

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL
VIRACCHAN, APURÍMAC, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. YENNI VARGAS ORTIZ

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE OBSTETRA**

ASESORA:

Mgt. EVELYN KARLA MEDINA NOLASCO

ANDAHUAYLAS – PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor EVELYN KARLA MEDINA NOLASCO
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA
AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES
DE LA COMUNIDAD CAMPEESINA DE ASIL VIRACCHAN,
APURÍMAC, 2025

Presentado por: YENNI VARGAS ORTIZ DNI N° 73662523;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 3 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 8 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 17 de DICIEMBRE de 2025

Firma

Post firma EVELYN KARLA MEDINA NOLASCO

Nro. de DNI 42476697

ORCID del Asesor 0000 - 0001 - 7958 - 6152

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:541443212

Yenni Vargas Ortiz

CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:541443212

128 páginas

Fecha de entrega

16 dic 2025, 9:37 p.m. GMT-5

22.747 palabras

127.711 caracteres

Fecha de descarga

16 dic 2025, 9:47 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE....docx

Tamaño del archivo

3.5 MB




8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y con el propósito de optar al título profesional de Obstetra, presento a su consideración la tesis titulada: **“CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN, APURÍMAC, 2025.”**

El presente estudio ha sido elaborado con rigor metodológico y sustento científico, orientado a generar evidencia significativa en el campo de la salud pública y la prevención del cáncer cervicouterino. Sus resultados aportan al entendimiento teórico y práctico en el área, siendo de utilidad para profesionales de la salud, responsables de programas preventivos, e investigadores interesados en mejorar el acceso y la adherencia al tamizaje en poblaciones vulnerables.

DEDICATORIA

A mis queridos padres, con todo mi amor y mi alma entera, Sonia y Jesus por su amor incondicional, su apoyo constante y haberme enseñado con su ejemplo el valor del esfuerzo y la humildad. Gracias por confiar en mí. Este logro también es vuestro.

A mis hermanos Carlos, Gimena y Caleb y a toda mi familia que estuvo alentándome a cumplir con mis metas.

A mi asesora por su guía, entrega y por acompañarme con paciencia y compromiso en esta etapa.

A mis amigos, Darlene, Victor y Julio; que me vieron en mis caídas, mis dudas, mis silencios, y aún así me acompañaron con cariño y sin juicios, gracias por su apoyo, risas y los abrazos en medio de lágrimas y del estrés.

Y a mí, a esa Yenni que tantas veces tuvo miedo, que dudó y que se sintió pequeña frente al mundo, gracias por no rendirme, por luchar con el corazón lleno de sueños, por cada lágrima trasformada en fuerza.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme guiado en cada paso en mi camino, por darme sabiduría, salud y fortaleza.

A mis padres, a quienes amo profundamente, fueron mi mayor motivo. Gracias por su amor inmenso, por cada sacrificio que hicieron por mí, por esperarme con paciencia y animarme a seguir cumpliendo mis sueños.

A mi asesora, Mag. Evelyn Karla Medina Nolasco, por su paciencia, su guía constante por cada corrección oportuna y compromiso. Gracias por creer en este trabajo y acompañarme con responsabilidad y sensibilidad a lo largo de este proceso. Siempre llevaré en el corazón su generosidad y el impacto que tuvo en esta etapa tan importante de mi vida.

A todos mis docentes, quienes no sólo compartieron su sabiduría, sino también su vocación y entrega.

A las mujeres de la comunidad Campesina de Asil Viracochan, gracias por brindarme su confianza, tiempo y abrirme sus puertas. Gracias por mostrarme la realidad desde su fortaleza silenciosa.

Y finalmente, me agradezco a mí misma por mi valentía, por convertir el cansancio en fuerza y por no rendirme. Gracias por no abandonar tus sueños, por resistir con el corazón en la mano y por demostrarte que eres capaz.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1 <i>Problema general</i>	3
1.2.2 <i>Problemas específicos</i>	3
1.2 Justificación de la investigación	5
1.3.1 Justificación Teórica.....	5
1.3.2 Justificación Metodológica	5
1.3.3 Justificación Práctica.....	6
1.4 Objetivos de la investigación.....	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.2 Bases teóricas.....	17
2.3 Bases conceptuales.....	21
2.4 Definición de términos básicos.....	42
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	44
3.1 Hipótesis	44
3.1.1 <i>Hipótesis general</i>	44
3.1.2 <i>Hipótesis específicas</i>	44
3.3 Operacionalización de variables	46
IV. METODOLOGÍA.....	47
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica	47
4.2. Tipo y nivel de investigación	47
4.3. Unidad de análisis	49
4.4. Población de estudio.....	49

4.5.	Tamaño de muestra	49
4.6.	Técnica de selección de muestra	51
4.7.	Técnicas de recolección de información	51
4.8.	Técnicas de análisis e interpretación de la información .	51
4.9.	Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas	53
4.10.	Aspectos éticos de la investigación.....	53
V.	RESULTADOS	55
5.1.	Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados	55
5.2.	Prueba de hipótesis.....	63
5.2.1	<i>Hipótesis general</i>	63
5.2.2	<i>Hipótesis específica 1</i>	64
VI.	CONCLUSIONES	71
VII.	RECOMENDACIONES	72
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	74
a)	Matriz de consistencia.....	90
b)	Solicitud de validación	92
c)	Hoja de criterios para la evaluación por jueces y experto	93
d)	Validación del instrumento para el juicio de expertos.....	94
e)	Lista de expertos	98
f)	Instrumento de recolección de datos (según las variables)	99
g)	Confiabilidad del instrumento	105
h)	Solicitud a la Comunidad Campesina	107
i)	Constancia de autorización	108
j)	Consentimiento informado	109
k)	Evidencias fotográficas.....	110

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de dispersión de las características generales de las mujeres de estudio.....	55
Tabla 2. Características generales de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan.....	56
Tabla 3. Prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino..	58
Tabla 4. Tabla cruzada entre el conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac,2025.	60
Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan.	63
Tabla 6. Diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad de estudio.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Características generales de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan	73
Figura 2. Prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad de estudio	75
Figura 3. Promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina	77
Figura 4. Promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de estudio	78
Figura 5. Medias de conocimiento en cáncer cervicouterino entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino.....	82

RESUMEN

El **objetivo** del estudio fue establecer la relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025. Siguiendo una **metodología** observacional, prospectivo, transversal, de nivel relacional y diseño no experimental. Se utilizó un instrumento estructurado adaptado y una ficha de recolección de datos. Se empleó la prueba de Chi cuadrado para analizar la relación entre las variables del estudio, estableciendo un valor de significancia en $p < 0,05$. Para establecer las diferencias de medias de conocimiento se empleó la U de Mann Whitney. Entre los **resultados**, destacan que la prevalencia de la inasistencia al tamizaje cervicouterino fue 72,1%. Mientras el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino en el grupo de inasistentes y asistentes al tamizaje fueron 5,5 y 7 puntos respectivamente, mostrando un mayor promedio de conocimiento en las mujeres asistentes, asimismo al comparar estos dos promedios de conocimiento, se evidenció la diferencia de medias entre ambos grupos ($p = 0.01$). Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento ($P = 0.015$) y la inasistencia al tamizaje. Se **concluye** que existe una relación directa entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

Palabras clave: Conocimiento; Citología; Programas de detección diagnóstica; Neoplasia del cuello uterino (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective of this study was to establish the relationship between knowledge and non-attendance at cervical cancer screening among women from the rural community of Asil Viracochan, Apurímac, 2025. **Methodology**, the research was observational, prospective, cross-sectional, relational, and non-experimental design. An adapted structured instrument and a data collection form were used. The chi-square test was used to analyze the relationship between study variables, establishing a significance level of $p < 0.05$. The Mann-Whitney U test was used to establish differences in mean knowledge. **Results**, showed that the prevalence of non-attendance at cervical screening was 72.1%. While the average knowledge of cervical cancer in the group of non-attendants and attendees to screening were 5.5 and 7 points respectively, showing a higher average knowledge in women who attended, likewise, when comparing these two averages of knowledge, the difference in means between both groups was evident ($p = 0.01$). A statistically significant relationship was established between the level of knowledge ($P = 0.015$) and non-attendance to screening, deducing. It is **concluded** that there is a direct relationship between knowledge and non-attendance to cervical cancer screening in women of the peasant community of Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

Keywords: Knowledge; Cytology; Diagnostic screening programs; Uterine cervical neoplasms (Source: MeSH).

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible que continúa representando un grave problema de salud pública, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, donde el acceso limitado a programas de detección precoz y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) contribuye a diagnósticos tardíos y elevada mortalidad (1,2). La estrategia fundamental para su detección oportuna es el tamizaje periódico mediante pruebas como el papanicolaou o el IVAA, dirigidas a mujeres entre 25 y 64 años (3,4).

Diversos estudios han evidenciado que el bajo nivel de conocimiento sobre esta enfermedad influye directamente en la inasistencia a los servicios de tamizaje (5). En regiones como África y Asia, el conocimiento adecuado no supera el 50% (6,7) y la práctica del tamizaje puede ser tan baja como el 8% (8). En América Latina, la cobertura también es deficiente, siendo inferior al 55% en países como Perú, Bolivia o Ecuador (9). A nivel nacional, sólo el 47,5% de mujeres entre 30 y 59 años se han realizado tamizajes, con porcentajes aún menores en zonas rurales (10,11). En Apurímac se tienen estadísticas de cobertura de 9,4 % entre mujeres de 25 a 29 años y de 8,9 % entre las mujeres de 50 a 64 años. No se cuenta con información sobre las coberturas locales en la comunidad bajo estudio. Entre los factores más reportados para la inasistencia destacan las barreras económicas, culturales y el insuficiente conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, especialmente en zonas de escasos recursos (12). Estudios recientes confirman que las mujeres con mayor nivel de información sobre el tema tienen más probabilidades de acceder al tamizaje (13), aunque la prevalencia aún es baja (14). Esta situación conlleva a diagnósticos tardíos,

tratamientos menos efectivos y elevados costos para las familias y el sistema de salud (15,16).

Frente a este panorama, la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto, para el 2030, alcanzar una cobertura del 70% en tamizaje y garantizar tratamiento oportuno al 90% de mujeres con lesiones precancerosas (12). No obstante, tales metas requieren reforzar la educación en salud, garantizar el acceso a servicios preventivos y reducir las brechas sociales, especialmente en comunidades rurales.

En este contexto, el presente estudio busca establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, durante el año 2025, con el objetivo de generar evidencia que contribuya al diseño de intervenciones más efectivas y contextualizadas.

La investigación contó de V capítulos:

Capítulo I: Abordó el planteamiento del problema, describiendo la situación problemática, se formularon diversas preguntas de investigación y se presentaron las justificaciones teóricas, metodológicas y prácticas. Además, se definieron sus objetivos.

Capítulo II: Se elaboró el marco teórico, incorporando los antecedentes empíricos, los fundamentos teóricos, el marco conceptual y las definiciones de los términos clave.

Capítulo III: Se establecieron la hipótesis general y las hipótesis específicas, además de definir e identificar las variables del estudio y su respectiva operacionalización.

Capítulo IV: Se presentó el marco metodológico, especificando el alcance del estudio, el tipo y diseño de investigación, la delimitación de la unidad de análisis, la caracterización de la población, el cálculo del tamaño muestral y las técnicas empleadas para la selección, recolección y análisis de los datos.

Capítulo V: Se presentaron los resultados obtenidos, las conclusiones y las recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

El cáncer cervicouterino es una enfermedad en que las células del útero crecen anormalmente, formando tumores que invaden los tejidos cercanos (1). El cáncer cervicouterino es un grave problema de salud pública, especialmente en países de bajos y medianos ingresos (2).

La estrategia para la detección precoz del cáncer cervicouterino se basa en tamizajes periódicos, que buscan alcanzar coberturas óptimas de tamizaje de papanicolaou (3); sin embargo, muchas mujeres inasisten a los servicios de tamizaje, impidiendo diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno que permitan reducir la enfermedad. Desde una perspectiva preventiva, el conocimiento y la asistencia al tamizaje son clave para su control (4,5).

A nivel mundial, el conocimiento sobre cáncer cervicouterino continúa siendo insuficiente. En África, los estudios muestran que los conocimientos correctos sobre el cáncer cervicouterino rara vez superan el 50%, en investigaciones como las de Aweke et al. (6) o Mupepi et al. (7), que apenas alcanzó el 20%. En India, la tasa de inasistencia al tamizaje es considerablemente baja. Diversos estudios han revelado que sólo el 8,3% de las mujeres se someten al examen de Papanicolaou (8).

En América Latina, la asistencia a las pruebas de tamizaje varía significativamente entre países por el escaso conocimiento y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud. Según una investigación basada en encuestas demográficas y de salud en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tobago, se reveló que el porcentaje de mujeres que se sometieron a pruebas de tamizaje cervicouterino, como el

Papanicolau, fue inferior al 55% (9).

Los estudios revisados muestran que la cobertura del tamizaje para cáncer de cérvix en América Latina sigue siendo insuficiente y desigual, con marcadas diferencias entre zonas urbanas y rurales, en Ecuador, reportaron que la cobertura del tamizaje es inferior al 60 %, mientras que, en Colombia, evidenciaron que apenas el 15,2 % de las mujeres cumple con el esquema oficial de tamizaje (10).

A nivel nacional, se ha reportado que sólo 34 % de las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino acuden a tamizajes de papanicolaou (11). En 2023, sólo el 23,5 % asistió a su tamizaje de cáncer cervicouterino, lo que indica baja adherencia a la prevención y falta de asistencia a programas de cribado. Se estima que sólo el 47,5% de las mujeres de 30 a 59 años se han realizado el tamizaje cervicouterino. Las regiones con baja asistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino son Selva (43,7%), Sierra (44,0%) y Costa (49,6%) (12). Un estudio realizado en 2022 en 5 regiones del Perú, con una muestra de 10 000 mujeres, reveló que las coberturas de tamizaje con IVAA fue del 30,6%, con mayor proporción de tamizaje en la selva con un 36,8% (13)

En Apurímac las coberturas vigentes del examen de Papanicolaou fueron del 9,4% en mujeres de 25 a 29 años y del 8,9% en mujeres de 50 a 64 años, respecto a la prueba de inspección visual con ácido acético en mujeres entre los 30 a 40 años fue sólo el 12,8% (14). No se ha encontrado información estadística sobre las cifras de inasistencia y de coberturas de tamizajes de cáncer cervicouterino en la comunidad de Asil Viracochan.

Muchas mujeres mantienen creencias y percepciones erróneas respecto al Papanicolaou, lo que limita su participación en los programas de prevención. En

2023 se demostró que las mujeres que alguna vez escucharon sobre el cáncer cervicouterino tenían más probabilidad de realizarse tamizaje en un 89,4% (15).

La prevalencia de la asistencia de papanicolaou en los últimos dos años fue 52,4% (16).

El escaso conocimiento conduce a las mujeres a la inasistencia del tamizaje de papanicolaou, reflejándose en diagnósticos tardíos y un mal pronóstico de la enfermedad (17). Además, el tratamiento del cáncer en estadios avanzados implica altos costos económicos y sociales, afectando gravemente a las familias y a los sistemas de salud (18).

La Organización Mundial de la Salud busca erradicar el cáncer cervicouterino con un objetivo para 2030: aumentar el tamizaje al 70% y asegurar que el 90% de los pacientes con lesiones precancerosas reciban tratamiento (12).

Para abordar esta problemática, se requiere fortalecer la educación sobre el cáncer cervicouterino, promover campañas informativas, además de capacitar al personal de salud y garantizar el acceso gratuito y equitativo a los servicios preventivos, especialmente en zonas rurales, de esta manera se buscará reducir incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan,

Apurímac, 2025?

- ¿Cuál es el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?
- ¿Cuál es el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?
- ¿Cuál es la diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?

1.2 Justificación de la investigación

1.3.1 Justificación Teórica

El cáncer de cuello uterino representa una de las principales causas de mortalidad femenina especialmente en zonas rurales donde el acceso a los servicios de salud es limitado (9). La relación entre el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y la inasistencia al tamizaje en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, es un fenómeno complejo que, explicadas desde el modelo de creencias en salud, involucra múltiples factores socioculturales, educativos y económicos. La literatura científica respalda la idea de que el conocimiento, o la falta de este, es un determinante clave en la adopción de conductas preventivas en salud, como la realización del tamizaje de cáncer cervicouterino. Diversas teorías relacionadas con el comportamiento de salud permiten entender cómo las mujeres de esta comunidad toman decisiones sobre su participación en programas preventivos, y cómo los factores contextuales influyen en estas decisiones. Además, la información obtenida constituirá un valioso antecedente para futuras investigaciones que contribuirán a la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

1.3.2 Justificación Metodológica

La metodología propuesta para esta investigación proporciona un marco sólido para estudiar la relación entre el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y la inasistencia al tamizaje en la comunidad campesina de Asil Viracochan. El uso de un enfoque cuantitativo con un diseño relacional, apoyado por instrumentos validados, permitirá obtener resultados precisos y significativos que contribuyan al diseño de intervenciones efectivas para mejorar la participación en el tamizaje y con ello mejore la salud pública en la región.

