papanicolaou en mujeres sexualmente activas en el servicio de ginecología del Hospital I Cono Sur Essalud de nuevo Chimbote, 2020. 2020. Tesis.
27. Caqui Crisóstomo A. factores socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II. 2018. Tesis.
28. Garrido Gil A. Factores de riesgo asociados al rechazo de la toma de muestras de citología cervical en el Hospital Jorge Reategui Delgado Piura 2018. 2019. Tesis.
29. Salinas Chambi ZG. Factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de Papanicolaou en usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho de junio a julio, 2017. 2017. Tesis.
30. Iglesias Obando NA. Determinantes sociales y culturales asociados a la asistencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de 20 a 49 años Centro de Salud Aranjuez. Distrito Trujillo 2016. 2017. Tesis.
31. Ministerio de Salud. Guia práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Guia. Lima: Ministerio de Salud, Lima; 2017.
32. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria para la prevención del cancer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ. 2019. Resolución Ministerial.
33. El Peruano. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. Normas Legales. 2022 Mar: p. 17-29.
34. Teorias de enfermeria. teoriasdeenfermeriauns. [Online].; 2012 [cited 2023 set 23]. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar Organización Panamericana de la Salud, 2022. 2022. Directriz.
36. Ministerio de Salud del Perú. MINSA. [Online].; 2017 [cited 2022 Abr 13]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>.
37. American Cancer Society. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas. In Cancer EdryedemdlSACe. Cancer. Estados Unidos: Cancer.org; 2020. p. 38.
38. Dueñas García F. Historia de George Papanicolau y de la tincion que lleva su nombre. Elementos: Ciencia y Cultura. 2005 Abr-jun; 12(58).
39. Salud Md. Guia Técnica: Guia de practica clínica para la prevención y manejo del cáncer del cuello uterino. 2016. Resolución Ministerial N.º 1013-2016-MINSA.

40. MINSALUD. Orientaciones para el desarrollo de las actividades de tamizaje en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Revista de Salud Pública. 2013 Mar-abr; 15(2).
41. social MdSPya. Guia de Atención Integral para la prevención, detección y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer Cérvico Uterino. 2020. Guia.
42. Giovine Altamirano M, Díaz Villegas P, Rojas Ramírez T, Estay Abarca T, Candia Mardónez M, Gutiérrez Mella C. Adherencia al examen de Papanicolau en funcionarias no académicas de la Universidad de Valparaíso, Chile. Mat. Actual. 2020 Ago; 27(1).
43. Definition. The definition. [Online].; 2023 [cited 2023 Ago 13. Available from: <https://the-definition.com/term/personal-factors>.
44. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manuel para tamizaje del cancer cervicouterino. 2022. Informe.
45. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. Int J Cancer. 2007 Feb; 120(4).
46. Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodhill A, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet. 2007 Nov; 10(370).
47. Organización Mundial de la Salud. who. [Online].; 2020 [cited 2023 Ago 18. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
48. Paolino M, Arrossi S. Women's knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. Women Health. 2011 Ene; 51(1).
49. Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. 1990. Informe.
50. Family Doctor. familydoctor.org. [Online].; 2023 [cited 2023 Ago 13. Available from: <https://es.familydoctor.org/factores-sociales-y-culturales-que-pueden-influir-en-su-salud/>.
51. Gobierno de la República de Honduras. Guía de estilo de vida saludable en el ambito laboral. 1st ed. Salud SGd, editor. Tegucigalpa; 2016.

