

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**BARRERAS DE ACCESO RELACIONADAS CON LA ACEPTACIÓN
DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES
AWAJÚN ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SALUD CHIRIACO AMAZONAS, 2023**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

YESENIA YOSSARY MILLÁN DÍAZ

Asesora:

Dra. ELENA VEGA TORRES

Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Yesenia Yossary Millán Díaz
DNI: 44591054
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: Dra. Elena Vega Torres
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Barreras de acceso relacionadas con la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco Amazonas, 2023
6. Fecha de evaluación: **19/09/2025**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **02%**
9. Código Documento: **3117:500832851**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **23/09/2025**

| |
|---|
| <i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i> |
|  Dra. Elena Vega Torres DNI: 27664885 |

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by.
YESENIA YOSSARY MILLÁN DÍAZ
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado



CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las ...*11*... horas, del día 19 de junio de dos mil veinticinco, reunidos en el Auditorio de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS**, **Dr. EMILIANO VERA LARA**, **M. Cs. DORIS ELIZABETH BRINGAS ABANTO**, y en calidad de Asesora la **Dra. ELENA VEGA TORRES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada "**BARRERAS DE ACCESO RELACIONADAS CON LA ACEPTACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES AWAJÚM ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD CHIRIACO AMAZONAS, 2023**", presentado por la **Bach. en Obstetricia YESENIA YOSSARY MILLÁN DÍAZ**.

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

Siendo las...*12:50*... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

E. Vega
.....
Dra. Elena Vega Torres
Asesora

A. Domínguez
.....
Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Jurado Evaluador

E. Vera
.....
Dr. Emiliano Vera Lara
Jurado Evaluador

D. Bringas
.....
M. Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto
Jurado Evaluador

Se dedica a:

Mi querido hijo Azariel por su amor y sonrisa, quien ha sido mi constante inspiración en mi vida. Cada día a su lado es un regalo divino, y todo lo que hago es en su honor.

Mi compañero por su amor y apoyo incondicional que ha sido esencial durante este proceso académico. Este logro es el resultado de un esfuerzo conjunto, que lo valoro profundamente

AGRADECIMIENTOS

Los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca por compartir sus valiosos conocimientos y experiencias.

De manera especial a la asesora Dra. Elena Vega Torres, por su dedicación, paciencia, y orientación precisa, que ha sido pilar fundamental para lograr la culminación de mi tesis.

A la Institución Prestadora de Salud Chiriaco por brindarme las facilidades para la ejecución de la tesis.

A las madres Awajún que participaron en el estudio. Este logro no habría sido posible sin el apoyo y contribución de cada una de ellas.

“Por menos mujeres sin cáncer de cuello uterino”

INDICE

| | |
|---|-------------|
| DEDICATORIA: | v |
| AGRADECIMIENTOS | vi |
| LISTA DE TABLAS | x |
| LISTA DE ANEXOS | xi |
| GLOSARIO | xii |
| RESUMEN | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| INTRODUCCIÓN | xv |
| CAPÍTULO I | 1 |
| EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 3 |
| 1.3. Justificación de la investigación | 3 |
| 1.4. Objetivos | 4 |
| CAPÍTULO II | 5 |
| MARCO TEÓRICO | 5 |
| 2.1. Bases legales | 5 |
| 2.2. Antecedentes de la investigación | 5 |
| 2.3. Base teórica | 9 |
| 2.4. Bases conceptuales | 13 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 2.5. | Hipótesis | 18 |
| 2.6. | Variables..... | 18 |
| 2.7. | Operacionalización de variables | 19 |
| CAPÍTULO III | | 20 |
| MARCO METODOLÓGICO | | 20 |
| 3.1. | Área geográfica y ámbito de estudio..... | 20 |
| 3.2. | Tipo y diseño de investigación | 20 |
| 3.3. | Método de investigación..... | 21 |
| 3.4. | Población, muestra y muestreo | 21 |
| 3.5. | Criterios de inclusión y exclusión | 22 |
| 3.6. | Unidad de análisis | 22 |
| 3.7. | Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 22 |
| 3.8. | Validez y confiabilidad de los instrumentos | 24 |
| 3.9. | Procedimiento y análisis de datos | 25 |
| 3.10. | Criterios éticos..... | 25 |
| CAPÍTULO IV..... | | 26 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | | 26 |
| 4.1. | Resultados..... | 26 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | | 33 |
| Conclusiones..... | | 33 |
| Recomendaciones | | 33 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS | | 35 |

LISTA DE TABLAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabla 1. | Barreras de acceso para la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023 | 26 |
| Tabla 2. | Nivel de aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023 | 26 |
| Tabla 3. | Barreras de acceso en la dimensión conocimientos y la aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023 | 27 |
| Tabla 4. | Barreras de acceso en la dimensión cultural y la aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023 | 31 |
| Tabla 5. | Relación entre las barreras de acceso y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023 | 32 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1 Cuestionario para medir las barreras de acceso del tamizaje de cáncer de cuello uterino | 42 |
| Anexo 2 Cuestionario para medir la aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino | 44 |
| Anexo 3 Constancia de validación del instrumento | 46 |
| Anexo 4 Prueba binomial del instrumento barreras de acceso del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres | 49 |
| Anexo 5 Prueba binomial del instrumento aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres awajún | 50 |
| Anexo 6 Confiabilidad del instrumento barreras de acceso del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres awajún | 51 |
| Anexo 7 Confiabilidad del instrumento aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres awajún | 52 |
| Anexo 8 Datos complementarios | 53 |

GLOSARIO

Cultura

Conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en un grupo que guían sus pensamientos, decisiones y acciones. (1)

Awajún

Grupo indígena de la Amazonía peruana, conocido como Aguaruna, representa el segundo pueblo indígena u originario amazónico demográficamente más numeroso del Perú, después de los Ashaninka (2).

Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es un tipo de cáncer que se origina en las células del cuello del útero, la parte inferior del útero que conecta con la vagina. Generalmente, es causado por una infección persistente con ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) (3).

Virus de Papiloma Humano (VPH)

Es un grupo de más de 150 virus relacionados que pueden infectar la piel y mucosas. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas en la piel, mientras que otros están asociados con el desarrollo de cánceres como el cuello uterino, vulva (4).

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco. El estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 147 mujeres. Los resultados indican que el 38,8% de las participantes manifiestan que existen barreras para la realización del tamizaje. El 36,1% de las mujeres presentan un nivel de aceptación alta al tamizaje. Además, se encontró una relación directa positiva y moderada entre el conocimiento y el nivel de aceptación del tamizaje ($p < 0.001$), así como una relación débil pero significativa entre las barreras culturales y el nivel de aceptación ($p < 0.001$). En conclusión, existe una relación positiva moderada entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino. Palabras clave: Barreras de acceso, aceptación del tamizaje, cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between access barriers and acceptance of cervical cancer screening among Awajún women treated at the Chiriaco Health Care Institution. The study used a non-experimental, cross-sectional, correlational design. The sample consisted of 147 women. The results indicate that 38.8% of participants reported experiencing barriers to screening. 36.1% of women had a high level of acceptance of screening. Furthermore, a direct, positive, and moderate relationship was found between knowledge and acceptance of screening ($p < 0.001$), as well as a weak but significant relationship between cultural and barriers acceptance ($p < 0.001$). In conclusion, there is a moderate, positive relationship between access barriers and acceptance of cervical cancer screening.

Keywords: Access barriers; acceptance of screening; cervical cancer

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el cuarto cáncer más común en mujeres a nivel mundial, y en los países en desarrollo se presentan más de las tres cuartas partes de casos nuevos por año (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar de las neoplasias que más casos nuevos presenta por año en las mujeres (6). La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de CCU (7), asociado a otros factores como inicio de relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, uso prolongado de anticonceptivos orales, infecciones cervicovaginales, relaciones sexuales sin uso de condón, consumo de tabaco e inmunodeficiencias.

En el cáncer del cuello uterino la prueba de tamizaje es determinante para el control de esta enfermedad; sin embargo, muchas mujeres no asisten a los establecimientos de salud. Esto se debe principalmente a la baja aceptación del tamizaje, la escasez de recursos económicos, la ausencia de planificación y comunicación adecuada, y a la omisión de elementos culturales de la comunidad como la percepción de la enfermedad, experiencias previas y conductas de prevención, entre otros aspectos (7). Además, el personal de salud no se encuentra suficientemente capacitado, limitado seguimiento y monitoreo; así como escasas estrategias comunicacionales orientadas a la promoción de la salud, convirtiéndose en una barrera significativa para el tamizaje del CCU (8).

La investigación se desarrolló con el objetivo de establecer la relación entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco. La investigación fue de tipo correlacional de corte transversal, tuvo una muestra constituida por 147 mujeres

Awajún, a quienes se les aplicó dos cuestionarios que consintió en recoger información sobre las barreras de acceso y aceptación al cáncer del cuello uterino.

La investigación comprende cuatro capítulos: Capítulo I, que incluye el planteamiento del problema, la formulación de la pregunta de investigación, la justificación y los objetivos, Capítulo II contiene los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, bases conceptuales, definición de términos básicos, hipótesis y variables. Capítulo III involucra el área geográfica y ámbito de estudio, tipo y diseño de la investigación, método de investigación, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis y observación, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de los datos y criterios éticos. Finalmente, el Capítulo IV considera los resultados y la discusión, conclusiones, sugerencias y las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El cáncer cervical representa un problema social a nivel mundial, con una elevada tasa de mortalidad en las mujeres (9). En términos de incidencia, esta enfermedad ocupa el tercer lugar a nivel global y es la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres. Cada año, se reportan aproximadamente 604,127 nuevos casos y 341,831 muertes, afectando de manera desproporcionada a mujeres jóvenes (6).

La mayoría de las muertes por esta enfermedad ocurren en países de ingresos bajos y medios, representando aproximadamente el 87% de los casos globales (10). Esta situación resalta la necesidad de reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica y de fortalecer las estrategias para prevenir el cáncer cervical.

Existen diversas barreras que influyen en el bajo compromiso de las mujeres con el tamizaje para el cáncer de cuello uterino (11). Entre ellas tenemos, la religión (12), la posición socioeconómica es un factor clave en las desigualdades en salud y la capacidad de las mujeres para acceder a servicios de tamizaje y tratamiento oportunos (13). Además, el temor al recibir un diagnóstico de cáncer, la escasa capacitación del personal de salud, la accesibilidad y las restricciones presupuestarias en los establecimientos de salud, que dificultan contar con personal y equipos adecuados (14).

Estas barreras también, son preocupantes en América latina, donde el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. Cada año, se diagnostican aproximadamente 83,200 casos y ocurren 35,680 muertes; más de la mitad de las mujeres afectadas (52%) tienen menos de 60 años (15).

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud pública, responsable de la muerte de una mujer cada cinco horas. Este cáncer constituye el 24,1% de los casos reportados, siendo el tipo de cáncer más frecuente en el país, y representa el 14,9% de todos los casos de cáncer en la población general. Esta enfermedad ocupa la tercera causa de mortalidad en las mujeres (16).