1.3.3 Justificación Práctica

La justificación práctica del estudio se basa en que sus resultados pueden aplicarse para mejorar la salud pública de esta población. A través de los principales hallazgos del presente estudio, se pretende diseñar estrategias que mejoren las coberturas a los programas de tamizaje, así mismo, se proporciona recomendaciones que pueden ser implementadas a nivel comunitario, local y regional para aumentar la cobertura y eficacia de las intervenciones preventivas.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Establecer la relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

1.4.2 Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.
- Estimar el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.
- Estimar el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.
- Comparar la diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Loayza K. (19) en Ecuador el año 2024, investigó con el **objetivo** de determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el Barrio Las Palmeras, La Libertad. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y corte transversal; la población de estudio estuvo conformada por 55 mujeres adultas del barrio Las Palmeras. Los **resultados** obtenidos demuestran que el grupo de edad con mayor concurrencia es el de 27 a 33 años con un 29%; de acuerdo al nivel de educación el 40% señaló que cursó la secundaria; un 44% tiene de 3 a 4 hijos; el 47% de las mujeres inicio sus relaciones sexuales entre los 16 a 19 años; por último, el 58% indicó que ha tenido de 1 a 2 parejas sexuales en relación al segundo objetivo se establece que el conocimiento insuficiente sobre el cáncer cervicouterino predomina con el 64%; mientras que el 24 % presenta un nivel de conocimiento suficiente y el 13% de las mujeres presentó un conocimiento deficiente, indicando que poseen carencias. **Concluye** que las mujeres tienen un déficit de entendimiento en cuestión a esta patología, además de que existe la presencia de factores de riesgo dentro de la población estudiada; por lo que es de gran importancia el desarrollo de estrategias educativas con el fin de fortalecer la sabiduría en cuanto a esta enfermedad.

Begetayinoral KL, et al. (20) en Etiopía en el año 2024, realizaron un estudio con el **objetivo** de evaluar la prevalencia combinada de la intención de someterse a pruebas de cribado de cáncer de cuello uterino y sus factores asociados entre

las mujeres etíopes. **Metodología** de tipo revisión sistemática, de los 750 artículos, 9 se incluyeron en esta revisión sistemática y metaanálisis, los **resultados** la prevalencia combinada de la intención de asistir a la realización de los tamizajes de cáncer cervicouterino en Etiopía fue del 33 % (IC del 95 %: 9 %-56 %) y las mujeres que no asistió es del 67%, lo que refleja un alto porcentaje de inasistencia. Las mujeres con una buena sabiduría sobre el cribado del cáncer de cuello uterino tenían 3,5 veces más probabilidades de asistir a realizarse el tamizaje en comparación a aquellas con un conocimiento deficiente (OR: 3,49; IC del 95 %: 2,04–6,93). Asimismo, las mujeres con una actitud positiva hacia el tamizaje del cáncer cervicouterino tenían 2,15 veces más probabilidades de tener intención de utilizarlo que aquellas con actitudes menos favorables (POR = 2,15; IC del 95 %: 1,29–4,26). **Conclusión**, la intención de las mujeres de asistir al tamizaje de cáncer cervicouterino en Etiopía era baja. La prevalencia de conocimiento sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino se asociaba significativamente con la intención de asistir a la realización del tamizaje.

Sakrawal K, et al. (21) en India- Jaipur en el año 2023, realizaron un estudio con el **objetivo** de evaluar el nivel de conocimiento, actitud y práctica relacionada con el cáncer de cuello uterino entre mujeres adultas y los factores asociados con esto en áreas rurales de Jaipur. La **metodología** utilizada fue un estudio de nivel relacional, diseño transversal analítico de base comunitaria, con una muestra de 300 mujeres, se utilizó un muestreo aleatorio sistemático para identificar las casas y se seleccionó a las mujeres mediante un muestreo aleatorio simple, la recopilación de datos fue mediante un cuestionario semiestructurado. En los **resultados** se obtuvo que sólo el 9% tiene conocimiento respecto al cáncer cervicouterino, 63% aceptaron asistir a las pruebas de tamizaje del cáncer de

cuello uterino, pero sólo el 1,3 %, asistió a sus controles regulares y el 98,7% no asiste sus controles de tamizaje, debido que las mujeres en las zonas rurales dudan y no se sienten cómodas hablando de sus problemas de salud. **Concluyeron** que la mayor parte de las mujeres tenía poco conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, sus factores de riesgo, síntomas, relación causal con el virus del papiloma humano modo de transmisión, procedimiento de detección y vacunación contra el virus del papiloma humano como medida preventiva. Hubo una asociación significativa del conocimiento con el nivel socioeconómico con (valor $P < 0,05$), mientras que la asociación del conocimiento de los síntomas del cáncer de cuello uterino con otras variables sociodemográficas no fue significativa (valor $P > 0,05$).

Chaw L, et al. (22) en el año 2022 en Brunéi – Asia, realizó la investigación con el **objetivo** fue determinar las razones de la inasistencia y explorar la aceptación de la autotoma de muestras de detección del virus del papiloma humano (VPH). Con una Metodología de nivel descriptivo de corte transversal, estudio realizado en mujeres que no asistieron al tamizaje de cáncer de cuello uterino o no asistieron al tamizaje recomendado dentro del intervalo de 3 años. En los **resultados** se encontró que de 174 mujeres 44,3% no asisten al tamizaje de cáncer cervicouterino, las razones para no asistir cribado de la prueba de Papanicolaou fueron el miedo a malos resultados en el 16,1% de los casos; vergüenza en un 14,9%, y falta de tiempo debido a compromisos domésticos en un 10,3%. En **conclusión**, los hallazgos indican la necesidad de promover aún más el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, los beneficios de la detección y aclarar los conceptos erróneos sobre los resultados de la prueba de Papanicolaou, las razones de la inasistencia a la detección del cáncer de cuello

uterino se relacionaron principalmente con factores emocionales y logísticos.

Maree J, Kampinda M. (23) en África - Malawi en el año 2020 realizaron un estudio con el **objetivo** de describir el conocimiento y las prácticas del cáncer de cuello uterino una comunidad rural en el distrito de Chiradzulu. La metodología fue de tipo relacional, se utilizó un muestreo de conveniencia, se contó con un tamaño de muestra de 282 y como instrumento entrevistas estructuradas para recopilar los datos. Dando como **resultado** el 93,4% de mujeres han oído hablar sobre el cáncer cervicouterino y 67,9% del tamizaje de detección mediante inspección visual con ácido acético, el 77,1% de mujeres no asistieron a realizarse la prueba de tamizaje de cáncer de cuello uterino siendo sólo el 22,9% de asistentes. Se concluye que la falta de conocimiento fue la razón más común para no asistir a realizarse la prueba de tamizaje del cervicouterino.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Segovia RA. (24) en el año 2025 en la ciudad de Lima realizó un estudio con el **objetivo** de determinar asociación entre conocimiento y realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años del Perú durante el año 2022, según ENDES. Con una metodología de nivel correlacional, analítica transversal. La población fueron mujeres peruanas entre 25 a 49 años que participaron de la encuesta ENDES 2022. Se empleó la prueba estadística chi cuadrado ajustada por el factor de ponderación(χ^2), con un nivel de significancia establecido en $p < 0.05$. Además, el modelo de regresión de Poisson de varianza robusta para evaluar asociación entre las variables en la población objeto de estudio con la Razón de Prevalencia cruda (RPc). En los **resultados** se observó que el 88,92% tenía conocimiento adecuado del cáncer cervicouterino y el 18,19% no asistió a su tamizaje de papanicolaou. Las mujeres de 40 a 49 años

que usaron métodos anticonceptivos tenían una prevalencia mayor del 13% para realizarse la prueba de Papanicolaou. Las mujeres en la costa, sierra y selva tenían una frecuencia de menor de 6%, 8% y 7% respectivamente en comparación a las mujeres de Lima Metropolitana de asistir a las pruebas de tamizaje. Las mujeres con conocimiento respecto al cáncer cervicouterino tenían la prevalencia del 27% de asistir a su tamizaje y el haber escuchado sobre el Virus de Papiloma Humano tenían una frecuencia mayor de 8%, para asistir a la prueba de Papanicolaou. **Conclusiones**, se evidenció asociación entre el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus de papiloma humano para la realización del Papanicolaou.

Saire YL. (25) En la ciudad de Ica en el año 2024, se investigó con el **objetivo** de determinar la relación que existe entre nivel de conocimientos de cáncer de cuello uterino con la toma de Papanicolaou en mujeres de 50-64 años del Centro de salud de Parcona – 2022. Con una metodología descriptivo correlacional, se contó con una muestra de 50 mujeres de 50-64 años atendidas en el Centro de salud de Parcona. En los **resultados** los factores sociodemográficos, la edad que predominó fue de 50 a 54 años con un 54%, el 38% es conviviente, el 41% tiene secundaria, el 96% procedentes de zonas urbanas y sólo el 4% de zonas rurales un 96% son católicas. El conocimiento sobre cáncer de cuello uterino el 46% fue bueno, el 34% regular y el 20% malo y respecto a la inasistencia se evidencia un alto porcentaje del 72,5 % no asistió al tamizaje de cáncer cervicouterino. En **conclusión**, existe relación significativa entre el conocimiento de cáncer de cuello uterino con la toma de Papanicolaou.

Baca F. (26) en el año 2024 realizó un estudio en la ciudad de Cusco donde tuvo como **objetivo** determinar los factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello

uterino en usuarias de 5 centros de salud, provincia del Cusco 2024. Con una metodología de tipo observacional, nivel relacional, y diseño analítico transversal con una muestra de por 234 usuarias de cinco centros de salud de la provincia del Cusco. En los **resultados** se halló que la prevalencia de la inasistencia al tamizaje es del 32,05% y la frecuencia de la asistencia es del 67.95% en los 5 centros de salud, dentro de los factores relacionados a la no realización del tamizaje del cáncer de cuello uterino fue que aquellas pacientes que conocen el objetivo del tamizaje de cáncer de cuello uterino tienen una prevalencia 1.63 veces mayor (RPa 1.67, IC95% 1.20-2.22, $p = 0.002$) de realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino, comparado con aquellas mujeres que no poseían este conocimiento, el apoyo de la pareja (RPa = 1.24; IC95%: 1.02-1.51; $p = 0.03$) y la recomendación por parte del personal de salud (RPa = 1.57; IC95% 1.13-2.17; $p = 0.007$). En **conclusión**, se indica que hay elementos personales como el matrimonio, convivencia y separación, y el conocimiento sobre el tamizaje; elementos sociales (asistencia de la pareja) y elementos institucionales (aconsejación de un equipo médico para llevar a cabo el tamizaje) que están vinculados de manera significativa con el registro de la neoplasia de cuello uterino.

Tukumoto FS, et al. (27) En un estudio realizado en Perú durante el año 2023, tuvo como **objetivo** analizar los factores asociados al tamizaje para cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años en el Perú en el año 2019. Metodología, se trató de un estudio observacional, nivel relacional, analítico transversal, basado en el análisis secundario de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019. Se utilizó un muestreo bietápico, probabilístico, equilibrado y estratificado. Se aplicó estadística

descriptiva y analítica, empleando razones de prevalencia con intervalos de confianza del 95 % y un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultados**, participaron 15,262 mujeres peruanas, el 91,30 % tenía conocimiento sobre el cáncer cervicouterino. En relación a la inasistencia el 32,4% no se realizó el tamizaje de cáncer cervicouterino. Las regiones con menor prevalencia de asistencia al tamizaje cervicouterino fueron Pasco (0,52 %), Tumbes (0,55 %), Huancavelica (0,77 %) y Amazonas (0,90 %) y Tacna (0,97 %; mientras que Lima presentó la mayor prevalencia (32,9 %). Aquellas mujeres que escucharon sobre el cáncer cervicouterino tuvieron 37 % mayor frecuencia (RP=1,37, IC95 %: 1,28 – 1,47) las mujeres que residen en zonas rurales tuvieron 10 % menos frecuencia de asistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino (RP=0,90, IC95 %: 0,86 – 0,94). **Conclusión**, los factores asociados positivamente al tamizaje fueron edad avanzada, tener pareja, seguro de salud, educación superior, nivel socioeconómico bajo, residencia urbana y conocimiento previo sobre el cáncer de cuello uterino.

Castillo L. (28) en la ciudad de Piura en el año 2023, el presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el tamizaje del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Asentamiento Humano Santa Teresita Sullana – Piura.ca El estudio utilizó una metodología de tipo cuantitativa, correlacional. Obteniendo como **resultados** que el 76,5% de mujeres en estudio presentó conocimiento malo, el 20% tiene un nivel de conocimiento regular y sólo un 3,5% muestra conocimiento bueno. se obtuvo que el 81,8% de las mujeres poseen actitudes desfavorables, y sólo un 18,2% tiene actitudes favorables. En la correlación Rho de Spearman, se determinó que no existe relación entre las variables, demostrando que $P = 0,531$,

que es mayor al 0,05, por lo que en esta investigación queda aceptada la hipótesis nula. Se **concluyó** que, en este estudio, el conocimiento no se relaciona con la actitud hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil.

Huerta AC. (29) en el año 2020 en la ciudad de Lima, realizó un estudio nacional con el **objetivo** de determinar la prevalencia y los factores predisponentes, facilitadores y de necesidad de la práctica inadecuada del tamizaje cáncer de cuello uterino (Papanicolaou) entre las mujeres peruanas de 30 a 59 años según la base de datos ENDES durante el período 2014-2018. Con una metodología de nivel relacional, diseño analítico transversal, para determinar posibles factores asociados. En los **resultados** de 19483 mujeres peruanas de 30-59 años, se encontró 90% de las mujeres conocían sobre el cáncer cervicouterino y su prevención, la prevalencia de la realización de papanicolaou en algún momento de sus vidas fue de 81.6% en el 2014 y 83.08% el 2018 y la inasistencia fue 18.4% en el 2014 y 16.92% el 2018. Respecto a la inasistencia el 52.1% y 50.6% de mujeres en el 2014 y 2018, respectivamente, no se realizaron el papanicolaou dentro de las recomendaciones establecidas, lo cual refleja una baja adherencia a la asistencia del tamizaje de cáncer cervicouterino. La Provincia Constitucional del Callao, Lambayeque, La Libertad, Lima, Moquegua, Pasco y Tacna superaron el 50% de mujeres asistieron al tamizaje de cáncer cervicouterino, siendo el Callao la región con mayor porcentaje (64%). Puno (27.1%) y Huancavelica (37.5%) fueron las regiones con menor prevalencia a la asistencia del tamizaje. Todas las diferencias de proporciones tuvieron significancia estadística ($p < 0.05$). **Conclusiones**, aunque más del 80 % de mujeres se realizaron el PAP alguna vez, menos del 50 % lo hicieron según lo recomendado.

Esto refleja baja adherencia al tamizaje adecuado, especialmente en mujeres con bajos ingresos, sin educación o sin seguro.

2.1.3 Antecedentes regionales/ locales

Al no hallarse estudios previos, esta investigación sentará las bases para futuras investigaciones.

2.2 Bases teóricas

Teoría de la acción razonada y el comportamiento

Esta teoría explica cómo las actitudes y las normas subjetivas pueden predecir el comportamiento humano, señalando que la intención conductual es el principal determinante de cada una de las acciones. Esta intención surge de la interacción entre las actitudes personales hacia el comportamiento y la presión social percibida, también conocida como norma subjetiva. El modelo plantea que las expectativas, creencias y evaluaciones de los individuos influyen en sus decisiones, delimitando la probabilidad de realizar una acción. Pero este enfoque sólo abarca comportamientos que están bajo el control voluntario, que es entendida de manera simple como variable clave para entender acciones que requieren mayor dominio personal. En relación al tema de estudio se puede decir que las mujeres que creen firmemente en los beneficios de las pruebas preventivas para asistir a los programas de cribado del cáncer cervicouterino, tendrán una actitud positiva para realizárselos. Sin embargo, las normas subjetivas, estarán influenciadas por la suficiente o insuficiente información que la sociedad o la mujer tenga respecto al cáncer cervicouterino, y que finalmente influirá en la decisión y presión de la sociedad en asistir o no, a los programas de tamizaje precoz de cáncer cervicouterino (30).

Por ejemplo, si una mujer de la comunidad cree o a escuchado alguna campaña de salud o mediante su hermana o amiga, que las pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino, son útiles para prevenir precozmente el cáncer de cuello uterino, y se la recomiendan, sentirá que su entorno se preocupa por su bienestar por lo tanto, existirá una presión social favorable, y esto reflejará en una actitud positiva y ya teniendo conocimientos necesarios, influirá en su decisión de asistir a la

realización del tamizaje.

Teoría del modelo de Creencias en Salud

Esta teoría busca explicar y predecir el comportamiento de las personas en relación con su salud, enfocándose en las creencias individuales sobre enfermedades y las estrategias para poder prevenirlas. Donde explica que la disposición de una persona para llevar a cabo una conducta de salud depende de dos componentes fundamentales:

- La percepción de la susceptibilidad a enfermarse, que hace referencia a la visión personal del peligro de padecer una enfermedad o solucionar un problema de salud, es decir cuanto más vulnerable se sienta una persona, será más probable que adopte acciones preventivas. En relación al cáncer cervicouterino si una persona que detecte un alto riesgo de infección por el virus de papiloma humano (VPH) tendrá mayor predisposición a realizarse revisiones médicas frecuentes o a ser vacunada.
- Percepción de la gravedad percibida de las consecuencias de la enfermedad, en este se considera al elemento que abarca el juicio que una persona hace sobre la severidad de una enfermedad y sus posibles repercusiones, tanto en su bienestar como en su calidad de vida. Si una persona considera que los efectos de la enfermedad le provocarán una discapacidad, dolor o muerte, es más probable que adopte medidas preventivas, como cambiar sus hábitos o asistir a servicios de salud oportunamente (30).

Al adaptar esta teoría al problema central del estudio, se deduce que muchas mujeres al poseer insuficiente información sobre el cáncer cervicouterino, producen una percepción de no susceptibilidad en la mujer frente a esta enfermedad; además no es consciente de la gravedad de la misma, llevando a la

mujer a tener una percepción de inocuidad del cáncer cervicouterino, conduciéndolas a inasistir al tamizaje temprano.