52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. 2008. Informe.
53. Ministerio de Educación. Ley general de educación. 2003..
54. Instituto de Estudios Peruanos. La educación universitaria en el Perú: democracia, expansión y desigualdade. Primera edición ed. Cuenca R, editor. Lima: IEP; 2015.
55. Walji LT, Murchie P, Lip G, Speirs V, Iversen L. Exploring the influence of rural residence on uptake of organized cancer screening - A systematic review of international literature. *Cancer Epidemiol.* 2021 Oct; 74(1).
56. Ministerio de Salud. gob.pe. [Online].; 2023 [cited 2023 Ago 12. Available from: <https://www.gob.pe/sis>.
57. Sánchez Torres D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017 Nov; 55(1).
58. Organización Panamericana de la Salud. paho.org. [Online].; 2020 [cited 2023 Ago 20. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. gov.co. [Online].; 2023 [cited 2023 Ago 10. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/infraestructura-en-salud.aspx>.
60. Salinas Cruz E, Nava Galán G. Adherencia terapéutica. *Revista de Enfermería Neurológica.* 2012 Nov; 11(2).
61. Organización Mundial de la Salud. paho.org. [Online].; 2004 [cited 2023 Ago 11. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
62. American Cancer Society. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas del cáncer de cuello uterino. 2020. Informe.
63. Zendesk. Blog de Zendesk. [Online].; 2023 [cited 2023 Jul 19. Available from: <https://www.zendesk.com.mx/blog/diferencia-cliente-paciente-usuario-salud/>.
64. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta Mexico: Mc Graw Hill educación; 2018.
65. Mejía Jervis T. Lifeder. [Online].; 2017 [cited 2022 Abr 19. Available from: <file:///C:/Users/usser/Downloads/Investigaci%C3%B3n%20Correlacional.pdf>.
66. Ministerio de salud. Oficina General de Epidemiología. MINSA. [Online].; 2001 [cited 2022 Jun 16. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4165.pdf>.

67. Estadística Mat. estadisticamatuson. [Online].; 2020 [cited 2022 May 13]. Available from: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>.
68. Reolon MC, López S, Cavalleri F. Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero en Uruguay, 2018. *Rev Méd Urug.* 2022 Oct; 38(4).
69. Roque Agapito KC. Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando : julio-agosto 2014. 2014. Tesis.
70. García F, Díaz F, Montaña A, Retamal S. Cobertura del Papanicolaou y prevalencia lesiones pre malignas en relación a factores sociodemográficos de un Centro de Salud de la Región del Maule. *Rev del Inst de Salud Pub de Chile.* 2018 Oct; 2(2).
71. Solis Toro JG. Factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 49 años en Cusco y el Perú, 2020 – 2021. 2022. Tesis.
72. Mamani Sanchez TJ. Determinantes socioculturales asociados a la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30-49 años de edad. Según la Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES) del año 2018. 2020. Tesis.
73. Mignot S, Ringa V, Vigoureux S, Zins M, Panjo H, Saulnier PJ, et al. Pap tests for cervical cancer screening test and contraception: analysis of data from the CONSTANCES cohort study. *BMC Cancer.* 2019 Abr; 19(317).
74. Almeida Cesar J, Breitembach dos Santos G, Tomais Sutil A, Fischer Cunha C, de Carvalho Dumith S. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012 Nov; 34(11).
75. Mendoza León FA. Factores que influyen en la inasistencia a la toma del Papanicolaou en las mujeres mayores de 30 años que acuden al Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca, octubre a noviembre 2019. 2020. Tesis.
76. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Sal. Col.* 2012 Set-Dic; 8(3).
77. Hernández Alemán FR, Ornelas Bernal LA, Apresa García T, Sánchez Garduño S, Martínez Rodríguez OA, Hernández Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Rev. invest. clín.* 2006 May-Jun; 58(3).
78. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados en Colombia, 2005. *Rev. salud pública.* 2007 Jul-Sep; 9(3).

79. Huerta Rosario AC. Prevalencia y factores asociados a la práctica del tamizaje del cáncer de cuello uterino en mujeres de 30-59 años: subanálisis de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), periodo 2014-2018. 2020. Tesis.
80. Peñafiel Saavedra DS, Torres Ulloa MA. Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021. 2021. Tesis.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

“Factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna Cajamarca – 2018”

Estimada participante:

El presente cuestionario pretende conocer cuáles son los factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del centro de salud la Tulpuna. Es voluntario y confidencial, plantea un listado de preguntas referidas a la adherencia al tamizaje para cáncer cérvico uterino a fin de determinar la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino, factores personales, conocimiento acerca del tamizaje, factores sociales y factores institucionales, se solicitó brindar información verdadera al respecto.