En el 2021, solo el 6,8% de los casos de CCU notificados fueron diagnosticados a través de un programa de tamizaje. Este dato se atribuye principalmente a la escasa aceptación de las mujeres para someterse a la prueba. A pesar de que el tamizaje, seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, constituyen en una estrategia costo-efectiva para la prevención del cáncer de cuello uterino, en donde la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) puede ayudar a prevenir aproximadamente el 70% de los casos (7).

El Ministerio de Salud del Perú, a través del Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017-2021, destaca las pruebas de detección molecular del Virus del Papiloma Humano (VPH) como el método de tamizaje más sensible y efectivo para identificar con mayor precisión a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino. Sin embargo, la implementación de este tamizaje aún no ha sido desarrollada en todo el territorio peruano, especialmente en lugares alejados como comunidades indígenas (7).

En la región Amazonas, durante el período de 2006 al 2021, el cáncer de cuello uterino fue el más frecuente, representando el 25,6% de los casos (18). En la comunidad nativa Awajún, existen múltiples barreras que limitan la realización de estas pruebas. Entre ellas se incluyen la idiosincrasia de la población, largos tiempos de espera, la dificultad para comprender los procedimientos debido a barreras idiomáticas o comunicativas, y

el temor y vergüenza a ser atendidas por un personal de salud masculino. A esto se suma, la distancia al establecimiento de salud, la escasez del personal y materiales, la demora en la entrega de los resultados, y el seguimiento insuficiente a las mujeres que requieren acciones posteriores.

Frente a esta situación, surgió la necesidad de formular la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco Amazonas, 2023?

1.3. Justificación de la investigación

El cáncer de cuello uterino representa un grave problema de salud pública, especialmente para las mujeres Awajún. El despistaje del cáncer del cuello uterino está basado en el tamizaje del Papanicolau (PAP), sin embargo, existen barreras de acceso a la prueba por el retraso en los procesos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de CCU, por ello es necesario conocer las barreras en las dimensiones conocimiento, culturales, además, por su idiosincrasia cultural presentan dificultades en la aceptación al tamizaje en las dimensiones accesibilidad, disponibilidad y calidad de atención.

Los resultados del estudio tendrán un valor teórico, debido a que permitirá enriquecer la comprensión de las variables. Además, invitará a la comunidad científica a debatir sobre la problemática, generando nuevas interrogantes que ayuden a seguir investigando en esta línea de investigación. También, servirá de fuente de consulta para futuras investigaciones.

Implicancia práctica, el conocimiento generado en el estudio servirá de base a los responsables de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, para diseñar estrategias con la finalidad de que mejore la salud reproductiva de las mujeres Awajún.

Relevancia social, el acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino contribuirá en la disminución de la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún en situación de vulnerabilidad.

1.4. Objetivos

Objetivo general

Establecer la relación entre las barreras de acceso y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2025

Objetivos específicos:

- Identificar la existencia de barreras de acceso para la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún.
- Evaluar el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún.
- Determinar la relación entre las barreras de acceso en la dimensión conocimientos y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún.
- Determinar la relación entre las barreras de acceso en la dimensión cultural y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases legales

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que declara de Interés Nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dicta otras medidas.
- Resolución Ministerial N° 1013-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: “Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino”.
- Ley 31336), Ley Nacional del Cáncer, que garantiza la cobertura universal, gratuita y prioritaria para pacientes oncológicos.

2.2. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Urgiles (19), en el 2021, en Ecuador investigó barreras de acceso a la asistencia para la citología del cuello uterino en una población rural del recinto Cóndor, en el Cantón Yaguachi. Investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo y observacional. La muestra estuvo conformada por 85 mujeres. Los hallazgos revelaron que el 63,5% de las participantes tenían miedo de recibir un diagnóstico positivo, el 87,1% expresaba preocupación por la posibilidad de estar en etapas tempranas de cáncer, el 63,5% no tienen tiempo para realizar el examen de tamizaje. Concluye que las barreras de acceso a estos servicios incluyen los aspectos emocionales, económicos y sociales.

Chandrika et al. (20), en el 2020, en India, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar la conciencia sobre el cáncer de cuello uterino, así como la disposición y las barreras para realizar pruebas de detección en mujeres urbanas de Pondicherry. La muestra estuvo compuesta por 219 mujeres seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Los resultados mostraron que aproximadamente un tercio de las mujeres tenía conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, siendo este mayor en mujeres jóvenes, aquellas con educación superior, antecedentes familiares de cáncer y empleo actual. El 32% de las participantes se mostraron dispuestas a realizarse las pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino. En conclusión, se evidencia un bajo nivel de conciencia y disposición para las pruebas de detección, lo que resalta la necesidad de intervenciones específicas y esfuerzos por parte del sistema de salud para abordar estas limitaciones.

Nyamambi et al. (21) en el 2020, en Zimbabwe, analizaron los factores relacionados con la detección del cáncer de cuello uterino mediante un enfoque cuantitativo y un diseño transversal, de tipo descriptivo y nivel exploratorio. La población del estudio estuvo compuesta por mujeres de entre 15 y 50 años en el distrito de Chegutu, con una muestra de 156 participantes. Los resultados indicaron que solo el 5,8% de las mujeres habían sometido a pruebas de detección, mientras que el 41% tenía poco conocimiento sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer. Además, el 66% de las mujeres comprende la transmisión de la enfermedad. Las principales barreras para la detección identificadas fueron: falta de servicios disponibles (84%), las largas distancias para acceder a dichos servicios (86,5%) y las prohibiciones religiosas (39,7%). Concluyeron que es esencial mejorar la educación y la promoción de la salud sobre el cáncer cervicouterino para aumentar la tasa de detección y mejorar la salud de las mujeres en la comunidad.