Teoría de la promoción de la salud de Nola Pender

Esta teoría busca explicar el comportamiento de las personas en relación con su salud, donde las personas se motivan a realizar acciones para el bienestar y calidad de sus vidas, se centrada a promover hábitos saludables y prevenir enfermedades. En palabras sencillas relaciona al conocimiento adecuado sobre temas específicos como el cáncer cervicouterino influirá en la decisión de tomar conductas beneficiosas para su salud que conllevarán a que las mujeres asistan al tamizaje de cáncer cervicouterino y prevenirlas precozmente.

El modelo de Pender se centra en tres áreas:

- Características y experiencias individuales, donde se indica que cada persona actúa de manera distinta, ya que cada uno tiene características y experiencias únicas que influyen en su toma de decisiones. Cuando alguien adquiere conocimientos y comportamientos saludables tiene la motivación de tomar acciones para el bienestar de su salud, como el asistir a la toma de tamizaje de cáncer cervicouterino. Sin embargo, estas buenas acciones a veces son interrumpidas y dificultan la toma de acciones, ya sea por distracciones, factores como el tiempo, trabajo u otros.
- Cogniciones y afectos específicos del comportamiento, donde se explica que las decisiones y comportamientos relacionados con la salud se ven afectadas por factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales, para prevenir el cáncer cervicouterino, es importante considerar las características individuales y las de su entorno de forma en que se les permita o impida tomar acciones. Por ejemplo, si en el entorno de las mujeres se discute abiertamente

de la salud femenina y se fomenta la prevención de cáncer de cuello uterino, será más efectiva que la mujer adopte una buena práctica como el tamizaje de cáncer cervicouterino.

- Resultados conductuales, la cual consiste en un compromiso de implementar comportamientos y acciones que favorezcan la salud optima y el bienestar general superando las barreras cotidianas para alcanzar un estilo de vida saludable (32).

Si una mujer de la comunidad comprende la importancia del tamizaje del cáncer cervicouterino y tiene un compromiso con su salud, es más probable que supere las barreras como el tiempo, distancia, para poder realizarse la prueba de tamizaje, lo que conlleva a lograr prevenir enfermedades como es el caso del cáncer cervicouterino.

Teoría del Aprendizaje Social

La teoría de Albert Bandura revela cómo los individuos van aprendiendo no sólo a través de experiencias directas, sino también a través de tres procesos fundamentales como: La observación, que implica prestar atención a las conductas o las prácticas de las otras personas y posterior a este replicar el comportamiento aprendido mediante la práctica; El segundo proceso es la motivación, donde se determina si una persona decide replicar el comportamiento observado, ya sea por las recompensas o el reconocimiento o simplemente de evitar consecuencias negativas; El tercero es el entorno, que influye en el aprendizaje social, al proporcionar modelos a seguir y establece normas de conducta, es decir si encuentra un entorno favorable en como una comunidad promueve hábitos saludables esta facilita a la adopción de comportamientos positivos (33).

Al adaptar esta teoría al problema central del estudio se basa en que las mujeres adquieren un conocimiento sobre el tamizaje cervicouterino a través de la observación y aprendiendo del comportamiento de su entorno, ya sean sus familiares, amigas motivándose a asistir esta prueba de tamizaje ya sea por los beneficios o influencia de su entorno. Si no se observan modelos positivos o no se recibe información adecuada, el conocimiento de estas mujeres serán limitadas. Y si no hay motivación suficiente en su entorno entonces no se promueve la importancia de las pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino, dando como resultado la insistencia a los exámenes de prevención.

2.3 Bases conceptuales

Conocimiento

El conocimiento se define como el conjunto de informaciones, habilidades y comprensiones que adquirimos mediante el razonamiento, la experiencia y la educación. Este se puede clasificar en dos tipos: Explícito e implícito.

El conocimiento explícito es aquel que está documentado y accesible, como la información que encontramos en libros o bases de datos. Por otro lado, el conocimiento implícito se refiere a las habilidades y experiencias adquiridas que no están formalmente registradas, pero se desarrollan a través de la práctica y la experiencia personal (34).

Tipos de conocimiento

- **El conocimiento empírico**

Es aquel que obtenemos a través de nuestras propias experiencias y el sentido común y no desde la comprobación científica, este conocimiento es adquirido mediante la observación, desde que comenzamos a explorar y a interactuar con el mundo, además está profundamente influenciado por

nuestras creencias y tradiciones (34).

- **El conocimiento científico**

Aquel que organiza y presenta de manera lógica y estructurada la información sobre fenómenos comprobables. Se basa en teorías, leyes y fundamentos para validar y analizar dicha información, permite elaborar conclusiones e hipótesis que fomentan nuevas investigaciones, análisis críticos, desarrollo de conocimientos tecnológicos y posibilita la creación de modelos o teorías innovadoras (35).

- **El conocimiento filosófico**

Se compone de saberes adquiridos a través de la observación, el análisis y la reflexión sobre la naturaleza del ser y la realidad que lo rodea. Su principal propósito es generar nuevas ideas y entendimientos mediante la reflexión y la argumentación, este tipo de conocimiento se distingue por ser crítico, analítico e integrador, y está diseñado para orientar las acciones humanas (35).

Cáncer de cuello uterino:

Definición

El cáncer cervicouterino es una alteración en las células de la capa epitelial del cuello uterino, estas modificaciones son provocadas principalmente por serotipos oncogénicos del virus de papiloma humano (VPH) (37).

Por lo general el cáncer cervicouterino se desarrolla lentamente y antes de convertirse en cáncer, las células del cuello uterino experimentan cambios, llamados displasia, que las vuelven anormales, cuando estas células no son tratadas, pueden volverse cancerosas, multiplicarse y extenderse a áreas mucho más profundas del cuello uterino y sus alrededores. Existe dos partes principales

del cuello uterino, el ectocérvix (exocérvix) se encuentran recubiertas por células escamosas y visible a la hora de la exploración ginecológica, y la parte interna del cuello uterino, llamada endocérvix, une la vagina con el útero, esta recubierta de células glandulares en forma de columna que genera moco, ambas partes se juntan en la unión escamocolumnar (zona de transformación) la mayoría de los cánceres del cuello uterino inicia en esta área (37).

Tipos de cáncer de cuello uterino

Estas suelen clasificarse según el aspecto que presentan al momento de observarlos al microscopio, los más comunes son:

- **Carcinomas de células escamosas.**

Se desarrollan a partir de células en el exocérvix, usualmente estas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación es decir dónde el exocérvix se une al endocérvix. En mayoría de los casos de cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas.

- **Adenocarcinoma**

Llamada también adenocarcinoma cervical, estas se desarrollan a partir de células glandulares del endocérvix. El adenocarcinoma de células claras o mesonefoma, es un tipo poco común pero su incidencia ha aumentado en las últimas décadas (38).

Etiología

Se desarrolla como consecuencia de una infección causada por el virus del papiloma humano (VPH), aunque este virus puede transmitirse por vías no sexuales, la mayoría de los casos se deben al contacto sexual, la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente en 6 o 24 meses (39).

Sin embargo, cuando una infección por VPH de alto riesgo persiste durante años,

puede provocar cambios en las células del cuello uterino que resultan en lesiones precancerosas y eventualmente en cáncer de cuello uterino si no se tratan. Por ello, los estudios epidemiológicos han identificado ciertos factores de riesgo, entre los que destacan:

- Las personas que inician relaciones sexuales a una edad temprana especialmente antes de los 18 o tienen múltiples parejas sexuales tienen alto riesgo de infecciones por VPH (40).
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Mantener relaciones con parejas promiscuas.
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino hasta cinco veces debido a que el sistema inmunológico no responde adecuadamente (41).

Fisiopatología

El primer paso para el desarrollo del cáncer cervicouterino es la infección del cuello uterino por el Virus de Papiloma Humano (VPH), comienza en las células epiteliales, la mayor parte de estas infecciones se suelen resolver de manera espontánea, pero en algunos casos persisten. Si la infección persiste las células epiteliales tienden a progresar en células premalignas y posteriormente convertirse en cáncer e invadir tejidos cercanos.

El cáncer cervicouterino es causado principalmente por dos tipos de virus que son de alto riesgo, en particular VPH 16 y VPH 18 que causan el 70 % de casos de cáncer y el 20% de los tipos de VPH 33, 35, 45, 52 y 58 contribuyen al cáncer del cuello uterino (39).

Cuadro clínico del cáncer de cuello uterino

a) Cáncer de cuello uterino en estadio temprano y lesiones premalignas

- Evidencia de sangrado vaginal post coital.
- Sangrado vaginal anormal pasando la menopausia.
- Flujo vaginal de consistencia líquida con un olor fuerte y presencia de sangrado.
- Presencia de sangrado vaginal abundante en el periodo menstrual, sangrado vaginal anormal entre los ciclos menstruales.
- Dolor pélvico post coital.

b) Cáncer de cuello uterino en estadio avanzado

- Dolor o dificultad al momento de evacuar, presencia de sangrado en las heces.
- Dificultad o dolor al evacuar o sangrado del recto con las evacuaciones intestinales.
- Dificultad o dolor al orinar, o sangre en la orina.
- Dolor sordo en la espalda.
- Hinchazón de las piernas.
- Dolor en el abdomen.
- Sensación de cansancio (4).

Estadios del cáncer de cuello uterino

Para determinar el grado de estadio del cáncer de cuello uterino evalúan el tamaño del tumor y si el cáncer de cuello uterino se expandió a otras partes del cuerpo, para todo ello se aplica la exploración física, exploración por imagenología y las respectivas biopsias.

a) Estadio I:

Se produce el cáncer y se visualiza a nivel del útero, el cáncer aún no se ha

dispersado a otras partes del cuerpo, a su vez se divide en 2 estadios más.

- **Estadio IA:** Se diagnostica células del cuello uterino microscópicamente, se analiza la profundidad del tumor, se clasifica en estadio IA1 donde el área cancerosa es igual o menor de 3mm de profundidad y en estadio IA2 donde el área cancerosa es mayor a 3mm, pero menor a 5 mm de profundidad.
- **Estadio IB:** en este estadio se analiza el tamaño y la profundidad de dispersión del cáncer, se clasifica en estadio IB1 teniendo como medida del tumor menor de 2 cm de ancho y una profundidad de dispersión mayor de 5mm, en el estadio IB2 el tumor mide más de 4cm de ancho y una profundidad de dispersión mayor de 2cm y en el estadio IB3 el tumor llega a medir mayor o igual a 4cm.

b) Estadio II:

El tumor aún permanece en el área pélvico, se disemina a nivel de la vagina y tejido que rodea el cuello uterino.

- **Estadio IIA:** abarca los dos tercios superiores de la región vaginal, pero no afecta el tejido del cuello uterino, a su vez se divide en estadio IIA1 donde el tumor mide menor o igual a 4cm y también tenemos el estadio IIA2 donde el tumor mide más de 4cm.
- **Estadio IIB:** el tumor se expandió desde el cérvix hasta el tejido que rodea el cuello uterino.

c) Estadio III:

El tumor se expande a nivel del tercio inferior de la vagina, alcanzando la pared pélvica, del mismo modo produce problemas de riñón y ganglios linfáticos.

- Estadio IIIA: el tumor afecta la región del tercio inferior de la vagina, pero no la pared pélvica.
- Estadio IIIB: el tumor se disemina a nivel de la pared pélvica, a su vez el tumor se agrando afectando uno o ambos de los riñones.
- Estadio IIIC: afecta los ganglios linfáticos, se divide en estadios IIIC1 donde afecta los ganglios linfáticos de la pelvis y en el estadio IIIC2 afecta los ganglios linfáticos del abdomen los cuales son cercanos a la arteria aorta.

d) Estadio IV

El cáncer se encuentra más avanzado se expandió fuera de la pelvis, vejiga o recto, incluyendo otras partes del cuerpo.

- Estadio IVA: el tumor se expandió a nivel de la vejiga y recto.
- Estadio IVB: el tumor se expandió a todo el cuerpo de la persona (43).

Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino

a) Infección por el virus de papiloma humano (VPH)

Es uno de los principales factores, este virus afecta principalmente a las células epiteliales del cuello uterino, se trasmite por contacto sexual, vaginal, anal y oral (44).

Este virus causa una infección específica, el epitelio de la piel y la mucosa genital, suelen ser asintomáticas y están vinculadas con neoplasias benignas y malignas. La prevención se basa en la vacunación, que protegen contra los tipos de VPH de alto riesgo, se administra antes del inicio de las relaciones sexuales (45).

b) Antecedentes sexuales

Se ha comprobado que durante la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a los efectos de los agentes carcinógenos (45). Existe

factores de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino:

- Iniciar la actividad sexual a una edad temprana (antes de los 18 años)
- Mantener Relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales
- Tener pareja con alto riesgo (alguien con infección de Virus de papiloma humano o con antecedentes de múltiples parejas.

c) Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino

Se deben a una predisposición hereditaria que reduce la capacidad de algunas mujeres para combatir la infección por VPH en comparación con otras.

d) Sistema inmunitario débil

El sistema inmunológico desempeña un papel crucial en la eliminación de células cancerosas y en la ralentización de su crecimiento y propagación. En mujeres con infección por VIH, las lesiones precancerosas en el cuello uterino pueden evolucionar hacia un cáncer invasivo de manera más acelerada. Otro grupo de mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino son aquellas que toman medicamentos inmunosupresores (44).

e) Tener muchos embarazos a termino

Se determinó que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo del 80% mayor que las nulíparas de desarrollar lesiones intraepiteliales, luego de cuatro hijos triplica el riesgo, se cuadruplica con siete hijos e incrementa cinco veces al alcanzar los doce hijos.

Se cree que la inmunosupresión y las variaciones hormonales durante la gestación podrían incrementar la susceptibilidad de las mujeres a contraer infecciones con VPH o a la aparición de tumores.

f) Edad temprana en el primer embarazo

Mujeres que se embarazaron antes de los 22 años cuadruplica el riesgo a tener cáncer de cuello uterino (45).

g) Uso prolongado de anticonceptivos orales (Píldoras)

En un estudio de revisión sistemática se menciona que el uso prolongado de píldoras anticonceptivas por más de 5 años, está relacionada con el desarrollo de cáncer cervicouterino, aún más en mujeres infectadas por el virus de papiloma humano (46).

h) Alimentación inadecuada

Las mujeres que no consuman la cantidad adecuada de frutas, ensaladas y verduras podrían tener un riesgo elevado de padecer cáncer de cuello uterino (45).

i) Tabaquismo.

Mujeres que fuman tienen doble probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino, según investigaciones creen que estas sustancias dañan el ADN de las células a nivel del cuello uterino, además afecta el sistema inmunológico (44).

Exámenes para tamizaje del cáncer de cuello uterino Citología cervical o Papanicolaou (PAP)

Es un examen para detectar el cáncer cervicouterino, donde se obtiene una muestra del cérvix mediante un raspado de la zona de transformación empleando un citocepillo, este procedimiento puede ser realizado por el personal de salud capacitado. La muestra obtenida se examina mediante un microscopio identificando la presencia o no de células cancerígenas. Las indicaciones para que se realicen este examen de manera adecuada son los siguientes: Abstinencia sexual, no duchas vaginales, no el uso de cremas o óvulos vaginales dentro de las 24 horas y no estar menstruando.

Inspección visual con Ácido Acético (IVAA)

Este examen visual que consiste en colocar un espéculo en el introito vaginal y continuar con la visualización del cuello uterino, posteriormente se aplica una solución de ácido acético al 5 % en el cérvix, luego de aplicarla se observa el cérvix tratando de identificar la presencia de alguna mancha blanca la cual es característica de un epitelio anormal del cérvix.

Pruebas moleculares para la detección del Virus de Papiloma Humano (VPH)

Esta prueba consiste en la detección del ADN de Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo. Según estudios demostraron que este examen resulta ser más efectivo que el papanicolaou y el IVAA. Para obtener la muestra, es similar al procedimiento del papanicolaou, cambia en el tipo de cepillo utilizado y la recepción de muestra. Se recomienda realizarse a partir de los 30 años, tratando de hallar presencia de tipos de VPH persistentes que se relacionan con el desarrollo de cáncer cervicouterino.

Colposcopia

Es un procedimiento el que se utiliza un colposcopio para poder observar de manera macroscópica y de forma detallada e iluminada el cuello uterino. Tiene el objetivo de detectar lesiones precancerosas y cancerosas de modo de poder tratarlas a tiempo y nos ayuda para un mejor diagnóstico en cuanto a la biopsia.

(39)

Biopsia

Se extirpa una cantidad pequeña muestra de tejido del cuello uterino para ser examinado mediante un microscopio y ver la presencia de células cancerígenas.

- Biopsia con sacabocados: Se realiza con un instrumento circular, hueco y

afilado, buscando sacar una muestra del cuello uterino.

- Legrado endocervical: Se utiliza un instrumento en forma de cuchara.
- Biopsia de cono: Se extrae una muestra grande en consistencia de cono, también se utiliza para extirpar células precancerígenas.
- Escisión electro quirúrgica con asa (LEEP): se emplea una corriente eléctrica que se dirige a través de un alambre, buscando extirpar una porción de tejido celular.

Prueba de tipificación de VPH: Se examina una porción de tejido celular, evaluando los prototipos de VPH, este examen se puede realizar junto con el papanicolaou.

Por otro lado, también se puede utilizar los procedimientos de tomografía, resonancia magnética, ecografía, radiografía, recuento sanguíneo completo y estudio bioquímico de la sangre (47).