I. ADHERENCIA AL TAMIZAJE PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO

1 ¿Se ha practicado un tamizaje para cáncer cérvico uterino alguna vez en su vida?

a) Si () b) No ()

2. ¿Hace cuánto tiempo se ha practicado el último tamizaje para cáncer cérvico uterino?

a) Hace más de 3 años () b) Hace 3 años o menos de 3 años ()

II. FACTORES PERSONALES

3. Edad: a) 30 – 39 años () b) 40 – 49 () c) 50 – 64 años ()

4. ¿A qué edad se inició a tener relaciones sexuales?

a) ≤17 AÑOS () b) De 18 a más ()

5. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- a) Una () b) De 2 a más ()
6. ¿Usa algún anticonceptivo? a) No () b) Si () ¿Cuál?.....
7. Número de hijos:
- a) Menos de 2 () b) 2 () c) 3 () d) De 4 a + ()
8. ¿Qué persona le animó para realizarse el tamizaje?
- a) Personal de salud () b) Familiar () c) Decisión propia ()
9. ¿Quién prefiere que le realice el tamizaje?
- a) Obstetra varón () b) Obstetra mujer () C) Indiferente ()

III. GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL TAMIZAJE

10. ¿El tamizaje del cáncer cérvico uterino sirve para?
- a) Detectar el cáncer cérvico uterino. ()
- b) Para saber si hay una infección urinaria. ()
- c) Para saber si hay infección de transmisión sexual. ()
- d) No sé para qué sirve. ()
11. Mencione cuales son las condiciones para realizarse el tamizaje del cáncer cérvico uterino.
- a) Sin menstruar, dos días antes no debe tener relaciones sexuales, no estar con algún tratamiento con óvulos o crema vaginal. ()
- b) Menstruando, después de tener relaciones sexuales. ()
- c) Durante el tratamiento con óvulos o cremas vaginales. ()
- d) No sé las condiciones. ()
12. ¿En qué momento de la vida de la mujer es recomendable realizarse el tamizaje del cáncer cérvico uterino?
- a) Cuando ha iniciado las relaciones sexuales. ()

- b) Después del parto. ()
- c) A partir de los 30 años. ()
- d) En la adolescencia. ()

13. ¿Quiénes tienen mayor riesgo de adquirir el cáncer cérvico uterino?

- a) Mujeres que iniciaron actividad sexual después de los 20 años. ()
- b) Mujeres con múltiples parejas sexuales. ()
- c) Mujeres que nunca se realizaron Papanicolaou. ()
- d) Mujeres que nunca han tenido infecciones de transmisión sexual. ()

14. ¿Qué se puede prevenir mediante el tamizaje del cáncer cérvico uterino?

- a) No se previene nada. ()
- b) Se puede prevenir el cáncer cérvico uterino. ()
- c) Se puede prevenir una infección de transmisión sexual
- d) No sé qué se previene ()

15. ¿La muestra para el tamizaje del cáncer cérvico uterino se toma en?

- a) La vagina () b) En el Ovario () c) En el Cuello del útero () d) no lo sé ()

IV. FACTORES SOCIALES

16. Estado civil: a) Casada () b) Conviviente () c) Separada ()

17. Nivel de instrucción:

- a) Sin instrucción () b) Primaria () c) Secundaria () d) Superior ()

18. Ocupación: a) Ama de casa () b) Independiente () c) Dependiente ()

19. Lugar de residencia: a) Urbano () b) Rural ()

20. Religión: a) católica () b) no católica ()

21. ¿La religión que profesa le impide realizarse el tamizaje para cáncer cérvico uterino?
a) Si () b) No ()
22. ¿Cuenta con un seguro de salud? a) Con seguro () b) sin seguro ()
23. Tiempo que le toma llegar al establecimiento de salud
a) 1 – 15 minutos () b) 16- 30 minutos () c) 31 a más ()