A nivel nacional

Cumpa (22), en el 2022, en Chiclayo investigó la relación entre las barreras de acceso y la cobertura de atención en el tamizaje del cáncer cervicouterino en usuarias de un hospital público en la provincia de Utcubamba. Se empleó una metodología básica con enfoque cuantitativo, utilizando un diseño no experimental de alcance correlacional y corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 143 mujeres. Los resultados indicaron un coeficiente de cotización Rho de 0.253 con $p=0.002$, revelando un nivel bajo de barreras de acceso, con obstáculos que representaron el 78%, mientras que la calidad de atención alcanzó solo el 42%. La cobertura de atención mostró niveles bajos en capacidad de respuesta (53,8%) y disponibilidad de recursos (70,63%). En conclusión, se determina que existe una valoración positiva baja y significativa entre las barreras de acceso y la cobertura de atención en el tamizaje del cáncer cervicouterino en usuarias del hospital público de Utcubamba, lo que sugiere una dependencia mínima de las barreras de acceso sobre la cobertura de atención.

Namuche (23), en el 2021, en Trujillo, relacionó el conocimiento de las usuarias acerca del tamizaje con los factores de riesgo y la prevención del cáncer de cérvix. Investigación con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y correlacional, con una población de 159 mujeres. Resultados: 74,2% de las pacientes, tenía un conocimiento medio sobre el tema, el 21,4% desconocía el tema y el 4,4% asumía conocerlo, el 52,8% realizaba prácticas adecuadas de prevención, mientras que el 47,2% no las seguía correctamente. Conclusión: Las usuarias presentan un bajo nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino, lo que constituye una barrera para la toma de conciencia en la población.

Ramírez (24), en el 2021, en Lima, investigó la relación entre las barreras de accesibilidad y el despistaje de cáncer de cuello uterino en pacientes del Centro Materno Infantil El Socorro en el 2021. Utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental y transversal, de tipo básico y nivel descriptivo correlacional. La muestra estuvo construida por 92 pacientes. Resultados: El 61,96% tenía entre 30 - 59 años, el 43,48% tenía tres o más hijos, y el 34,78% experimentó vergüenza o miedo al realizar los tamizajes. Además, el 69,57% no se realizó la prueba de Papanicolaou, y el 53,26% nunca se sometió al IVAA. Concluyó que no existía una relación significativa entre las barreras de accesibilidad y el despistaje de cáncer de cuello uterino (Rho de 0.548 con $p > 0.05$).

Alarcón (25), en el 2020, investigó con el objetivo de identificar los factores asociados a la decisión de someterse al tamizaje del Papanicolaou en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho en el 2019. Utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño básico, no experimental y transversal. La muestra estuvo compuesta por 110 mujeres en edad reproductiva. Los resultados revelaron que factores socioeconómicos, como tener menos de 30 años, estaban asociados con una menor probabilidad de sufrir al tamizaje ($p < 0.05$). Asimismo, factores psicológicos, como el temor a un resultado positivo de la prueba, también influyeron negativamente en la decisión de realizar el examen ($p < 0.05$). Por otro lado, el apoyo familiar y de la pareja se involucra positivamente con la realización del tamizaje ($p < 0.05$). Conclusión, la reticencia de las mujeres a someterse al tamizaje es preocupante, ya que aumenta el riesgo de desarrollar neoplasia cervical al desconocer su estado de salud.

2.3. Base teórica

2.3.1. La teoría de la Acción Razonada (TRA) de Fishbein y Ajzen

La teoría sostiene que las personas toman decisiones sobre comportamientos de salud, en este caso la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino. Según esta teoría, el comportamiento de una persona está determinado por sus intenciones de realizarlo, que a su vez están influenciadas por dos factores principales: las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas. Estos elementos se relacionan de manera compleja, y entenderlos dentro del contexto de una comunidad indígena requiere considerar Actitudes en la TRA se refieren a las creencias que las personas tienen sobre las consecuencias de realizar (o no) un comportamiento determinado. Y normas subjetivas; percepciones que incluye su disposición para realizar procedimientos.

La teoría se centra en cómo las creencias, actitudes y normas sociales influyen en la intención de realizar una conducta específica. En el contexto del tamizaje de cáncer uterino en una comunidad Awajún, esta teoría puede aplicarse para entender las barreras que dificultan la participación de las mujeres en este proceso de prevención. Según la TRA, las creencias sobre los beneficios y riesgos del tamizaje, así como la influencia de las percepciones de los demás (familia, líderes comunitarios), son determinantes clave en la toma de decisiones. Intervenciones que modifican las actitudes hacia el tamizaje, promoviendo una visión positiva de sus beneficios para la salud y alineándola con las normas culturales y sociales de la comunidad, podrían aumentar la intención y participación. Su participación ayuda a legitimar el proceso ante la comunidad, lo que puede fortalecer las normas subjetivas que favorecen la aceptación del tamizaje (26).

Por lo tanto, en el contexto del tamizaje para el cáncer de cuello uterino, una mujer podría aceptar hacerse la prueba si cree que es importante para su salud y si las personas

cercanas a ella también apoyan esa decisión.