Tratamiento del cáncer de cuello uterino

a) Tratamiento quirúrgico

Este tipo de tratamiento está indicado en aquellos tumores pequeños donde el tamaño es menor a 4cm, donde no haya evidencia de afectación ganglionar. Se realiza una intervención por medio una incisión abdominal o vaginal.

Tipos de cirugía:

- Criocirugía: Se congela las células cancerosas, este procedimiento se realiza a través de un metal enfriado por el líquido de nitrógeno.
- Histerectomía radical: Consiste en la extirpación del útero, los nódulos linfáticos, ovarios, produciendo una esterilización en las mujeres. Puede producir sangrado abundante, daños de órganos vecinos, infecciones después de la intervención y disfunción rectal o de vejiga.

- Traquelectomía simple: También conocida como conización se extirpa un pequeño porcentaje del cuello uterino en forma cónica.
- Traquelectomía radical: Se realiza en aquellos tumores que están en estadio I o etapa inicial, se extirpa un gran porcentaje del cuello uterino y parámetros, conservándose parte del cuello uterino para la fecundidad.

b) Radioterapia

Por medio del uso de la resonancia magnética se localiza el sitio para recibir el tratamiento y una dosis adecuada, este tratamiento produce distintos efectos secundarios como diarreas, incomodidad urinaria, náuseas, en ocasiones puede aparecer sangrado al momento de defecar u orinar.

- Tenemos la radioterapia externa donde se utiliza una maquina enviando una radiación al área interna del cáncer desde la parte exterior.
- También se tiene la radiación interna que es conocida como la braquiterapia, donde se coloca un aplicador en el útero y en la vagina por 2 ocasiones con un intervalo de una semana.

c) Quimioterapia

Se aplica en aquellos tumores grandes o en presencia de signos que indiquen afectación de los ganglios linfáticos. En este tratamiento se utiliza distintos fármacos como Cisplatino, carboplatino, gemcitabina, ifosfamida, irinotecán, paclitaxel, topotecán, vinorelbina, con la finalidad de destruir o impedir el crecimiento de las células cancerosas, se aplica por vía intravenosa para propagarse en todo el organismo, el tipo de medicamento que se utilizara depende del tipo de cáncer, si ya recibió anteriormente quimioterapia o si tiene problemas de salud como diabetes. Este tipo de tratamiento puede provocar en la paciente distintos efectos adversos como caída del cabello, náuseas, vómitos,

perdida del apetito, adormecimiento, hormigueo, sensibilidad tanto al clima frío y caliente, neuropatía.

Indicación:

- Se puede realizar antes de la cirugía.
- se puede recibir tratamiento con quimioterapia después de la cirugía y radioterapia.
- Podemos tener un tratamiento principal que se da en conjunto con la radioterapia paralelamente (48).

Prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino

Las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino implican acciones para reducir el riesgo de desarrollar esta enfermedad del mismo modo disminuir los casos nuevos y el número de muertes (49).

Es importante garantizar una atención integral que priorice la prevención del cáncer de cuello uterino con un enfoque multidisciplinario, esto tiene que incluir elementos clave como es la promoción de la educación en salud comunitaria, la implementación de programas de vacunación, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y adecuado (50).

Los estudios demuestran que hay diferentes maneras de prevenir el cáncer cervicouterino entre ellos está:

- Adoptar estilos de vida saludables
- Realizar visitas periódicas al establecimiento de salud incluso ante la mínima sospecha de síntomas en relación al cáncer cervicouterino y realizarse chequeos ginecológicos.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco.
- Limitar el número de parejas sexuales y hacer uso del preservativo para

reducir la infección causada por el Virus de Papiloma Humano (VPH) (49).

Niveles de prevención del cáncer de cuello uterino

Prevención primaria

- **Consejería integral para la prevención y control del cáncer**

Se debe fortalecer las conductas de las mujeres mediante la orientación explicando y sensibilizando la importancia que tiene los exámenes clínicos, las pruebas de tamizaje, promoviendo la vacuna contra el virus de papiloma humano, el uso de preservativos, llevar una vida saludable y sobre todo los factores de riesgo y las consecuencias que conllevar el cáncer cervicouterino, estos procedimientos se pueden realizar mediante estrategias como las campañas, afiches entre otros (51).

- **La vacuna contra virus de papiloma humano (VPH)**

Estas vacunas son de origen biológico que están hechas de varios antígenos, que al ser administrada estimula el sistema inmunológico, previniendo futuras infecciones ocasionadas especialmente por el VPH 16, VPH 18 que son causantes del en mayor porcentaje de cáncer cervicouterino. La vacuna tetravalente también protege contra VPH6, VPH11 que se asocian a verrugas genitales, la tercera vacuna es la nonavalente que incluye protección contra VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, aún no se encuentra disponible en el mercado (39).

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, es más eficaz si este se administra en niñas y niños entre las edades de 9 y 13 años, se recomienda antes del inicio de la vida sexual una sola dosis (52).

- **Uso de preservativo**

Los preservativos brindan una cierta protección frente al Virus del papiloma

Humano (VPH), aunque no previenen por completo las infecciones. Esto se debe a que no cubre todas las zonas que puedan estar expuestas al virus, como la piel de la región genital o anal, sin embargo, su uso contribuye a reducir el riesgo de contagio del VPH y proteger contra el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) y algunas otras infecciones de transmisión sexual (40).

Prevención secundaria

Tamizaje en población

El cáncer cervicouterino tiene una evolución lenta y tardan entre 10 a 20 años en ser un cáncer agresivo e invasor. Las pruebas moleculares de virus de papiloma humano, el IVAA y papanicolaou son empleados como método de tamizaje en la población estimada.

Papanicolaou

La recolección de la muestra de citología cérvico vaginal debe realizarse por el personal de salud capacitado por el MINSA. El encargado de leer y diagnosticar la muestra citológica es el médico patólogo, mientras el primer filtrado de las muestras lo realiza el médico tecnólogo en un laboratorio clínico. El grupo seleccionado por el MINSA para la realización del PAP son mujeres de los 25 a 64 años, mujeres embarazadas, portadoras de VIH, la muestra puede realizarse en niveles de atención primaria y ser enviados a laboratorios que tengan capacidad de examinarlos por el personal de salud acreditado.

La lamina que alberga la muestra cervical debe contener los iniciales de su nombre y número de DNI, con letra legible para garantizar un correcto tamizaje e identificación para la entrega de los resultados. Los resultados serán entregados en un periodo de 14 días a partir de la recepción, en caso de que el resultado de PAP es positivo y de alto riesgo, se entregaran los resultados en 72

horas en el establecimiento donde se tomó la muestra, en caso de una muestra insatisfactoria, se anota la razón de por qué fue rechazada y se repetirá la toma de PAP en un periodo máximo de 30 días.

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Al igual que la prueba de papanicolaou, esta prueba está a cargo de los profesionales de salud capacitados por el MINSA, esta prueba de tamizaje va dirigido a mujeres de 30 a 49 años, mujeres con VIH excepto en mujeres embarazadas. En aquellas mujeres con IVAA positivo se tiene que realizar una colposcopia en un periodo de 30 días de haberse encontrado una tinción acetoblanca de no ser factible esta opción se procede a la terapia ablativa (38).

Aspectos por considerar para los tamizajes:

- Las mujeres con resultados negativos de papanicolaou y de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), tienen que repetir el tamizaje en tres años posteriores (39).

Inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino

En muchos estudios se llegó a evidenciar que existen múltiples barreras o elementos que dificultan la identificación precoz del cáncer cervicouterino, aun habiendo métodos para una detección precoz, como los tamizajes para el descarte de cáncer, y estos son condicionados por ciertas razones como el miedo al procedimiento o los resultados, vergüenza, ideas de la pareja o familiares, etc. Dificultando en gran manera la detección precoz de esta enfermedad (53).

Actitud de la pareja

La actitud de la pareja puede representar una barrera significativa para la asistencia a los tamizajes de cáncer cervicouterino cuando existen creencias

erróneas, desconfianza en el personal de salud o patrones de control dentro de la relación (54).

En algunos casos, la falta de información o prejuicios sobre el examen pueden generar temor o desinterés en la mujer, especialmente si su pareja desvaloriza la importancia de la prevención, además, elementos como los celos, la idea de que el tamizaje es innecesario o la imposición de decisiones pueden influir en que la mujer postergue o evite la prueba, limitando así su acceso a un diagnóstico temprano y aumentando el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad (55).

Interés y apoyo por parte de los familiares

El interés y apoyo de los familiares pueden convertirse en una barrera para la asistencia a los tamizajes de cáncer cervicouterino cuando prevalecen creencias erróneas, desinformación o temores infundados sobre el procedimiento. En algunos casos, las parejas o familiares pueden restablecer la importancia a la prevención, desalentando la participación de la mujer por considerarlo innecesario o incluso riesgoso, asimismo, la falta de respaldo en el ámbito doméstico, ya sea por responsabilidades en el hogar o por dependencia económica, limita el tiempo y la autonomía de muchas mujeres para priorizar su salud, esta influencia del entorno familiar puede generar temor, desconfianza o desinterés, reduciendo la adherencia a los controles preventivos y aumentando el riesgo de sufrir la enfermedad (56).

Lejanía a la institución prestadora de servicios de salud

La distancia entre el lugar de residencia de las mujeres y la institución prestadora de servicios de salud representa una barrera significativa para la realización de tamizajes de cáncer cervicouterino, ya que implica dificultades en el acceso

oportuno a estos servicios, otros elementos como el tiempo de traslado, los costos asociados al transporte y la falta de infraestructura vial adecuada pueden desincentivar la asistencia, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso (57).

Además, la lejanía puede generar una percepción de menor disponibilidad de atención, lo que contribuye a la postergación o abandono de controles preventivos, incrementando el riesgo de diagnóstico tardío de la enfermedad (58).

Dificultad para conseguir cita

La dificultad para conseguir una cita representa una barrera significativa para la realización de tamizajes de cáncer cervicouterino, ya que los largos tiempos de espera, la falta de disponibilidad de turnos y los trámites burocráticos desmotivan a las mujeres a acudir a los servicios de salud (59).

Y esta situación se agrava en zonas de atención donde la demanda supera la capacidad de atención, generando retrasos que pueden postergar la detección temprana de lesiones precancerosas. Además, la necesidad de acudir reiteradamente para un turno incrementa el riesgo de abandono del proceso, especialmente en mujeres con responsabilidades laborales o familiares que limitan su disponibilidad para asistir en horarios restringidos (60).

Buen trato ofrecido o actitud por el profesional de salud hacia el paciente

La actitud del profesional de salud puede convertirse en una barrera para la asistencia a los tamizajes de cáncer cervicouterino, cuando las pacientes perciben cierta falta de empatía, indiferencia o apresuramiento en la atención, en muchos casos, las mujeres esperan no sólo información clara, sino también un

ambiente de confianza y contención emocional, especialmente al tratarse de un procedimiento íntimo y en ocasiones asociado a temores o vergüenza (61).

Si bien el personal de salud cumple con los protocolos y mantiene un trato correcto, la ausencia de una conexión genuina o una comunicación efectiva puede generar incomodidad o inseguridad en los pacientes, llevándolas a postergar o evitar la realización del tamizaje (62).

Tiempo de entrega de los resultados

El tiempo de entrega de los resultados de los tamizajes de cáncer cervicouterino puede convertirse en una barrera para la asistencia de las mujeres a estos exámenes, ya que la demora en obtener el diagnóstico genera incertidumbre y desmotivación. La percepción de que el proceso es prolongado puede hacer que posterguen o eviten la prueba, especialmente si enfrentan dificultades para acudir nuevamente al establecimiento de salud por motivos laborales, familiares o geográficos. Además, la espera prolongada puede generar ansiedad, afectando la disposición de los pacientes a someterse a futuros controles preventivos (63).

Vergüenza al examen ginecológico

La vergüenza al examen ginecológico representa una barrera significativa para la asistencia a los tamizajes de cáncer cervicouterino, ya que muchas mujeres experimentan incomodidad o pudor al exponerse esencialmente durante la evaluación médica. Esta sensación puede estar influenciada por factores socioculturales, creencias personales o experiencias previas negativas, lo que genera resistencia a acudir a los controles preventivos. Además, el temor al juicio del personal de salud o la falta de confianza en el trato recibido refuerzan esta

barrera, postergando o impidiendo la realización de pruebas como el Papanicolaou, a pesar de su importancia en la detección temprana de la enfermedad (64).

Miedo al resultado positivo

El miedo a un resultado positivo en el tamizaje de cáncer cervicouterino representa otra de las barreras para la participación en estos controles preventivos, ya que muchas mujeres asocian este diagnóstico con consecuencias graves, como tratamientos invasivos, estigmatización social o incluso la muerte. Esta preocupación no sólo genera ansiedad, sino que también puede llevar a la postergación o eludir por completa la prueba, afectando la detección temprana de la enfermedad. La falta de información clara sobre los pronósticos y las opciones terapéuticas disponibles, así como el temor a enfrentar cambios en su vida personal y familiar, refuerzan esta resistencia, haciendo imprescindible fortalecer estrategias de educación y consejería para reducir estas percepciones negativas (65).

Temor al dolor del procedimiento

El temor al dolor durante el procedimiento de tamizaje para el cáncer cervicouterino representa una barrera significativa que influye en la decisión de muchas mujeres de no acudir a estas pruebas preventivas, esta percepción suele estar basada en experiencias previas, testimonios de otras personas o en la falta de información clara sobre el nivel real de molestia que puede generar el examen y en algunos casos, la ansiedad ante la posibilidad de sentir dolor se ve agravada por la falta de empatía en la atención médica o por experiencias negativas previas en consultas ginecológicas, y como resultado, muchas mujeres optan por

postergar o evitar el tamizaje, lo que incrementa el riesgo de un diagnóstico tardío y limita las oportunidades de intervención temprana (66).

Olvido o descuido para acudir a realizarse el tamizaje de cáncer cervical

El olvido o descuido para acudir al tamizaje de cáncer cervicouterino representa una barrera significativa en la prevención y detección temprana de esta enfermedad, circunstancias como la rutina diaria, la carga laboral, las responsabilidades familiares y la falta de recordatorios adecuados pueden hacer que las mujeres posterguen o pasen por alta la importancia de realizar la prueba. En muchos casos, la ausencia de síntomas refuerza la percepción de que no es una prioridad, lo que disminuye la adherencia a los controles periódicos, esto resalta la necesidad de estrategias que fomenten el hábito del tamizaje, como recordatorios personalizados, educación continua y accesibilidad a los servicios de salud (19).

Decisión para realizarse el tamizaje de manera voluntaria y periódica

La decisión de someterse voluntaria y periódicamente al tamizaje de cáncer cervicouterino puede representar una barrera cuando las mujeres perciben esta práctica como innecesaria o poco prioritaria en su vida cotidiana, condiciones como el desconocimiento sobre la importancia de la detección temprana, el temor al resultado, la incomodidad del procedimiento o la falta de síntomas visibles pueden generar resistencia a asistir a los controles preventivos. Además, en algunos casos, la autonomía en la toma de decisiones puede estar influenciada por creencias culturales o experiencias previas negativas en los servicios de salud, lo que refuerza la postergación o el rechazo de la prueba, afectando así la prevención y detección oportuna de la enfermedad (67).

2.4 Definición de términos básicos

Conocimiento: El conocimiento un conjunto de información, habilidades y comprensiones que adquirimos mediante el razonamiento, la experiencia y la educación (34).

Prácticas: Son actividades o acciones repetidas que se realizan para aplicar conocimientos, mejorar habilidades o cumplir con ciertos objetivos en un contexto determinado (68).

Inasistencia: Es la no asistencia o suspenso a un lugar o a un acto donde debe cumplir una tarea específica (69).

Cáncer: Es el crecimiento descontrolado de células anormales que pueden extenderse y afectar otras partes del cuerpo, está puede originarse en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo (70).

Papanicolaou: Es un procedimiento que utiliza un pequeño cepillo para recoger células de la superficie del cuello uterino y sus alrededores. Estas células se analizan al microscopio para detectar cáncer de cuello uterino, cambios celulares precancerosos y otras condiciones como infecciones o inflamaciones (70).

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA): Es un método para detectar lesiones precancerosas en el cuello. Consiste en diluir una solución de ácido acético en el cuello uterino y observar si hay cambios en la coloración del tejido; las áreas que se tornan blancas pueden señalar la presencia de células anormales (72).

Virus del papiloma humano (VPH): Son un grupo de virus que están asociados con el desarrollo de ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de cuello uterino,

anal, la garganta y genital. Se suele transmitir principalmente por contacto sexual (73).

Factores de riesgos: Son condiciones o comportamientos que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad o sufrir un problema de salud. Incluyen características sociodemográficas, genéticas, ambientales, químicas, infecciones ocasionadas por virus o bacterias (74).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

Ho: No existe relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

3.1.2 Hipótesis específicas

H1: Existe diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino.

Ho: No existe diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino.

Los demás objetivos son descriptivos y no requieren hipótesis.