V. FACTORES INSTITUCIONALES

24. ¿El personal de salud le informó de la importancia del tamizaje del cáncer cérvico uterino?
a) () b) No ()
25. ¿Qué profesional de salud le informó acerca del tamizaje del cáncer cérvico uterino?
a) Médico () b) Obstetra () c) Otro personal de salud ()
26. ¿Le informaron acerca de los horarios de atención para realizarse el tamizaje para el cáncer cérvico uterino? a) Si () b) No ()
27. ¿Cuáles son las dificultades que tuvo para conseguir una cita y poder realizarse el tamizaje del cáncer cérvico uterino?
a) Hacer cola () b) Ir muy temprano () c) Se agotaron los turnos ()
28. ¿El trato fue adecuado por parte del personal de salud que realizó el tamizaje para el cáncer cérvico uterino? a) Si () b) No ()
29. ¿El tiempo es aceptable para la entrega del resultado del último tamizaje?
a) Si () b) No ()

Gracias por su colaboración.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, _____

declaro que he sido informada e invitada para participar voluntariamente en la investigación conducida por Elsa Moreno Huamán, denominada “Factores que condicionan la adherencia al tamizaje del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud La Tulpuna Cajamarca – 2018, éste es un proyecto de investigación científica que se llevara a cabo en el Centro de salud La Tulpuna. Entiendo que este estudio busca determinar los factores personales, sociales e institucionales que condicionan la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino, sé que mi participación se llevará a cabo en el centro de salud La Tulpuna, durante el horario de atención, desde las 7 hasta las 19 horas, que consistirá en responder una entrevista que tomará aproximadamente 15 minutos de mi tiempo. Me han explicado que las respuestas se registran después que el investigador pueda transcribir las ideas que yo haya expresado. Las respuestas de la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas.

Reconozco que la información que yo brinde durante la entrevista es estrictamente confidencial y será usada solo con el propósito de la investigación. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto perjudique a mi persona.

Entiendo que me entregará una copia de este documento y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya culminado.

Fecha....././....

.....

Firma del participante

ANEXO 3. PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL TEST DE CONOCIMIENTO

Pregunta	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4	Puntaje
El tamizaje del cáncer cérvico uterino sirve para:	Detectar el cáncer cérvico uterino.	Para saber si hay una infección urinaria.	Para saber si hay infección de transmisión sexual.	No sé para qué sirve.	
Mencione cuales son las condiciones para realizarse el tamizaje del cáncer cérvico uterino.	Sin menstruar y dos días antes no debe tener relaciones sexuales, no debe estar con tratamiento con óvulos o crema vaginal	Menstruando, después de tener relaciones sexuales	Durante el tratamiento con óvulos o cremas vaginales	No sé las condiciones	
¿En qué momento de la vida de la mujer es recomendable realizarse el tamizaje del cáncer cérvico uterino?	Cuando ha iniciado las relaciones sexuales.	Después del parto.	A partir de los 30 años.	En la adolescencia	
¿Quiénes tienen mayor riesgo de adquirir el cáncer cérvico uterino?	Mujeres que iniciaron actividad sexual después de los 20 años	b) Mujeres con múltiples parejas sexuales	Mujeres que nunca se realizaron Papanicolaou	d) Mujeres que nunca han tenido infecciones de transmisión sexual	
¿Qué se puede prevenir mediante el tamizaje del cáncer cérvico uterino?	No se previene nada	Se puede prevenir el cáncer cérvico uterino.	Se puede prevenir una infección de transmisión sexual	No sé qué se previene	
¿La muestra para el tamizaje del cáncer cérvico uterino se toma en?	La vagina	En el Ovario	Cuello del útero.	No lo sé	

Cada ítem tiene un valor de tres cuando la respuesta es correcta.

VALORACIÓN: DE 0 a 6 Malo

De 7 a 12 Regular

De 13 a 18 Bueno

**ANEXO 4. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO
PARA LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
ALFA DE CRONBACH**

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	26	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	26	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,849	26