Teoría de “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad”

Leininger (27), se centra en la importancia de la cultura en la atención sanitaria, especialmente en el campo de la enfermería. Desarrolló esta teoría en los años 1950 y 1960, y se convirtió en la pionera en introducir la transculturalidad en los cuidados de la salud. La teoría reconoce que los valores, creencias, prácticas y normas culturales tienen un impacto profundo en cómo las personas experimentan y perciben la salud y la enfermedad, lo que, a su vez, influye en las intervenciones de cuidado que se deben proporcionar. Leininger define la cultura como "conjunto de valores, creencias, patrones de comportamiento y prácticas que son compartidos por los miembros de una comunidad y que son transmitidos de generación en generación". Es decir, la cultura es el contexto social, histórico y emocional que influye en cómo una persona se cuida, cómo percibe la salud y cómo reacciona ante la enfermedad.

Esta teórica pone énfasis en la necesidad de que los profesionales de la salud, comprendan y respeten estas diferencias culturales para proporcionar cuidados culturales, sensibles, respetuosos y apropiados. Es decir, que todos los seres humanos tienen derecho a recibir cuidados que sean culturalmente adecuados con su identidad y contexto cultural.

La interrelación entre cultura y salud

Leininger considera que la salud y la cultura están profundamente entrelazadas. La cultura no solo moldea cómo las personas comprenden la salud y la enfermedad, sino también cómo afrontar la curación, la prevención y el tratamiento. En algunas culturas, la salud se considera un equilibrio entre fuerzas espirituales y físicas, mientras que en otras se ve principalmente desde una perspectiva biológica. Enfermedad, para algunas

culturas puede ser vista como un castigo espiritual o como una consecuencia de un desequilibrio cósmico o social, mientras que, para otras, la enfermedad se entiende más en términos de disfunción biológica o patológica. Este entendimiento lleva a la conclusión de que los cuidados de salud deben ser más que una intervención técnica; deben ser una forma de intervención que se adapte a las perspectivas culturales del paciente.

La autora Leininger enfatiza que las enfermeras juegan un papel clave en la implementación de la teoría de cuidados culturales. Algunas de las funciones clave son:

Evaluación cultural: Las enfermeras (os) deben tener la capacidad de evaluar las creencias y valores culturales de los pacientes para ofrecer un cuidado culturalmente adecuado. Esto incluye: la capacidad de realizar una entrevista cultural de manera que el paciente se sienta cómodo y respetado.

Planificación y diseño de cuidados: Una vez que se entienden las creencias culturales del paciente, las enfermeras (os) pueden planificar cuidados que integren estos aspectos en el proceso de tratamiento, sin comprometer la calidad o la seguridad del mismo. La planificación debe ser flexible y adaptable, basándose en un enfoque colaborativo con el paciente y la familia.

Mediación cultural: A veces, las enfermeras (os) deben actuar como mediadoras entre las expectativas culturales del paciente y las intervenciones médicas o de salud propuestas. Esto es especialmente importante cuando las prácticas culturales del paciente pueden entrar en conflicto con los enfoques de cuidado convencionales.

Educación cultural: Parte del trabajo de una enfermera es educar tanto a los pacientes como a los otros profesionales de la salud sobre la importancia de la competencia cultural y cómo estas prácticas pueden influir en la salud de los pacientes.

Modelos de Investigación Transcultural

Leininger desarrolló varios modelos de investigación transcultural para estudiar cómo las diferentes culturas perciben la salud y la enfermedad. Uno de los modelos más destacados es el Modelo de cuidados culturales que es utilizado para investigar la atención del impacto de las diferencias culturales en la salud. Este modelo permite a los investigadores identificar y comprender las prácticas y creencias culturales relacionadas con el cuidado de la salud en diferentes grupos poblacionales. Algunos enfoques de investigación dentro de este modelo incluyen:

- Estudios comparativos transculturales: Se trata de investigar cómo diferentes grupos culturales perciben y responden a la enfermedad, el tratamiento y los cuidados.
- Investigación etnográfica: A través de observaciones detalladas y entrevistas, los investigadores pueden comprender las costumbres, prácticas y valores culturales relacionados con la salud y los cuidados.
- Estudios sobre las barreras culturales en la atención médica: Esto incluye investigar cómo los prejuicios, las creencias y las diferencias en los valores pueden interferir en la provisión de cuidados efectivos a personas de culturas diferentes.

El Desafío del Etnocentrismo: Es la tendencia a juzgar otras culturas utilizando los estándares de la propia cultura. En la práctica de la salud, el etnocentrismo puede llevar a la imposición de normas y tratamientos que no son apropiados ni efectivos para las personas de otras culturas. Es decir: Un profesional de la salud que asuma que todos los pacientes deben aceptar la intervención médica de la misma manera podría generar resistencia o incomodidad en un paciente de otra cultura que tenga creencias diferentes sobre el tratamiento (27).

Para Leininger la educación cultural y el desarrollo de competencias transculturales son esenciales para superar el etnocentrismo y ofrecer cuidados que sean sensibles y respetuosos con las diferencias culturales. Adaptación de Prácticas de Cuidado a la Diversidad Cultural. Uno de los enfoques más importantes que propone Leininger es la adaptación de las prácticas de cuidado a las diversas culturas. Esto implica que los cuidados de salud no deben solo adaptarse a los valores culturales de los pacientes, sino también, incorporar las prácticas de cuidado que son significativas para ellos, como: Medicina alternativa y tradicional: En algunas culturas, los pacientes pueden preferir o complementar la atención médica convencional con prácticas de medicina alternativa o tradicional. La enfermera debe ser capaz de reconocer la legitimidad de estos enfoques y ayudar a integrarlos en el plan de atención (27).