3.2 Identificación de variables e indicadores

Variable 1: Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino

- Definición del cáncer de cuello uterino
- Etiología del cáncer de cuello uterino
- Cuadro clínico del cáncer de cuello uterino
- Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino
- Diagnóstico del cáncer de cuello uterino
- Medidas preventivas del cáncer de cuello uterino

Variable 2: Inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino

Definición de inasistencia al tamizaje: La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda realizarse la inspección visual con ácido acético o Papanicolaou con un intervalo rutinario de cada 3 años, entonces el incumplimiento de pruebas de detección de cáncer cervicouterino, será cuando la mujer nunca se realizó o se haya realizado la prueba hace más de 3 años.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE 1: Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino	Es el conjunto de información que poseen las usuarias a partir de experiencias y aprendizajes que desarrollaron a lo largo del tiempo.	Se evaluará el conocimiento que tienen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino.	Conocimiento	Definición del cáncer de cuello uterino.	Alto: 11-15 Medio: 6-10 Bajo: 0-5	Ordinal
				Cuadro clínico del cáncer de cuello uterino.		
				Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino		
				Diagnóstico del cáncer de cuello uterino.		
				Prevención del cáncer de cuello uterino		
VARIABLE 2: Inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino	La Organización Mundial de la Salud recomienda realizarse la inspección visual con ácido acético o Papanicolaou con un intervalo rutinario de cada 3 años, entonces el incumplimiento de pruebas de detección de cáncer cervical, será cuando la mujer nunca se realizó o se haya realizado la prueba hace más de 3 años.	Se considera inasistencia cuando una mujer no se somete a las pruebas de tamizaje recomendadas como el papanicolaou y la inspección visual con ácido acético dentro del período establecido.	Inasistencia	¿Alguna vez te realizaste el Papanicolaou (PAP)?	Si	Nominal
					No	
				¿Alguna vez te realizaste la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)?	Si	Nominal
					No	
				¿Te has realizado el Papanicolaou (PAP) o la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en los 3 últimos años?	Si	Nominal
					No	

IV. METODOLOGÍA

4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

El presente estudio se realizará en una comunidad campesina de Asil-Viracochan, el cual está ubicado en el distrito de San Pedro de Cachora, provincia de Abancay, departamento de Apurímac.

Limites:

Por el Norte: Con el departamento la convención y la provincia de Anta del departamento de Cusco.

Por el Sur: con el distrito de Tamburco Abancay y Lambrama.

Por el Este: Con la provincia de Anta Cusco y el distrito de

Curahuasi. Por el Oeste: Con los distritos de Huanipaca, Tamburco,

Abancay (75).

Localización geográfica

San Pedro de Cachora está ubicado aproximadamente a una altitud de 2.903 msnm, con una población de 3849 (76).

4.2. Tipo y nivel de investigación

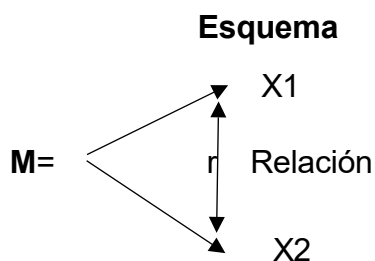
- Según la intervención del investigador: Es de tipo observacional, centrada en la exploración de nuevos conocimientos, sin la intervención del investigador a través de la observación (77).

- Según la planificación de la toma de datos: Es prospectivo debido a que se utiliza fuentes primarias.
- Según el número de ocasiones que mide la variable de estudio: Fue de corte transversal ya que la recolección de datos fue tomada en un momento u ocasión, este estudio es aplicado en un determinado momento sin la necesidad de realizar un seguimiento.
- Según el número de variables de interés: Bivariado
- Nivel de investigación: El estudio fue de nivel descriptivo relacional.

Descriptivo: La investigación se enfocó en describir el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino, así como en comparar las medias de conocimiento (77)

Relacional: La investigación permitió medir dos variables tanto el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino, de esta manera se buscó establecer relación estadística entre cada una de ellas (77).

- Diseño de investigación: Se trato de una investigación no experimental, ya que no hubo intervención ni manipulación de variables. En este tipo de estudios, únicamente observamos y analizamos los fenómenos (78).



Dónde:

M: Muestra de mujeres de la comunidad campesina Asil Viracochan-San Pedro de Cachora,2025

X1: Conocimiento sobre cáncer cervicouterino

X2: Inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino.

r: Relación entre el conocimiento e inasistencia al tamizaje cervicouterino

4.3. Unidad de análisis

Este estudio estuvo compuesto por mujeres de 25 a 69 años de la comunidad campesina Asil Viracochan - San Pedro de Cachora,2025.

4.4. Población de estudio

La presente investigación estuvo conformada por 110 mujeres de la comunidad campesina Asil Viracochan - San Pedro de Cachora,2025, según el padrón general (Censo comunal).

4.5. Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra fue calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{110 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(110 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{105.644}{1.232}$$

$$n = 85.75$$

$$n = 86$$

La muestra estuvo conformada por 86 mujeres de la población de mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, en el periodo del año 2025; garantizando primero que hayan cumplido con los criterios de exclusión e inclusión de esta manera garantizaremos la representatividad de la población.

Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan iniciado su actividad sexual
- Mujeres entre las edades de 25 - 69 años.
- Todas las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan del distrito San Pedro de Cachora que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado en cuanto al estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no hayan iniciado su actividad sexual
- Mujeres con antecedente de cáncer de cervicouterino
- Mujeres menores de 25 años o mayores de 69 años.
- Mujeres que no residan permanentemente en la comunidad campesina de Asil Viracochan.
- Mujeres que no aceptaron, ni firmaron el consentimiento informado del

presente estudio.

- Mujeres con alguna condición médica que impida su participación en la investigación (por ejemplo, problemas cognitivos graves o alteraciones psiquiátricas).

4.6. Técnica de selección de muestra

El muestreo fue probabilístico, de tipo aleatorio simple.

4.7. Técnicas de recolección de información

La técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario

El instrumento de investigación estuvo dividido en 2 partes: La primera sección esta subdividida en 7 ítems que busca identificar los datos generales de las mujeres de la comunidad de Asil Viracochan- San Pedro de Cachora.

La segunda parte buscó identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan- San Pedro de Cachora, de igual modo esta subdividida en 15 ítems. El presente instrumento fue tomado de estudios previos y adaptado al presente estudio. Asimismo, la validación externa (validación a juicio de expertos) del instrumento estuvo a cargo de 4 expertos, y la validez interna (fiabilidad) fue realizado mediante Kuder Richardson (KR20), obteniendo un puntaje de 0.73, que lo hace aceptable para su aplicación.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información

Para poder recolectar los datos necesarios de mi presente investigación se contó

con la aprobación del proyecto de investigación por el comité de investigación de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Una vez aprobado el proyecto se procedió a pedir los permisos necesarios a las respectivas autoridades de la comunidad campesina de Asil Viracochan, para tener la autorización de recolectar los datos de la institución correspondiente.

Posterior a la obtención del permiso se procedió a aplicar el cuestionario para recoger los datos de todas las mujeres que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos anteriormente y se procedió a llenar los cuestionarios. Se garantizó y enfatizó que la recolección de datos fue realizada personalmente por el investigador, para disminuir los errores.

Los datos recolectados fueron analizados mediante Microsoft Excel 2019 y esta será procesada en el paquete estadístico SPSS versión 26.

Estadística descriptiva: Las variables numéricas fueron presentadas mediante medidas de tendencia central y de dispersión como la media, mediana, moda, desviación estándar y valor mínimo y máximo. Seguidamente las variables categóricas fueron analizadas mediante medidas de frecuencias y porcentajes, presentadas en tablas y figuras. El promedio de conocimiento es presentado mediante tablas de frecuencias, diagramas de cajas y bigotes.

Estadística Inferencial: La prueba estadística usada para las pruebas de hipótesis general fue Chi cuadrado, debido que se relacionó las variables categóricas nivel de conocimiento e inasistencia al tamizaje de cáncer, estableciendo un valor de significancia de $p < 0,05$, y un nivel de confianza del 95%.

Para establecer las diferencias de medias de conocimientos en cáncer entre las mujeres asistentes e inasistentes al tamizaje, se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney, debido a que los datos de conocimientos de ambos grupos de mujeres tenían una distribución diferente a la normal.

4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

Las hipótesis estadísticas tuvieron el objetivo de comprobar la significancia estadística, fueron evaluados utilizando un nivel de confianza del 95%, se comparó con la probabilidad del error del 5%. Para probar las hipótesis planteadas se siguió la siguiente regla:

Si $p \text{ valor} > 0,05$: Se acepta la hipótesis nula

Si $p \text{ valor} < 0,05$: Se rechaza la hipótesis nula

4.10. Aspectos éticos de la investigación

Confidencialidad: La información obtenida mediante la ficha de recolección de datos fue utilizada únicamente con fines investigativos, asegurando la protección de la privacidad de las mujeres participantes en todo momento.

Veracidad: Los datos recopilados fueron procesados y analizados estadísticamente a través del software SPSS, sin sufrir modificaciones. Se garantizó la exactitud e integridad de la información durante toda la investigación.

No maleficencia: La ficha de recolección de datos fue elaborada para evitar cualquier tipo de daño físico o psicológico a las participantes. Respetando la confidencialidad de las mujeres encuestadas en todo momento, y la ficha fue aplicada de manera cuidadosa, recogiendo únicamente los datos específicos para el estudio.

Beneficencia: La investigación tiene como objetivo establecer la relación entre el conocimiento y las prácticas preventivas del cáncer, con el fin de promover la detección temprana y prevención de la enfermedad y la reducción de la morbimortalidad. Los resultados del estudio podrían contribuir a mejorar las políticas de salud y las intervenciones clínicas, en beneficio de las mujeres.

V. RESULTADOS

5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de dispersión de las características generales de las mujeres de estudio.

	Edad	Inicio de relaciones sexuales	Parejas sexuales	Número de hijos
Media	49	18	1	5
Mediana	48	17	1	4
Moda	65	16	1	3
Desv. Est.	13.5	3.6	0.5	3.1
Mínimo	25	11	1	0
Máximo	69	32	3	14

Fuente: Cuestionario aplicado

En la Tabla 1 se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de las características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres entrevistadas. La edad promedio fue de 49 años, con un rango entre 25 y 69 años, y una desviación estándar de 13,5, lo que indica una considerable variabilidad en las edades. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años, con una edad mínima de 11 años y máxima de 32. En cuanto al número de parejas sexuales, el promedio reportado fue de 1, con un máximo de 3 parejas. Respecto al número de hijos, las participantes reportaron en promedio 5 hijos, con valores que oscilaron entre 0 y 14 hijos.

Tabla 2. Características generales de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan.

Características generales		N	%
Estado Civil	Soltera	5	5.8
	Conviviente	30	34.9
	Casada	44	51.2
	Viuda	7	8.1
Grado de Instrucción	Sin estudios	14	16.3
	Primaria	43	50
	Secundaria	24	27.9
	Superior	5	5.8
Ocupación	Ama de casa	78	90.7
	Estudiante	1	1.2
	Comerciante	3	3.5
	Independiente	4	4.7
Religión	Católica	65	75.6
	Evangélica	19	22.1
	Testigo de Jehová	2	2.3
	Total	86	100

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 2 se analiza las características generales, donde se evidencia que el 51.2% de las entrevistadas estaban casadas, mientras que la mitad tienen grado de instrucción primaria, seguido por el 27.9% que tiene estudios de nivel secundario. Respecto a la ocupación, una contundente mayoría de las mujeres del estudio (90.7%) son amas de casa y el 75.6% profesan la religión católica.

Figura 1. Características generales de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan.

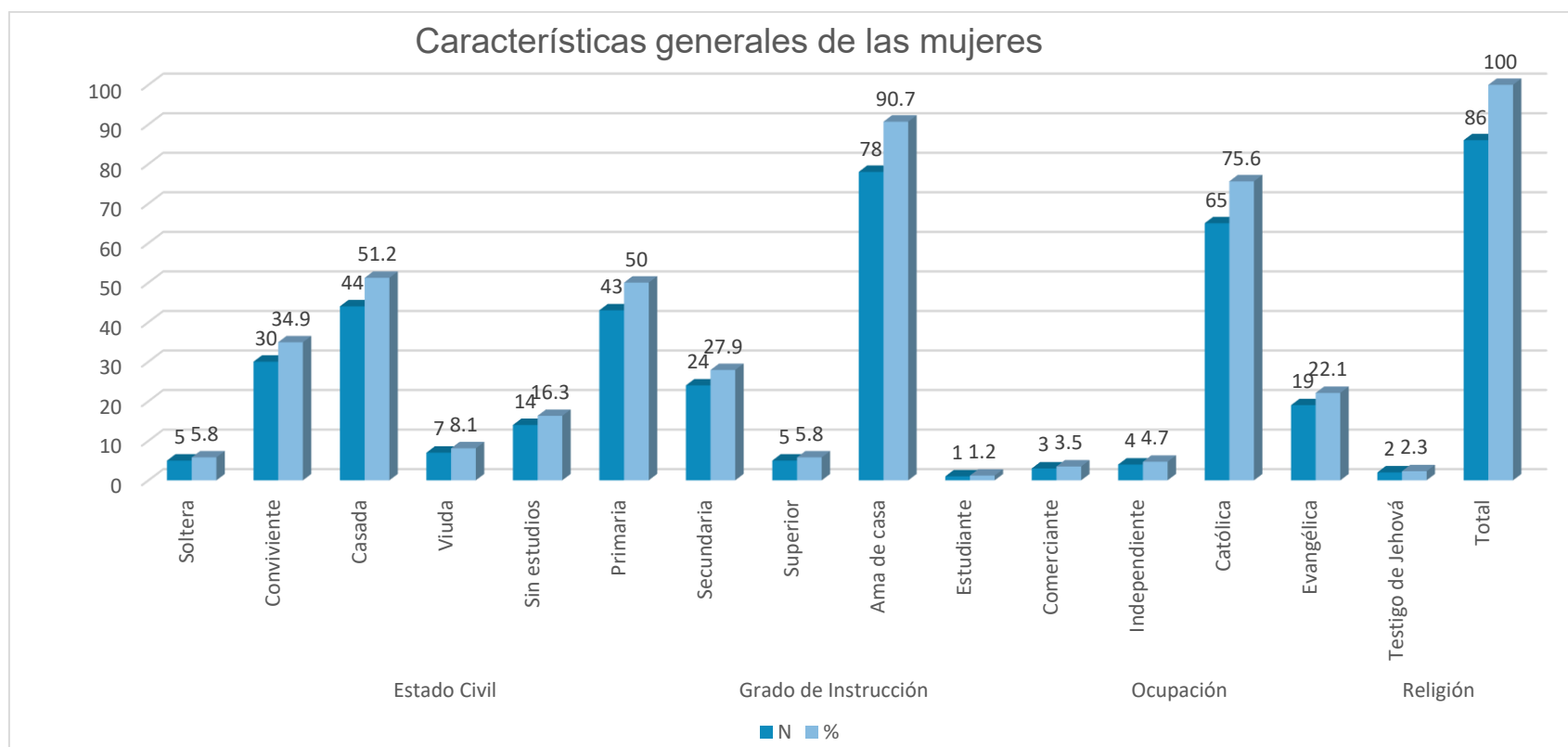


Tabla 3. Prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino.

Prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer Cervicouterino				
		n	%	IC95%
Inasistencia al tamizaje	Si	62	72.1%	62.6 – 81.5
	No	24	27.9%	18.4 – 37.3
Total		86	100	

IC95%: Intervalo de confianza del 95%

En la tabla 3 se observa la prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino de las mujeres del estudio sobre la realización del tamizaje de cáncer cervicouterino, ya sea con el Papanicolaou o IVAA durante los últimos 3 años, 72,1% de ellas manifestó no haberse realizado dichas pruebas. Mientras que sólo un 27,9% reportó haberse realizado una prueba de tamizaje ya sea de Papanicolaou o IVAA dentro de los

3 últimos años. Por lo tanto, en base a la definición construida para reportar la inasistencia al tamizaje, se reporta una prevalencia alta (72,1%) de inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

Figura 2. Prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad de estudio.