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,849, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Preg1	25,8333	12,515	,541	,837
Preg2	25,3333	14,788	,000	,852
Preg3	26,0000	12,727	,518	,838
Preg4	25,6667	12,606	,555	,836
Preg5	25,8333	11,788	,761	,823
Preg6	25,8333	11,788	,761	,823
Preg7	25,3333	14,788	,000	,852
Preg8	25,6667	12,606	,555	,836
Preg9	25,3333	14,788	,000	,852
Preg10	25,5000	14,091	,187	,853
Preg11	25,5000	14,818	-,061	,864
Preg12	25,5000	14,818	-,061	,864
Preg13	25,6667	12,606	,555	,836
Preg14	25,8333	12,515	,541	,837
Preg15	26,1667	12,515	,770	,826
Preg16	26,1667	12,515	,770	,826
Preg17	26,1667	12,515	,770	,826
Preg18	25,5000	14,818	-,061	,864
Preg19	25,6667	12,606	,555	,836
Preg20	25,8333	12,515	,541	,837
Preg21	25,8333	12,515	,541	,837
Preg22	26,1667	12,515	,770	,826
Preg23	26,1667	12,515	,770	,826
Preg24	26,1667	12,515	,770	,826
Preg25	25,5000	14,818	-,061	,864
Preg26	26,1667	12,515	,770	,826

**ANEXO 5. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PARA
CONOCIMIENTO ACERCA DEL PAPANICOLAOU
ALFA DE CRONBACH**

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	6	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	6	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,834	6

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,834, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Preg1	8,0000	3,273	,385	,856
Preg2	7,5000	4,273	,000	,869
Preg3	8,1667	3,061	,563	,817
Preg4	7,8333	2,697	,824	,758
Preg5	8,0000	2,545	,873	,744
Preg6	8,0000	2,545	,873	,744

ANEXO 6. EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. (50)

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $> 0,9$ es excelente
- Coeficiente alfa $> 0,8$ es bueno
- Coeficiente alfa $> 0,7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $> 0,6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $> 0,5$ es pobre
- Coeficiente alfa $< 0,5$ es inaceptable

ANEXO 7. CARTA DIRIGIDA PARA LA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO POR LOS EXPERTOS

Cajamarca, 4 de Setiembre del 2018

Señor (a)

.....

Presente.

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo (a) cordialmente y a la vez manifestarle, que conoedor de su trayectoria académica y profesional, molesto su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendo utilizar en la Tesis para optar el grado de Magister en SALUD PÚBLICA, por la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca.

El instrumento tiene como objetivo medir las variables: Factores que condicionan la adherencia al Papanicolaou en mujeres en edad fértil. Centro de Salud La Tulpuna. Cajamarca – 2018, por ello que le agradezco observar la pertinencia y coherencia de los ítems, en relación con los objetivos propuestos en el trabajo, objeto de estudio, la claridad y objetividad de las preguntas, así como también realizar las observaciones que usted considere pertinente, su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación

Atentamente,

.....

Elsa Moreno Huamán

ANEXO 8. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA. CAJAMARCA-2018

INDICADORES	CRITERIOS	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Total	Coefficiente de validez
1. CLARIDAD	Están formuladas con lenguaje apropiado que facilita su comprensión	0,60	0,80	1,00	0,80	0,80	4,00	0,80
2. OBJETIVIDAD	Están expresadas en conductas observables, medibles	0,80	1,00	1,00	1,00	1,00	4,80	0,96
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	1,00	1,00	0,80	1,00	1,00	4,80	0,96
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	1,00	1,00	0,80	0,80	0,80	4,40	0,88
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	1,00	1,00	1,00	0,80	0,80	4,60	0,92
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de Ítems presentados en el instrumento	1,00	1,00	0,80	0,80	0,80	4,40	0,88
TOTAL		5,40	5,80	5,40	5,20	5,20		5,40
Coefficiente de validez		0,90	0,97	0,90	0,87	0,87		0,90

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20-0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,40-0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,60-0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,80-1,00]

JUECES

Juez	Grado académico	DNI	Cargo en la Institución donde labora
1. Julián Castro, Jane	Maestría en Salud Pública	48274356	Asistencial en el HRC
2. Abregú Oré, María Elena	Maestro en Ciencias	26677638	Docente en la UNC
3. Alfaro Revilla, Silvia	Maestro en Ciencias	26632901	Docente en la UNC
4. Quispe Oliva, Julia Elizabeth	Maestro en Ciencias	26632189	Jefe Dpto. de Obstetricia
5. Briones Álvarez Gloria María	Maestro en Ciencias	26624650	Docente en la UNC