2.4. Bases conceptuales

2.4.1. Barreras de acceso al tamizaje de cáncer de cuello uterino

Son las dificultades que impiden o dificultan la participación, el acceso la utilización de ciertos servicios o recursos por parte de un grupo de personas. Estos obstáculos afectan principalmente a personas o colectivos en situaciones de vulnerabilidad. Existen diferentes tipos de barreras entre ellas tenemos de conocimiento y culturales (28).

Barreras de conocimiento

Son aquellos obstáculos que limitan o dificultan el acceso, comprensión y uso de información relevante en un contexto determinado. Estas barreras afectan la capacidad de las personas para utilizar la información de manera efectiva, lo que genera desinformación, decisiones incorrectas o la exclusión de oportunidades o recursos. La escasez de información, comprensión y conciencia entre las mujeres sobre la necesidad de realizar exámenes de detección de cáncer cervicouterino, como el Papanicolaou,

puede constituir un obstáculo significativo.

Este problema abarca desde la falta de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo, hasta la importancia de los exámenes de detección, los beneficios de identificar la enfermedad en etapas tempranas y la importancia de recibir un tratamiento adecuado. Además, la falta de claridad sobre cómo y cuándo realizar estos exámenes también contribuye a este déficit de conocimiento, lo que puede afectar negativamente la participación de las mujeres en los programas de detección y dificultar la identificación precoz del cáncer cervicouterino (29).

Barreras culturales

Son obstáculos que surgen debido a diferencias en creencias, valores, costumbres, normas sociales, prácticas culturales entre diferentes grupos de personas. Estos obstáculos pueden influir significativamente en la participación femenina en las pruebas para detectar el cáncer cervical. Entre estas limitaciones culturales se incluyen tabúes relacionados con la salud reproductiva, la vergüenza o incomodidad al tratar temas personales, la influencia de los roles de género en las decisiones sobre salud, la falta de confianza en el sistema de atención médica, la ausencia de apoyo familiar o comunitario, y otras normas culturales que dificultan el acceso y la adherencia de las mujeres a los programas de detección del cáncer de cuello uterino. Estas limitaciones pueden variar según el contexto sociocultural de cada comunidad o grupo de mujeres (29).

2.4.2. Aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino

Es la disposición de las mujeres hacia la participación en los programas de detección temprana de este tipo de cáncer, como la prueba de tamizaje de cáncer de cuello uterino es una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Salud

Pública desde la década de 1960 para detectar de manera temprana lesiones precancerosas o cáncer en el cuello uterino. Esta detección temprana permite un tratamiento oportuno y reducir las tasas de mortalidad asociadas.

Esto implica ser consciente de la importancia de identificar esta enfermedad a tiempo, comprender los beneficios de las pruebas de tamizaje, superar obstáculos como barreras de conocimiento, culturales o de acceso, y tomar decisiones informadas sobre la participación en los programas de detección de cáncer de cuello uterino. Aceptar someterse al tamizaje es importante para prevenir y controlar la enfermedad, ya que permite descubrir lesiones precancerosas o cáncer en etapas tempranas, mejorando las perspectivas de tratamiento (29).

Accesibilidad

El concepto de accesibilidad a la atención en salud es complejo y abarca diversos factores relacionados con las características de la población y los recursos disponibles. Frenk (30) define la accesibilidad como el ajuste entre los recursos de salud y las necesidades de la población.

Giovanella y Fleury (31) amplían esta definición, destacando la interacción de factores como las características sociodemográficas y los recursos disponibles. Además, añade que la accesibilidad depende de factores socioculturales, organizacionales y geográficos, y define la accesibilidad social como una combinación de aceptabilidad y disponibilidad financiera.

Las barreras al acceso a los servicios de salud se dividen en geográficas, económicas, administrativas u organizacionales, y culturales. Las barreras geográficas están relacionadas con la distribución de los servicios, mientras que las económicas dependen de la capacidad adquisitiva de la población frente a los costos de los servicios. Las

barreras administrativas se vinculan a la organización de los servicios, como turnos y horarios, y las culturales se refieren a las diferencias entre el personal de salud y la población en aspectos como creencias y valores.

Además, se señala que muchos estudios han puesto énfasis en las barreras económicas, sin considerar adecuadamente factores organizacionales y la falta de centros de salud. La dimensión cultural, por su parte, se entiende como simbólica, ya que las representaciones sociales pueden actuar como barreras para acceder a los servicios. El análisis de la accesibilidad debe centrarse en la relación entre usuarios y servicios, dado que ambos generan representaciones y prácticas.

Para comprender la accesibilidad, es fundamental considerar también las políticas de salud, la historia del sistema sanitario, y las creencias y valores tanto de los usuarios como de los trabajadores de salud. La accesibilidad se concibe como un "analizador" que permite entender cómo los elementos del sistema de salud interactúan y organizan la realidad social, arrojando luz sobre cuestiones como la estigmatización, las políticas de salud, los derechos a la salud, las prácticas.

Por lo tanto, la accesibilidad al tamizaje de cáncer de cuello uterino está relacionada con la disponibilidad de las mujeres para participar en los servicios de salud, la provisión de información clara y accesible sobre la importancia de las pruebas de detección, la concienciación comunitaria sobre el cáncer cervicouterino, el fomento de la participación activa de las mujeres en su salud reproductiva y la creación de entornos de atención respetuosos y amigables. Mejorar la accesibilidad al tamizaje es esencial para aumentar la cobertura y la efectividad de los programas de detección de esta enfermedad (29).