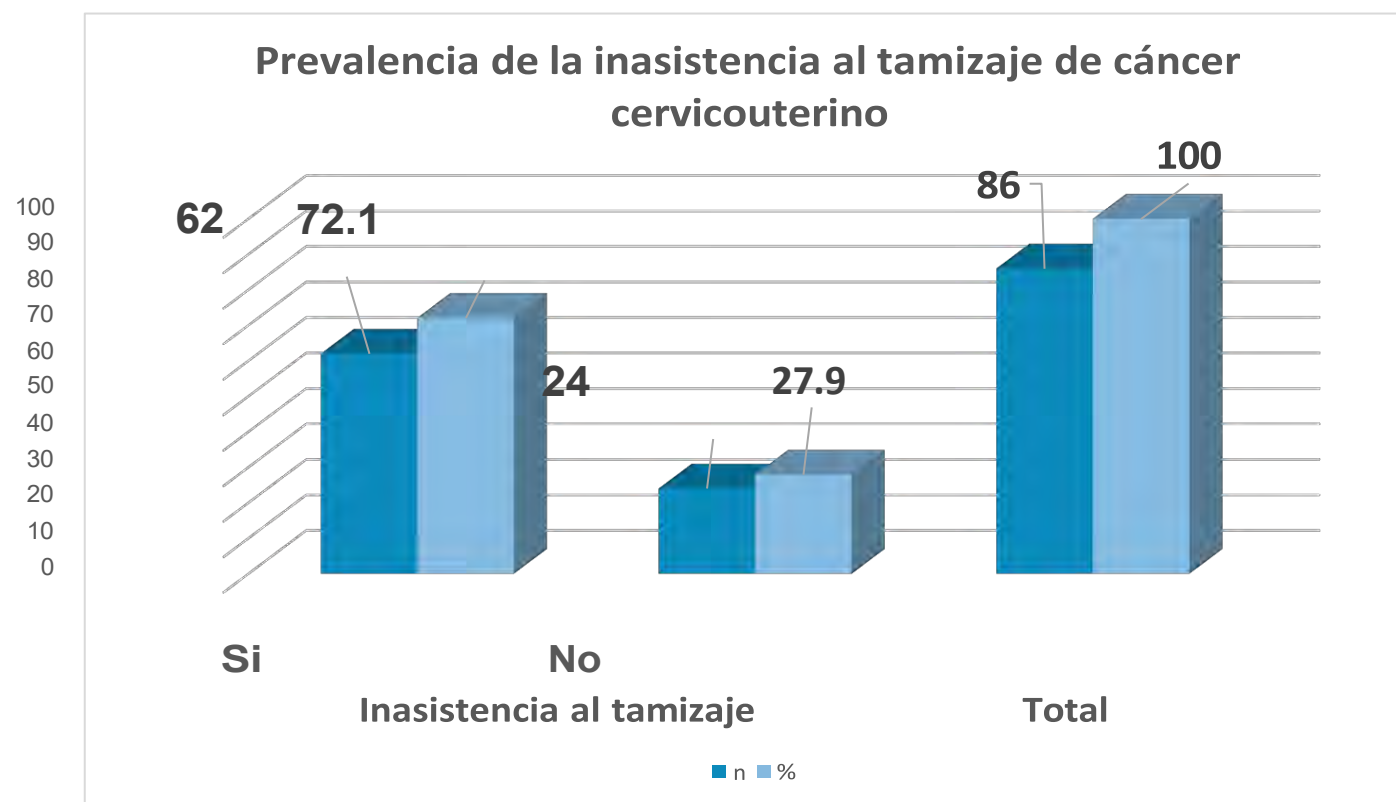


Tabla 4. Tabla cruzada entre el conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

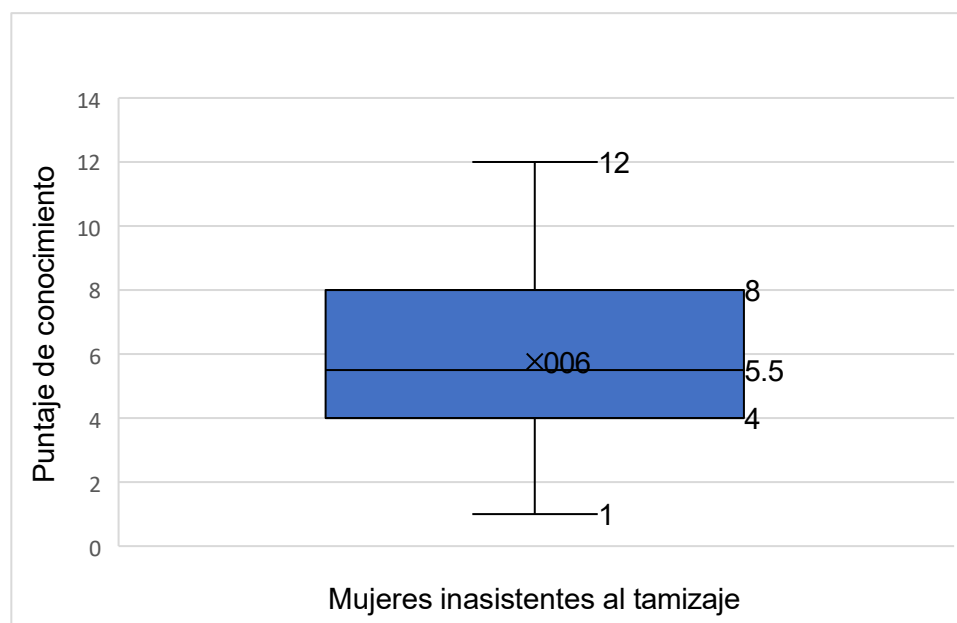
Inasistencia	Conocimiento en Cáncer cervicouterino							
	Total Bajo				Medio			
	Alto							
	F	%	f	%	f	%	F	%
Mujeres inasistentes	31	88.6	28	62.2	3	50	62	72,1
Mujeres asistentes	4	11.4	17	37.8	3	50	24	27.9
Total	35	100	45	100	6	100	86	100

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 4 se analiza el conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino, donde evidenciamos que el nivel de conocimiento bajo tuvo un 88.6% de mujeres inasistentes; el nivel de conocimiento medio tuvo a 62.2% mujeres inasistentes y el nivel de conocimiento alto un 50% entre las inasistentes.

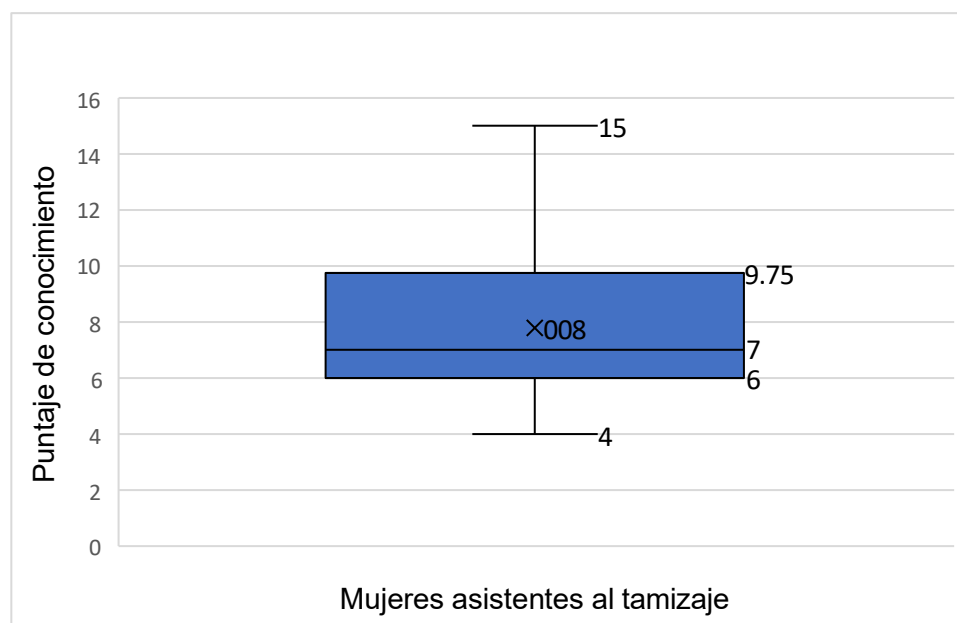
Se evidencia que a menor nivel de conocimiento (bajo y medio), existe una mayor inasistencia, evidenciando una relación inversa.

Figura 3. Promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina.



La figura 3, muestra el promedio de conocimiento que obtuvieron las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino. La media de conocimiento obtenido en este grupo fue 5.76 puntos como promedio, evidenciando un bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino. Así mismo se observa también que el puntaje mínimo obtenido en este grupo fue 1 y el puntaje máximo fue 12, con una mediana de 5.5 puntos.

Figura 4. Promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de estudio.



Al observar el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino en el grupo de las mujeres que asisten al tamizaje de cáncer cervicouterino, se ve que el promedio de conocimiento fue 7.79 puntos, con un valor mínimo obtenido de 4 y el máximo puntaje obtenido en este grupo fue 15. La mediana del puntaje de conocimiento fue 7.

5.2. Prueba de hipótesis

5.2.1 Hipótesis general

Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan.

Inasistencia	Conocimiento en cáncer cervicouterino	
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,359 ^a	0,015

Fuente: Cuestionario aplicado

Regla de decisión:

$\alpha > 0,05$ = Acepto H_0

$\alpha < 0,05$ = Rechazo H_0

Entonces teniendo en cuenta que $0,015 < 0,05$ se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, se afirma que: Con un margen de error del 1.5%, se afirma que existe suficiente evidencia muestral para demostrar que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac.

Se deduce que la relación es inversa, ya que se ha demostrado que las mujeres que menos conocen sobre cáncer cervicouterino, más inasisten al tamizaje.

5.2.2 Hipótesis específica 1

Tabla 6. Diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad de estudio.

Conocimiento en cáncer cervicouterino	
Inasistentes \bar{X}	Asistentes \bar{X}
5,76	7.79
U de Mann Whitney	410
Sig, Bilateral	0.001

\bar{X} = Media aritmética

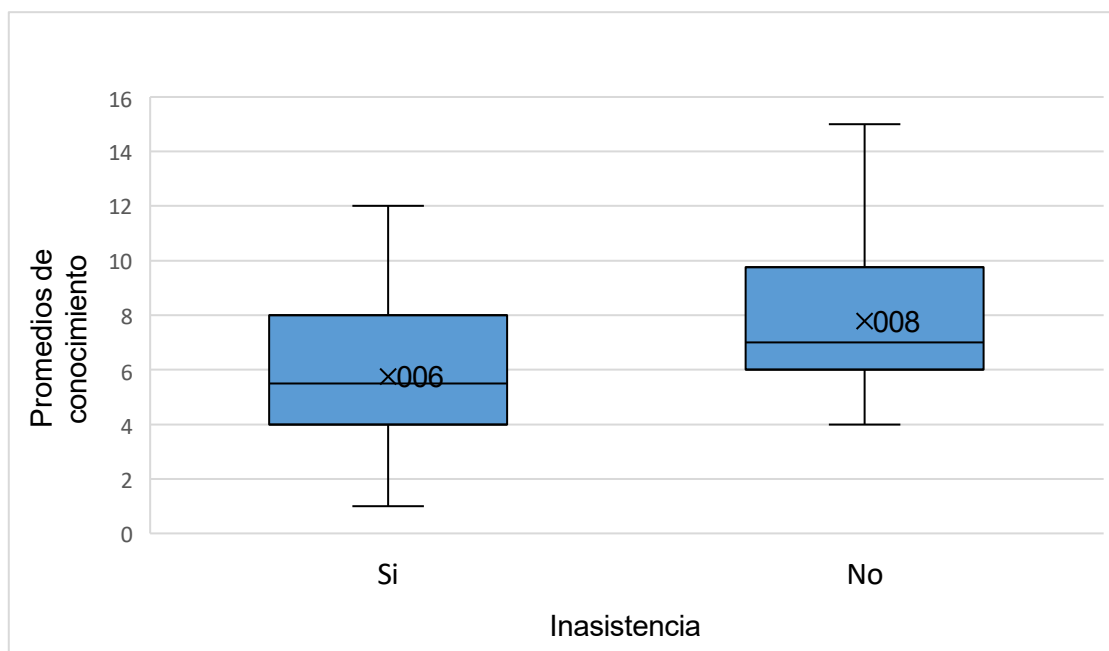
HA: Existe diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino.

H0: No existe diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino.

Decisión sobre la H₀

Con un margen de error del 0.1% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, afirmando que existe suficiente evidencia muestral para afirmar que existe diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino. Las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervical tienen un promedio de conocimiento menor al de las mujeres que asisten al tamizaje.

Figura 5. Medias de conocimiento en cáncer cervicouterino entre las mujeres 0inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino.



El diagrama de cajas y bigotes muestra los promedios de conocimiento en cáncer cervicouterino tanto en el grupo de mujeres con insistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino y en el grupo que no inasiste. Se evidencia que la media de conocimiento es mayor en el grupo que no inasiste al tamizaje, en comparación al grupo con inasistencia al tamizaje.

DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció una alta prevalencia de inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino (72.1%) en las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac. Este hallazgo es alarmante y supera ampliamente los valores reportados en estudios realizados en otras regiones del Perú, como en Cusco, donde la inasistencia fue del 32.05% (25), y en la evaluación nacional de Tukumoto et al., que reportó una tasa del 32.4% (26). Incluso en investigaciones anteriores como la de Huerta (28), la inasistencia fue menor, situándose en 16,92% para el año 2018. Estas diferencias pueden explicarse por el contexto rural de la población de estudio, caracterizado por barreras geográficas, culturales y educativas que dificultan el acceso a servicios de salud preventiva.

Asimismo, se encontró una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la asistencia al tamizaje ($p = 0.015$), siendo la inasistencia mayor entre las mujeres con conocimiento bajo (88.6%), en comparación con aquellas con conocimiento medio (62.2%) y alto (50%). Este patrón se observa también en el estudio nacional de Segovia (23), donde se evidenció que las mujeres con conocimiento adecuado del cáncer cervicouterino tenían una mayor prevalencia de asistencia al tamizaje (27%). Similarmente, Baca (25) identificó que conocer el objetivo del tamizaje aumentaba significativamente la probabilidad de realizarse la prueba (RPa 1.67; $p = 0.002$). Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que el conocimiento es un factor determinante en la participación en programas de prevención.

A nivel internacional, estudios en Etiopía y la India reportaron resultados congruentes. Begetayinoral et al. (18) encontraron que las mujeres con buen conocimiento sobre el tamizaje eran 3,5 veces más propensas a asistir a la prueba (OR: 3.49; IC 95%: 2.04–6.93). Sakrawal et al. (19), por su parte, señalaron que sólo el 9% de mujeres en áreas rurales de Jaipur tenía conocimientos sobre el cáncer cervicouterino, lo cual se relacionó con una bajísima adherencia al control regular (1,3%). Estos datos evidencian una tendencia común en poblaciones rurales, donde la escasez de información y la persistencia de estigmas afectan negativamente la conducta preventiva en salud.

Otro hallazgo relevante en este estudio fue que las mujeres asistentes al tamizaje mostraron niveles significativamente más altos de conocimiento, con un promedio de 7, en comparación al promedio de conocimiento de cáncer cervicouterino del grupo de mujeres inasistentes al tamizaje, donde se obtuvo una media de 5.5; evidenciándose que las mujeres asistentes al tamizaje tienen promedios de conocimiento de cáncer cervicouterino mayores que las inasistentes ($p < 0.001$), lo cual reafirma una correlación positiva entre conocimiento y participación. Esta asociación también fue documentada por Maree y Kampinda (22) en Malawi, donde la falta de conocimiento fue la razón más común para la inasistencia (77.1%). De manera similar, en Brunéi, Chaw et al. (20) destacaron la influencia de factores emocionales y la desinformación como barreras claves para acceder al tamizaje, identificando el miedo a los resultados (16,1%) y la vergüenza (14,9%) como causas frecuentes de inasistencia.

En contraste, un estudio realizado por Castillo en Piura (27) encontró que, pese a un bajo nivel de conocimiento (sólo el 3,5% tenía conocimiento bueno), no se halló relación significativa entre el conocimiento y la actitud hacia el tamizaje ($p = 0.531$). Este

resultado, aunque aislado, sugiere que otros factores como la percepción de riesgo, la accesibilidad o el acompañamiento social podrían también influir en la decisión de acudir al tamizaje, por lo que se requiere mayor profundización en investigaciones futuras.

A nivel local, los datos hallados coinciden con lo reportado por Saire en Ica (24), donde la inasistencia fue del 72.5% y se concluyó que existía una relación significativa entre el conocimiento y la realización del Papanicolaou. Además, estudios como el de Hernández (29) indican que factores como la falta de pareja y el desconocimiento del modo de prevención inciden en la negativa a realizarse la prueba, pese a que el 92,5% decía tener conocimiento del cáncer. Esto refuerza la idea de que el conocimiento debe ir acompañado de estrategias educativas que promuevan la acción.

Finalmente, los resultados de esta investigación coinciden con la literatura internacional y nacional que señalan que el déficit de conocimiento es uno de los principales obstáculos para la realización del tamizaje de cáncer cervicouterino. Por lo tanto, se resalta la necesidad de fortalecer intervenciones educativas sostenidas, adaptadas al contexto cultural de las comunidades rurales, que incluyan no sólo información sobre la enfermedad, sino también sobre el procedimiento del tamizaje, sus beneficios, y desmitificación de creencias erróneas.

Los hallazgos de esta investigación tienen importantes implicaciones para la salud pública, ya que evidencian que mejorar el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino podría ser una estrategia efectiva para aumentar la cobertura del tamizaje en comunidades rurales. Las autoridades sanitarias, instituciones educativas y personal de salud deben priorizar la educación comunitaria con enfoque intercultural, diseñando intervenciones que consideren las creencias, el contexto local y las barreras emocionales

que enfrentan las mujeres. Además, estos resultados apoyan la implementación de políticas públicas que acerquen los servicios preventivos a las zonas rurales mediante campañas itinerantes o autotoma supervisada, reduciendo los obstáculos logísticos y culturales.

Entre las principales limitaciones del presente estudio se encuentra su diseño transversal, que no permite establecer una relación causal entre el nivel de conocimiento y la inasistencia al tamizaje del cáncer de cuello uterino. Además, la información fue obtenida mediante encuesta autoinformada, lo cual puede estar sujeta a sesgos de deseabilidad social o recuerdo. Otra limitación es la restricción geográfica del estudio a una sola comunidad campesina, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones rurales o urbanas con características distintas.

Cabe resaltar que este estudio aborda un tema escasamente investigado en contextos rurales, donde los registros y el acceso a información actualizada es limitado. Esta falta de antecedentes locales dificultó el respaldo bibliográfico, pero a la vez se evidenció la necesidad de seguir profundizando en esta problemática.

Se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan evaluar el impacto de intervenciones educativas en el comportamiento de tamizaje de las mujeres rurales. Asimismo, sería pertinente incluir variables adicionales como el nivel de autonomía de decisión, apoyo familiar, acceso real a los servicios de salud, percepción de riesgo y creencias culturales. Futuras investigaciones también podrían explorar la eficacia de estrategias de autotoma del papanicolaou o las pruebas de VPH en contextos rurales como una alternativa para mejorar la cobertura del tamizaje de cáncer de cuello uterino en zonas con barreras estructurales de acceso. Finalmente, se sugiere replicar este

estudio en diferentes regiones del país para obtener un panorama más representativo de la realidad nacional y diseñar intervenciones focalizadas.