Disponibilidad

Se refiere a la oferta efectiva de servicios de tamizaje accesibles para las mujeres, de manera que puedan obtener la prueba de detección sin barreras significativas. La disponibilidad de los servicios de salud es necesaria para que las mujeres puedan acceder y estén dispuestas a someterse a pruebas de detección de cáncer cervicouterino, como el Papanicolaou. Esto incluye la disponibilidad de instalaciones de salud adecuadas, personal capacitado para realizar las pruebas de tamizaje, el suministro de los materiales y equipos necesarios, horarios de atención adaptados a las necesidades de las mujeres, y la integración de servicios de detección de cáncer de cuello uterino en los programas de salud existentes. La disponibilidad de estos recursos es clave para garantizar que las mujeres tengan acceso a las pruebas de detección de manera oportuna y efectiva, lo que facilita su aceptación del tamizaje (29).

Calidad de atención

Se refiere a las características y estándares del servicio de salud que influye en la disposición de las mujeres para participar en el proceso de tamizaje. Implica no solo la capacidad técnica para realizar la prueba de manera adecuada, sino también el trato empático y la atención integral brindada a las mujeres durante todo el proceso. Esto comprende la correcta realización de los procedimientos de tamizaje, la interpretación precisa de los resultados, el seguimiento adecuado de los casos detectados, la comunicación clara y comprensible sobre el cáncer de cuello uterino y las opciones de tratamiento, así como la promoción de un entorno de atención seguro y confidencial. La calidad de atención es esencial para garantizar la precisión de los resultados, la detección temprana de lesiones precancerosas o cáncer y, por lo tanto, para fomentar la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino (29).

2.5. Hipótesis

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco.

2.6. Variables

V1: Barreras de acceso.

V2: nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

2.7. Operacionalización de variables

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Valor final por dimensiones | Valor global | Escala |
|--|--|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------|
| Barreras de acceso | Dificultades que las mujeres experimentan al realizarse la prueba de detección de cáncer cervicouterino, el Papanicolau (26). | Las barreas de acceso para la toma de la prueba de PAP, comprende a las barreras de conocimiento y barreras culturales | Barreras de conocimiento | Existe barrera (>26) | Existe barrera (60-80) | Ordinal |
| | | | | Puede existir barrera (19-26) | | |
| | | | | No existe barrera (<19) | Puede existir barrera (38-59) | |
| | | | Barreras culturales | Existe barrera (>25) | No existe barrera (16-37) | |
| | | | | Puede existir barrera (18-25) | | |
| | | | | No existe barrera (<18) | | |
| Nivel de aceptación a la prueba del tamizaje de cáncer de cuello uterino | Medida que refleja la disposición y actitud favorable de las mujeres Awajún, que están dispuestas a someterse voluntariamente a pruebas de tamizaje para la prevención del cáncer del cuello uterino (30). | La aceptación a la prueba del tamizaje del cáncer del cuello uterino, comprende las dimensiones de accesibilidad, disponibilidad y calidad de atención | Accesibilidad | Accesibilidad alta (>13) | Aceptación alta (52-70) | Ordinal |
| | | | | Accesibilidad media (11-16) | | |
| | | | | Accesibilidad baja (<11) | | |
| | | | Disponibilidad | Disponibilidad alta (>13) | Aceptación media (35-51) | |
| | | | | Disponibilidad media (9-13) | | |
| | | | | Disponibilidad baja (<9) | | |
| | | | Calidad de atención | Calidad de atención alta (>16) | Aceptación baja (14-32) | |
| | | | | Calidad de atención media (10-16) | | |
| | | | | Calidad de atención baja (\leq 10) | | |

CAPÍTULO III

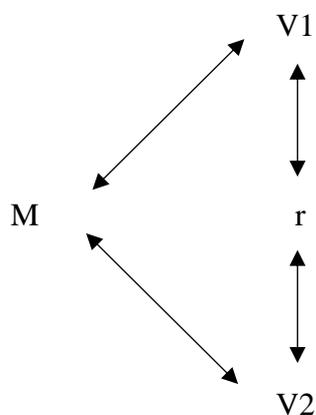
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Área geográfica y ámbito de estudio

La capital del distrito de Imaza, es Chiriaco, un centro poblado ubicado en la región Amazonas- Perú. Chiriaco se encuentra en el kilómetro 322 de la carretera Bagua-Suramérica. Esta ruta también se conoce como el eje vial N4 Perú – Ecuador. Centro poblado clasificado como urbano según el Instituto Nacional de Estadística e Informática con una población aproximada de 1232 habitantes. En este distrito existen 68 caseríos, entre los más importantes se encuentran: Chipe, a 251 msnm con 749 habitantes; Imacita, a 273 msnm con 817 habitantes; Kunchin, a 420 msnm con 583 habitantes; y Yupicusa, a 296 msnm con 549 habitantes (32).

3.2. Tipo y diseño de investigación

La investigación de diseño no experimental porque no se manipula las variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, transversal debido a que se recolectan los datos en un solo momento, de tipo correlacional porque se relaciona las variables del estudio y (33).



Donde:

M: muestra

O1: barreras de acceso

r: Relación existente

O2: Aceptación del tamizaje

3.3. Método de investigación

El método hipotético-deductivo es un enfoque utilizado en la investigación científica. Consiste en formular una hipótesis a partir de observaciones o conocimientos previos, deducir predicciones específicas a partir de ella y, posteriormente, probar esas predicciones empíricamente para validar o refutar (33).