VI. CONCLUSIONES

1. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje del cáncer cervicouterino con un análisis estadístico de ($p = 0.015$).
2. Se identificó una prevalencia elevada (72.1%) de inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, al considerar la realización del Papanicolaou o IVAA durante los últimos tres años. Sólo el 27.9% reportó haberse realizado al menos una de estas pruebas en dicho periodo.
3. El promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino en las mujeres inasistentes al tamizaje fue de 5.5 puntos.
4. El promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino en mujeres asistentes al tamizaje fue de 7 puntos.
5. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los promedios de conocimiento entre mujeres asistentes e inasistentes al tamizaje ($p < 0.001$), confirmando que las mujeres que no acceden al tamizaje presentan, en promedio, menor conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en comparación a las mujeres que si asisten al tamizaje.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar charlas educativas en quechua.

En vista de la relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la inasistencia, se recomienda realizar charlas educativas en quechua utilizando ejemplos simples y materiales visuales. Estas acciones permitirán mejorar la comprensión sobre el cáncer cervicouterino y reducir las brechas de información identificadas en la población.

2. Implementar campañas de tamizaje dentro de la misma comunidad.

Dado el alto porcentaje de inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino (72,1%), se recomienda fortalecer la presencia del personal de salud en la comunidad mediante campañas móviles de tamizaje gratuitas, evitando traslados largos y facilitando la asistencia de las mujeres, con enfoque intercultural y adecuadas al contexto rural, priorizando a las mujeres en edad reproductiva y post-reproductiva.

3. Desarrollar intervenciones educativas comunitarias continuas.

La diferencia significativa en los promedios de conocimiento entre mujeres inasistentes, destaca la necesidad urgente de desarrollar intervenciones educativas efectivas. En este contexto, es fundamental diseñar programas educativos sostenibles que aborden tanto el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, como los factores de riesgo asociados y la importancia del tamizaje regular.

Además, el uso de estrategias participativas resulta esencial para aumentar la comprensión y el compromiso de la población objetivo. Las charlas informativas,

las dramatizaciones y las visitas domiciliarias son métodos eficaces para sensibilizar y motivar a las personas a participar en programas de prevención. Las dramatizaciones, por ejemplo, permiten visualizar de forma práctica los riesgos y beneficios del tamizaje, mientras que las visitas domiciliarias acercan la información a los hogares y proporcionan un espacio para resolver dudas y promover un cambio de actitud hacia la salud.

4. Capacitar a agentes comunitarios y líderes locales como promotores de salud.

Dado que las mujeres con mayor conocimiento tienden a asistir más al tamizaje, es recomendable formar y empoderar a agentes comunitarios, lideresas locales y promotoras de salud para que transmitan información confiable en su propio idioma y refuercen la participación de las mujeres en las actividades de tamizaje. Su participación es clave para llegar a las mujeres con menor conocimiento, quienes presentan mayor riesgo de inasistencia.

5. Sensibilizar al personal de salud en atención intercultural.

Ante la diferencia significativa de conocimiento entre mujeres asistentes e inasistentes, se recomienda brindar una atención más cálida, comprensible y cercana, enfocada en el respeto a las creencias y prácticas de la comunidad

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Americana del Cáncer. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)? [Internet]. 2024 [citado 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
2. Maggi BL, Tumbaco AE, Villón NJ, Cacao ML. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en usuarias del Centro Oncológico Santa Elena. Revista de Investigación Talentos [Internet]. junio de 2023 [citado 22 de abril de 2025];10(1):68-79. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9155402>
3. Bray Freddie, Laversanne M, Sung H, Siegel RL, Soerjomataram I, Ferlay J, et al. Estadísticas mundiales del cáncer 2022: Estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad a nivel mundial de 36 tipos de cáncer en 185 países. Sociedad Americana del Cáncer [Internet]. 4 de abril de 2024 [citado 22 de abril de 2025];74(3):229-63. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21834>
4. Viquez KF, Cascante R, Hidalgo MJ. Cáncer de cérvix: generalidades. Revista Médica Sinergia [Internet]. 1 de septiembre de 2022 [citado 23 de abril de 2025];7(9):898. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/898/1990>
5. Jiménez AK, Orozco C, Amaro MD, Jiménez V. Factores que intervienen en la prevención del cáncer cervicouterino en jóvenes, medidas de prevención y rol del personal profesional de enfermería. CienciAcierta [Internet]. 30 de enero de 2023 [citado 23 de abril de 2025];42(4). Disponible en:

[Factores que intervienen en la prevención del cáncer cervicouterino en jóvenes medidas de prevención y rol del personal profesional de enfermería revisión de literatura.](https://www.researchgate.net/publication/377590003)

6. Aweke YH, Ayanto SY, Ersado TL. Conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención y el control del cáncer de cuello uterino entre mujeres en edad fértil en la ciudad de Hossana Town, zona de Hadiya, sur de Etiopía: estudio transversal comunitario. PLoS One [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 23 de abril de 2025];12(7). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181415>
7. Mupepi SC, Sampsel CM, Johnson TRB. Conocimientos, actitudes y factores demográficos que influyen en el comportamiento de detección del cáncer de cuello uterino de las mujeres zimbabuenses. <https://home.liebertpub.com/jwh> [Internet]. 14 de junio de 2011 [citado 23 de abril de 2025];20(6):943-52. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2010.2062>
8. Khanna D, Khargekar N, Budukh A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer de cuello uterino y su detección entre los trabajadores de salud comunitarios del distrito de Varanasi, Uttar Pradesh, India. J Family Med Prim Care [Internet]. 2019 [citado 23 de abril de 2025];8(5):1715. Disponible en: https://journals.lww.com/jfmpc/fulltext/2019/08050/knowledge_attitude_and_practice_about_cervical.37.aspx
9. Soneji S, Fukui N. Determinantes socioeconómicos del cribado del cáncer

- cervicouterino en América Latina. Rev Panam Salud Publica;33(3), mar 2013 [Internet]. 2015 [citado 12 de marzo de 2025];33(3). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9202>
10. Chipana Díaz J, Del Águila Chirito B, Panduro Reyes G, Vela Ruiz J. Cobertura del tamizaje del cáncer de cérvix en Latinoamérica. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, [Internet]. 2025 [Citado 16 de diciembre de 2025];85(3), 429-439. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00850313>
 11. Information before anyone else (Infobae). En Perú el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte entre las mujeres, según Minsa: ¿cómo prevenir esta enfermedad? - Infobae [Internet]. 2024 [citado 1 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/03/11/en-peru-el-cancer-de-cuello-uterino-es-la-primera-causa-de-muerte-entre-las-mujeres-segun-minsa-como-prevenir-esta-enfermedad/>
 12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles [Internet]. 2023 [citado 8 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf
 13. Becerra Canales B, Campos Sobrino M, Campos sobrino M, Martínez Munante RD. Inspección visual con ácido acético y el control del cáncer de cuello uterino en atención primaria, [Internet]. 2024 [Citado 16 de diciembre de 2025]; 84: 526-533. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v84n3/1669-9106-medba-84-03-526.pdf>
 14. Medina Nolasco EK, Mendoza Buleje ER, Vilca Apaza GR, Mamani Fernández

- NN, Alfaro Campos K. Tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de una región Andina del Perú. Arandu UTIC. 2024;11(1):50-63. Disponible en: <https://www.uticvirtual.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/177>
15. Medicina Clínica Y social. Vista de Factores que favorecen el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años: Sub-análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, Perú [Internet]. 2023 [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/268/277>
16. Bendezu G, Soriano AN, Urrunaga D, Venegas G, Benites VA. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2025];37(1):17-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342020000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Springe L, Kivite A, Kursite M, Curkste A, Zodzika J, Parna K, et al. Factores relacionados con la asistencia a las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino entre las mujeres en Letonia. Eur J Public Health [Internet]. 24 de octubre de 2023 [citado 28 de abril de 2025];33(Supplement_2). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.765>
18. Asociación Española Contra el Cáncer. Por qué el cáncer provoca pobreza [Internet]. 2021 [citado 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://blog.contraelcancer.es/cancer-pobreza/>
19. Loayza KA. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en mujeres

- adultas. Barrio Las Palmeras. La Libertad, 2023. [Internet]. [Ecuador]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2024 [citado 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/11559>
20. Begetayinoral KL, Woldamlak M, Wondafrash K. Determinantes de la intención de detección del cáncer de cuello uterino entre mujeres en edad reproductiva en Etiopía: una revisión sistemática y un metanálisis. PLoS One [Internet]. 1 de octubre de 2024 [citado 30 de mayo de 2025];19(10): e0312449. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0312449>
21. Sakrawal K, Meena G, Gupta A, Malav K, Grover S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer de cuello uterino entre mujeres adultas de la zona rural de Jaipur: un análisis observacional. J Family Med Prim Care [Internet]. octubre de 2023 [citado 10 de diciembre de 2024];12(10):2379-84. Disponible en: https://journals.lww.com/jfmpc/fulltext/2023/12100/knowledge_attitude_and_practice_about_cervical.31.aspx
22. Chaw L, Lee SHF, Ja'afar NIH, Lim E, Sharbawi R. Reasons for non-attendance to cervical cancer screening and acceptability of HPV self-sampling among Bruneian women: A cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 9 de marzo de 2025];17(3): e0262213. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262213>
23. Maree JE, Kampinda-Banda M. Conocimientos y prácticas sobre el cáncer de cuello uterino y su prevención entre las mujeres de Malawi. J Cancer Educ [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 10 de diciembre de 2024];35(1):86-92.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30415315/>

24. Segovia RA. Asociación entre conocimiento y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años del Perú durante el año 2022, según ENDES [Internet]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2025 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/d2de7e02-e80e-4531-9ec3-043e37e283b1/content>
25. Saire Navarro YL. Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en relación a la toma de papanicolau en mujeres de 50-64 años del Centro de Salud de Parcona - 2022 [Internet]. [Ica]: Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"; 2024 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4948>
26. Baca Rondan F. Factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino en usuarias de 5 centros de salud, provincia del Cusco 2024. 2024 [citado 9 de marzo de 2025]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/9168>
27. Tokumoto FS, Vidarte JC, Talavera JE, Ramirez AP, Torres JR, Espinoza R, et al. Factores que favorecen el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años: Sub-análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, Perú. Medicina Clínica y Social [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 29 de mayo de 2025];7(1):17-25. Disponible en: <https://www.medicinaclicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/268>
28. Castillo LA. Nivel de conocimiento y actitud hacia la toma de papanicolaou en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Santa Teresita Sullana - Piura, 2023 [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Chimbote]: Universidad Católica los

- Ángeles de Chimbote; 2024 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/35867>
29. Huerta 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. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2020. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4239>
30. Rodríguez L. Teoría del de la acción razonada y el comportamiento. 2012 [citado 10 de marzo de 2025];1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358919>
31. Psicología y mente. El modelo de creencias sobre la salud [Internet]. 2019 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-creencias-salud#google_vignette
32. Aristizábal GP, Blanco DM. Nola Pender: biografía y teoría de la promoción de la salud [Internet]. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/nola-pender/>
33. La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura [Internet]. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-del-aprendizaje-social-bandura/>
34. Enciclopedia Significados. Conocimiento: Qué es, Concepto, Definición, Tipos y Características - Enciclopedia Significados [Internet]. 2024 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/>

35. Economipedia. Conocimiento científico [Internet]. 2024 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://economipedia.com/definiciones/conocimiento.html>
36. Bravo E, Águila N, Guerra D, Blanco Y, Rodríguez O, Oliva M. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. MediSur [Internet]. 2020 [citado 10 de marzo de 2025];18(4):685-93. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400685&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Instituto nacional del cáncer. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
38. American Cancer Society. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)? [Internet]. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
39. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino [Internet]. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
40. Instituto nacional del cáncer. Causas, riesgos y prevención del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/causas-factores-riesgos-prevencion>
41. Arévalo R, Arévalo D, Villarroel CJ. El cáncer de cuello uterino. Revista Médica La Paz [Internet]. 2017 [citado 10 de marzo de 2025];23(2):45-56. Disponible

en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

42. Instituto nacional del cáncer. Síntomas del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2022 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/sintomas>
43. Instituto nacional del cáncer. Estadios del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2022 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/estadios>
44. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino [Internet]. 2020 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
45. Ortiz R, Uribe CJ, Díaz L A, Dangond Y R. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. 30 de junio de 2004 [citado 10 de marzo de 2025];55. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/602/649>
46. Smith JS, Green J, Berrington A, Appleby P, Peto J, Plummer M, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. The Lancet [Internet]. 5 de abril de 2003 [citado 29 de abril de 2025];361(9364):1159-67. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/translate/goog/science/article/abs/pii/S0140673603129492?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=e s&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge
47. Instituto nacional del cáncer. Diagnóstico del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2024 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/diagnostico>

48. Instituto nacional del cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino según el estadio [Internet]. 2024 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/tratamiento/segun-estadio>
49. Instituto nacional del cáncer. Aspectos generales de la prevención del cáncer [Internet]. 2024 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/aspectos-generales-prevencion-paciente-pdq>
50. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. 2013 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/WHO-Comprehensive-CC-prevention-women-2013-Spa.pdf>
51. Ministerio de salud. Directiva sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ [Internet]. 2019 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1005684/rm-576-2019-minsa.pdf>
52. Ministerio de salud. Ministerio de salud. 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. Vacunación contra el VPH se amplía para niñas y adolescentes hasta los 18 años - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/919766-vacunacion-contr-el-vph-se-amplia-para-ninas-y-adolescentes-hasta-los-18-anos>
53. Alavi KE. Factores que intervienen en la decisión del tamizaje de cáncer de

- cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud San Martin de Porres, 2024 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/11893>
54. Marques P, Geraldés M, Gama A, Heleno B, Dias S. ¿Cuál es el papel de las barreras actitudinales en la inasistencia a las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino? Hallazgos de un estudio transversal con mujeres migrantes en Portugal. BMC Womens Health [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 11 de marzo de 2025];23(1):1-11. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12905-023-02198-2>
 55. Marques P, Geraldés M, Gama A, Heleno B, Dias S. Inasistencia a las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino entre mujeres inmigrantes en Portugal: un estudio transversal. Women's Health [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 11 de marzo de 2025];18.Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17455057221093034>
 56. Judah G, Dilib F, Darzi A, Huf S. Una encuesta poblacional sobre creencias en torno a la detección del cáncer de cuello uterino: determinación de las barreras y los facilitadores asociados con la asistencia. BMC Cancer [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 11 de marzo de 2025];22(1):1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12885-022-09529-w>
 57. Dickson KS, Boateng ENK, Acquah E, Ayebeng C, Addo IY. Screening for cervical cancer among women in five countries in sub-saharan Africa: analysis of the role played by distance to health facility and socio-demographic factors. BMC Health Serv Res [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 11 de marzo de 2025];23(1):1-10. Disponible en:

<https://link.springer.com/articles/10.1186/s12913-023-09055-w>

58. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, Maseko G, Takatshana S, Ndlovu P, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. BMC Womens Health [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 11 de marzo de 2025];22(1):1-20. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12905-022-02043-y>
59. Martinez J, Chima S, Boyd L, Sherwani A, Drosdowsky A, Karnchanachari N, et al. Failure to follow up abnormal test results associated with cervical cancer in primary and ambulatory care: a systematic review. BMC Cancer [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 11 de marzo de 2025];23(1):1-28. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12885-023-11082-z>
60. Bravington A, Chen H, Dyson J, Jones L, Dalglish C, Bryan A, et al. Challenges and opportunities for cervical screening in women over the age of 50 years: a qualitative study. British Journal of General Practice [Internet]. 3 de octubre de 2022 [citado 11 de marzo de 2025];72(725):E873-81.
Disponible en: <https://bjgp.org/content/early/2022/10/03/BJGP.2022.0036>
61. Dodd RH, Obermair HM, McCaffery KJ. Implementando cambios en el cribado cervical: un estudio cualitativo con profesionales de la salud. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 18 de junio de 2020 [citado 11 de marzo de 2025];60(5):776-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajo.13200>
62. Chawla B, Taneja N, Awasthi AA, Kaur KN, Janardhanan R. Knowledge, attitude, and practice on screening toward cervical cancer among health

- professionals in India— A review. *Women's Health* [Internet]. 2021 [citado 11 de marzo de 2025];17. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17455065211017066>
63. Ferro DB, Bayer S, Bocanegra L, Brailsford S, Díaz A, Gutiérrez-Gutiérrez EV, et al. Understanding no-show behaviour for cervical cancer screening appointments among hard-to-reach women in Bogotá, Colombia: A mixed-methods approach. *PLoS One* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 11 de marzo de 2025];17(7):e0271874. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0271874>
 64. Ahmed NU, Brewster C, Chang-Martinez C, Thomas-DeVlugt L, Rodriguez A, Ahmed NU, et al. Dignity, Shame, Stigma, or Ignorance in Avoidance of Breast and Cervical Cancer Screenings among Women of Caribbean Descent. *Open J Soc Sci* [Internet]. 5 de mayo de 2022 [citado 11 de marzo de 2025];10(5):496-508. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=117633>
 65. Gizaw M, Teka B, Ruddies F, Kassahun K, Worku D, Worku A, et al. Reasons for not attending cervical cancer screening and associated factors in Rural Ethiopia. *Cancer Prevention Research* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 11 de marzo de 2025];13(7):593-9. Disponible en: [cancerpreventionresearch/article/13/7/593/47332/Reasons-for-Not-Attending-Cervical- Cancer](https://cancerpreventionresearch/article/13/7/593/47332/Reasons-for-Not-Attending-Cervical-Cancer)
 66. O’Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, et al. Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2021 [citado 11 de marzo de 2025];12.

Disponible

en:

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2150132721992195>

67. Bongaerts THG, Büchner FL, Middelkoop BJC, Guicherit OR, Numans ME. Determinants of (non-)attendance at the Dutch cancer screening programmes: A systematic review. J Med Screen [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 11 de marzo de 2025];27(3):121-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969141319887996>
68. Euroinnova. Euroinnova. 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. ¿Qué son las prácticas? . Disponible en: <https://www.euroinnova.com/blog/que-son-las-practicas>
69. Real Academia Española. inasistencia | Diccionario del estudiante | RAE [Internet]. 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/inasistencia>
70. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2025 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1
71. Instituto nacional del cáncer. Definición de prueba de Papanicolaou - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prueba-de-papanicolaou>
72. Becerra B, Campos M, Campos M, Martinez R. Inspección Visual con Ácido Acético y el control del cáncer de cuello uterino en atención primaria. Revista

Medicina Buenos Aires [Internet]. 12 de julio de 2024 [citado 11 de marzo de 2025];84:526-33. Disponible en:

<https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol84-24/n3/526.pdf>

73. Instituto nacional del cáncer. El virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer [Internet]. 2023 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer#que-es-el-virus-del-papiloma-humano>
74. Instituto nacional del cáncer. Definición de factor de riesgo - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>
75. Topographic. Mapa topográfico San Pedro de Cachora, altitud, relieve [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://es-pe.topographic-map.com/map-8bpgz4/San-Pedro-de-Cachora/?center=-13.51121%2C-72.82459&zoom=11>
76. Intupa Cusco. San Pedro de Cachora | Intupa Cusco [Internet]. 2020 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.intupacusco.com/san-pedro-de-cachora/>
77. Müggenburg MC, Pérez I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Internet]. 4 de enero de 2007 [citado 11 de marzo de 2025];4(1). Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/469/449>
78. Hernández R, Fernández C, Baptista MP. Metodología de la investigación

[Internet]. 6.a ed. 2018 [citado 11 de marzo de 2025].

Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista->

IX. ANEXO

a) Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN,						
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
General	General	General	V.1	Tipo de investigación: Observacional, prospectivo, transversal. Enfoque de investigación: Cuantitativa Nivel de investigación: Descriptivo Diseño de investigación: No experimental Población: Compuesta por 86 mujeres de una comunidad campesina de Asil Viracochan-San Pedro de Cachora. Tipo de muestreo: No probabilístico	Técnica de recolección de información: Encuesta Instrumento de recolección de información: Cuestionario.	Técnica de análisis de datos: Análisis estadístico relacional Procesamiento de datos: en Excel 2019. Uso del paquete SPSS V.26.
¿Cuál es la relación entre el conocimiento e inasistencia al tamizaje del cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?	Establecer relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac 2025.	H_1 : Existe relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje del cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.	Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino			
Específicos	Específicos	H_0 : No existe relación entre el conocimiento y la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025. Específicas H_1 : La prevalencia de inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025, es distinta al de la población nacional.	V.2			
¿Cuál es la prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?	Estimar la prevalencia de la inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.		Inasistencia al tamizaje de cáncer cervicouterino			
¿Cuál es el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?	Estimar el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres inasistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.					
¿Cuál es el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?	Estimar el promedio de conocimiento en cáncer cervicouterino, entre las mujeres asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.					

¿Cuál es la diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025?	Comparar la diferencia de medias de conocimiento entre las mujeres inasistentes y asistentes al tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.					
--	--	--	--	--	--	--

b) Solicitud de validación

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos.

Mg. _____

Yo Yenni Vargas Ortiz, identificado con DNI N° 73662523, de nacionalidad peruana, con domicilio en Jhon Kennedy- Quiscapampa S/N, distrito y provincia de Andahuaylas del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso:

Que habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectare la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optare al grado académico de Obstetra.

El título de mi proyecto de investigación es **“CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN, APURÍMAC, 2025”**, siendo

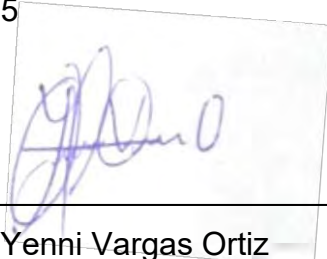
imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Formato de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Andahuaylas 27 de Abril del 2025



Bach. Yenni Vargas Ortiz
DNI: 73662523

c) **Hoja de criterios para la evaluación por jueces y experto**

PREGUNTAS	ESCALA DE EVALUACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) el de menor puntuación y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO:

1. Operalización de variables
2. Matriz de consistencia
3. Instrumento de recolección de datos

Observaciones:

.....

.....

VALIDACION: Aplica

☐

No Aplica

☐

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

d) Validación del instrumento para el juicio de expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE EVALUACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?				4	
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				4	
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				4	
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				4	
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				4	
6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				4	
7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?				4	

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) el de menor puntuación y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO:

1. Operalización de variables
2. Matriz de consistencia
3. Instrumento de recolección de datos

Observaciones:

.....

.....

VALIDACION: Aplica



No Aplica



FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

PREGUNTAS	ESCALA DE EVALUACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) el de menor puntuación y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO:

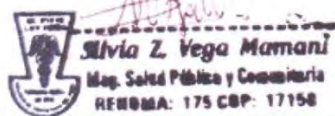
1. Operalización de variables
2. Matriz de consistencia
3. Instrumento de recolección de datos

Observaciones:

VALIDACION: Aplica



No Aplica



FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

PREGUNTAS	ESCALA				DE
	VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que se pretenden estudiar?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.



Adjunto:

1. Operacionalización de las variables
2. Matriz de consistencia
3. Instrumento de recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica ☒

No Aplica ☐


 **Alexander Betto Salazar**
 MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 Y COMUNITARIA CON MENCIÓN
 EN GERENCIA EN SALUD
 RENOMA - COP: 168 N° 438 - 2018

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

PREGUNTAS	ESCALA DE EVALUACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) el de menor puntuación y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO:

1. Operalización de variables
2. Matriz de consistencia
3. Instrumento de recolección de datos

Observaciones:

VALIDACION: Aplica



No Aplica



FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

e) Lista de expertos

EXPERTOS	NOMBRES Y APELLIDOS
Experto 1	Magister Karina Yasmin Sulca Carbajo
Experto 2	Magister Silvia Zoila Vega Mamani
Experto 3	Magister Alexander Better Salazar
Experto 4	Ginecólogo Obstetra Bill Marco Cárdenas Gutiérrez

f) **Instrumento de recolección de datos (según las variables)**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION TITULADA “CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN, APURÍMAC, 2025”

Estimada usuaria:

Buenos días, mi nombre es Yenni Vargas Ortiz Bachiller de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, a continuación, le pido resolver el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible. Estoy sumamente agradecida con su colaboración, además mencionarle que sus datos de respuestas serán anónimas y confidenciales, que serán utilizadas para esta investigación que me permitirá conocer tus conocimientos en cuanto al cáncer de cuello uterino, de antemano agradezco su colaboración.

INSTRUCCIONES:

- Lea cuidadosamente el cuestionario y marque (x) y/o escribir su respuesta según sea conveniente.
- Utilice lapicero azul o negro

I. DATOS GENERALES		
1. EDAD años	3.Grado de instrucción a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior	5. Religión a) Católica b) Evangélica c) Testigos de Jehová d) Otros.....
2. Estado civil a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Divorciada e) Viuda	4. Ocupación a) Ama de casa b) Estudiante c) Comerciante d) Independiente	5. Edad de inicio de relaciones sexuales: _____ 6. Número de parejas sexuales: _____ 7. Número de hijos: _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO
Dimensión: Conceptos del cáncer cervicouterino
Definición
1) ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?
a) Es una infección en la zona íntima b) Es una enfermedad que crece en el ovario c) <u>Es una enfermedad causada por un virus que afectan el cuello del útero</u> d) Es una enfermedad en el útero que no hace daño
Etiología
2) ¿Cuál es la causa más importante del cáncer de cuello uterino?
a) Tener diabetes b) Tener infecciones urinarias muy seguidas c) Estar muy preocupada o con mucho estrés d) <u>Contagiarse con el virus del papiloma humano (VPH)</u>
3) ¿Cómo se contagia el virus del papiloma Humano (VPH)?
a) <u>A través de la intimidad (relaciones sexuales) sin usar preservativo.</u> b) A través de la tos y el estornudo c) Por comer alimentos sucios o contaminados d) Por picaduras de insectos
Cuadro clínico
4) ¿Cuáles son las señales o síntomas del cáncer de cuello uterino?
a) <u>Sangrado extraño o salida de flujo extraño con mal olor por la parte íntima</u> b) Caída de cabello c) Dolor frecuente de cabeza d) Dolor de las articulaciones
Diagnóstico
5) ¿Qué prueba se usa comúnmente para detectar el cáncer de cuello uterino?
a) Un examen de sangre b) <u>La prueba de papanicolaou (PAP)</u> c) Un examen de orina d) Rayos X
Factores de riesgo
6) ¿Qué cosas hace que una mujer tenga más riesgo de tener cáncer de cuello uterino?
a) Hacer mucho esfuerzo físico b) Tener mala higiene c) <u>Tener varios hijos (Más de 3 hijos)</u> d) Tomar bebidas alcohólicas
7) ¿Haber tenido intimidad (relaciones sexuales) muy joven (antes de los 20 años) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino?
a) Si b) No
8) ¿Tener muchas parejas sexuales puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello de cuello uterino?
a) Si b) No
9) ¿Usar pastillas (píldoras) para cuidarte del embarazo, por más de 5 años puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino?

a) Si b) No
10) ¿No comer alimentos saludables, como frutas, verduras y carnes puede aumentar el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?
a) Si b) No
Prevención
11) ¿Cuál sería una buena manera de reducir el cáncer de cuello uterino?
a) Tomar vitaminas todos los días b) Comer frutas c) <u>Realizarse la prueba de Papanicolaou o la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)</u> d) Tomar hierbas naturales
12) ¿A partir de qué edad se debe realizar el Papanicolaou?
a) A los 15 años b) A los 21 años c) <u>A los 25 años</u> d) A los 30 años
13) ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar el Papanicolaou?
a) Cada seis meses b) Cada año c) Cada dos años d) <u>Cada tres años</u>
14) ¿A qué edad se debe realizar la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)?
a) A partir de los 20 años b) <u>A partir de los 30 años</u> c) A partir de los 40 años d) A partir de los 50 años
15) ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)?
a) Cada año b) Cada dos años c) Cada tres años d) Cada cuatro años

III. INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO		
	SI	NO
1. ¿Alguna vez te realizaste el Papanicolaou (PAP)?		
2. ¿Alguna vez te realizaste la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)?		
3. ¿Te has realizado el Papanicolaou (PAP) o la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en los 3 últimos años?		

Las actividades anteriormente mencionadas, si representan una estrategia implementada en el Minsa, de actividades preventivo promocionales en las diferentes etapas de vida.

Tabla de respuestas por ítem al cuestionario de preguntas sobre cáncer cervicouterino de las mujeres de la comunidad campesina de Asil Viracochan, Apurímac, 2025.

Cuestionario de preguntas sobre cáncer de cuello uterino		Correcta		Incorrecta	
		N	%	N	%
1	¿Qué es el cáncer de cuello uterino?	33	38,4	53	61,6
2	¿Cuál es la causa más importante del cáncer de cuello uterino?	14	16,3	72	82,7
3	¿Cómo se contagia el virus del papiloma Humano (VPH)?	72	83,7	14	16,3
4	¿Cuáles son las señales o síntomas de cáncer de cuello uterino?	53	61,6	33	38,4
5	¿Qué prueba se usa comúnmente para detectar el cáncer de cuello uterino?	61	70,9	25	29,1
6	¿Qué cosas hace que una mujer tenga más riesgo de tener cáncer de cuello uterino?	30	34,9	56	65,1
7	¿Haber tenido intimidad (relaciones sexuales) muy joven (antes de los 20 años) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino?	31	36	55	64
8	¿Tener muchas parejas sexuales puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello de cuello uterino?	78	90,7	8	9,3
9	¿Usar pastillas (píldoras) para cuidarte del embarazo, por más de 5 años puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino?	37	43	49	57
10	¿No comer alimentos saludables, como frutas, verduras y carnes puede aumentar el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?	35	40,7	51	59,3
11	¿Cuál sería una buena manera de reducir el cáncer de cuello uterino?	53	61,6	33	38,4
12	¿A partir de qué edad se debe realizar la prueba de Papanicolaou?	12	14	74	86
13	¿Cada cuánto tiempo se debe realizar la prueba de Papanicolaou?	2	2,3	84	97,7
14	¿A qué edad se debe realizar la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)?	28	32,6	58	67,4
15	¿Cada cuánto tiempo se debe realizar la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)?	5	5,8	81	94,2

Fuente: Cuestionario aplicado

Al interrogar a las participantes del estudio sobre el cáncer cervicouterino, en la mayoría de las preguntas las participantes respondieron de manera incorrecta; resaltando que el 61,6% desconoce qué es el cáncer de cérvix, así mismo una amplia mayoría (82,7%) desconoce su causa, 65,1% desconoce los riesgos de contraerla. Al indagar sobre las pruebas de tamizaje, resultó preocupante que 86% de las participantes, desconoce la edad de realización de las pruebas de detección. Al

indagar sobre la frecuencia de realización de las pruebas de tamizaje, 97,7% (Papanicolaou), 94,2% (IVAA) de las mujeres, respondieron de manera incorrecta; evidenciando que aspectos fundamentales de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, así como las pruebas de detección y su uso no son conocidas entre las mujeres de esta comunidad.

g) Confiabilidad del instrumento

Fiabilidad para cuestionario

Kuder -Richardson (KR-20)

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left[\frac{Vt - \sum pq}{Vt} \right]$$

Donde:

KR-20= Kuder-Richardson

K= Número de Ítems

Pq= Variabilidad de cada ítem

Vt= Varianza del total

$$KR = 0,73$$

Individuos	PREGUNTAS															
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	
1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4
2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	6
3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	6
4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
5	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	9
7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
9	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5
10	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
11	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5
12	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
13	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	8
14	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
15	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	4
Totales	5	2	11	6	9	4	5	13	5	3						
p	0,33	0,13	0,73	0,40	0,60	0,27	0,33	0,87	0,33	0,20						
q	0,67	0,87	0,27	0,60	0,40	0,73	0,67	0,13	0,67	0,80						
p*q	0,22	0,12	0,20	0,24	0,24	0,20	0,22	0,12	0,22	0,16						
$\Sigma(p*q)$	1,93															
σ^2	5,60															
K	15															

KR-20	Interpretación
0,9 - 1	EXCELENTE
0,8 - 0,9	BUENA
0,7 - 0,8	ACEPTABLE
0,6 - 0,7	DEBIL
0,5 - 0,6	POBRE
< 0,5	INACEPTABLE

h) Solicitud a la Comunidad Campesina



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FILIAL ANDAHUAYLAS
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A
LA COMUNIDAD Y RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN PARA FINES DE INVESTIGACIÓN.

**PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE ASIL VIRACCHAN
SR. REYNALDO ORTIZ HUAMANNAHUI**


Yo, Yenni Vargas Ortiz, identificada con DNI 73662523,
estudiante de la carrera profesional de Obstetricia de la
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me
dirijo a usted con el debido respeto para saludarlo
cordialmente y, a la vez, manifestarle lo siguiente:

Que, teniendo la necesidad de realizar mi trabajo de investigación para optar el
título profesional de Obstetra, respetuosamente **SOLICITO AUTORIZACIÓN
PARA EL ACCESO A LA COMUNIDAD Y APLICAR MI INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN DE LA TESIS TITULADA: " CONOCIMIENTO Y LA
INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACCHAN,
APURÍMAC, 2025."**

Agradezco de antemano su atención y apoyo, comprometiéndome a manejar la
información con total confidencialidad y únicamente con fines académicos.

COMUNIDAD CAMPESINA ASIL VIRACCHAN
SAN PABLO DE CACHORA
Reynaldo ORTIZ HUAMANNAHUI
DNI: N° 42336232
PRESIDENTE

Asil Viracochan, 26 de abril 2025


YENNI VARGAS ORTIZ
DNI: 73662523

i) **Constancia de autorización**

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN, DEL DISTRITO DE SAN PEDRO DE CACHORA, PROVINCIA DE ABANCAY, REGIÓN DE APURÍMAC, OTORGA LA SIGUIENTE CONSTANCIA A:

YENNI VARGAS ORTIZ

Estudiante de pregrado de la carrera profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, quien ha solicitado autorización para el uso del nombre de la institución y la aplicación de instrumentos de trabajo para realizar un trabajo de investigación cuyo título es **“CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN, APURÍMAC, 2025.”**, dicho trabajo fue revisado y considerado pertinente por las autoridades comunales, por lo que el Presidente **AUTORIZA** la realización del trabajo de investigación (TESIS), dentro del ámbito territorial de la comunidad.

Se expide el presente a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Asil Viracochan, 26 de abril del 2025

j) Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada con mi número de DNI:doy mi autorización para participar de la encuesta realizada por la bachiller de Obstetricia Yenni Vargas Ortiz, para el estudio de la investigación titulada: **CONOCIMIENTO Y LA INASISTENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ASIL VIRACOCHAN, APURÍMAC,**

2025. Autorizo de forma libre y voluntaria mi participación en la encuesta correspondiente a dicho estudio. Asimismo, me comprometo a brindar información veraz en las respuestas, sabiendo que los datos proporcionados serán manejados con estricta confidencialidad.

Se me ha informado que:

- La participación es anónima y voluntaria.
- En ningún momento se utilizará mi identidad en la publicación de los resultados.
- La encuesta tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Entendiendo lo anteriormente expuesto, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Asil Viracochan,de mayo del 2025

Firma

k) Evidencias fotográficas