3.4. Población, muestra y muestreo

La población estuvo compuesta por 238 mujeres Awajún atendidas en la IPRESS Chiriaco durante el periodo 2023.

Muestra

La muestra se determinó utilizando la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde:

N = Total de la población

Z_{α}^2 = Valor del nivel de confianza (95% = 1.96)

p = proporción esperada (5% = 0.05)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

$d =$ Margen de error ($5\% = 0.05$).

$n = 147$

Muestreo

Se utilizó el muestreo aleatorio simple a partir del registro de las mujeres atendidas en la IPRES, el que se constituye en el marco muestral.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres Awajún entre las edades de 25 a 64 años.
- Mujeres atendidas en las IPRESS de Chiriaco.

Criterios de exclusión

- Mujeres Awajún que tienen problemas mentales.
- Mujeres con cáncer del cuello uterino.

3.6. Unidad de análisis

Cada una de las mujeres Awajún atendidas en la IPRESS de Chiriaco.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para medir la variable barrera de acceso, se utilizó la técnica encuesta, y como instrumento un cuestionario tipo Likert elaborado por Gutiérrez y Juárez (29) en el año 2021 en México, el instrumento estuvo estructurado en 16 ítems distribuido en dos dimensiones, la primera barrera de conocimiento (1-8 ítems) y para la segunda dimensión la barrera cultural (9-16 ítems) (Anexo 1); cuyos valores se expresaron en tres niveles:

Existe barreras: 60-80 puntos

Puede existir barreras: 8-59 puntos

No existe barreras: 16-37 puntos

Para medir la segunda variable aceptación al tamizaje el instrumento comprende 14 ítems distribuidas en 3 dimensiones: Accesibilidad (1-5 ítem), disponibilidad (6-9 ítems) y calidad de atención (10-14 ítems) (Anexo 2), cuyos valores fueron:

Aceptación alta: 52-70 puntos

Aceptación media: 33-51 puntos

Aceptación baja: 14-32 puntos

Ambos instrumentos se formularon según escala de Likert con cinco alternativas en las respuestas: Totalmente de acuerdo (1), de acuerdo (2), indeciso (3), desacuerdo (4), totalmente en desacuerdo (5).

Para la recolección de los datos se solicitó el permiso al jefe del C.S. Chiriaco y al representante de la comunidad Awajún para llevar a cabo la investigación, lo que permitió acceder a las mujeres Awajún, posteriormente se explicó los objetivos y metodología a las participantes del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado, luego se realizó una inducción al personal técnico bilingües Awajún de la IPRESS Chiriaco, para que participen en la recolección de los datos, además, se contó con el apoyo de un intérprete hablante de la comunidad. Para la aplicación de los cuestionarios, se brindó una explicación detallada sobre cómo llenar correctamente los instrumentos, asegurando que las participantes comprendieran las preguntas y se sintieran cómodas al responder. Una vez completados los cuestionarios, se realizó el control de calidad de los instrumentos.

3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos

La calidad métrica de los instrumentos de recolección de datos fue evaluada a través de procesos de validez y confiabilidad:

Validación Previa: El instrumento utilizado para medir las "barreras de acceso" había sido validado previamente por Gutiérrez y Juárez (2021) en México. Esta validación inicial se realizó con la participación de cinco especialistas y el instrumento obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach global de 0.710, lo que indica una buena consistencia interna y fiabilidad para su uso en contextos similares.

Validez de Contenido Específica del Estudio: A pesar de la validación previa, se llevó a cabo un proceso adicional de validez de contenido adaptado al contexto actual del estudio. Para ello, el instrumento fue sometido a la revisión de cinco jueces expertos altamente calificados en el tema y en metodología de investigación. Estos jueces proporcionaron su apreciación crítica sobre diversos aspectos, incluyendo:

Claridad: La facilidad de comprensión de los ítems.

Organización: La estructura lógica del cuestionario.

Pertinencia: La relevancia de los ítems para medir las variables.

Coherencia: La consistencia interna entre los ítems y las dimensiones.

Objetividad: La neutralidad de las preguntas.

Consistencia de los ítems: La uniformidad en la medición de cada constructo.

Además, los jueces identificaron si cada ítem correspondía adecuadamente a las dimensiones teóricas establecidas.

Concordancia entre Jueces: Para cuantificar el nivel de acuerdo entre los jueces, se aplicó una prueba Binomial, obteniendo valores de 0.89 y 0.88. Estos resultados indican una alta concordancia entre las valoraciones de los expertos, lo que refuerza la validez

de contenido del instrumento para este estudio particular. Los detalles completos de esta evaluación se encuentran en el Anexo 5 y Anexo 6 del documento.

3.9. Procedimiento y análisis de datos

Los datos fueron ingresados en una base de datos de Microsoft Excel 2019, luego se exportaron al programa Estadístico SPSS versión 27. Para el análisis de la información, se aplicó la estadística descriptiva representándose por medio de tablas de frecuencia, la relación de las variables barreras de acceso y aceptación al tamizaje, se presentan tablas cruzadas (2x2). Para corroborar la hipótesis se utilizó la prueba de Rho de Spearman.

3.10. Criterios éticos

Principio de respeto a la dignidad humana: Este principio establece que todas las personas involucradas en una investigación deben ser tratadas con dignidad, consideración y reconocimiento de su autonomía para tomar sus propias decisiones (34). En el estudio las participantes aceptaron voluntariamente participar en el estudio, expresado a través del consentimiento informado.

Principio de beneficencia: Implica maximizar los beneficios y minimizar los riesgos potenciales (34). La investigadora fue responsable del bienestar físico, mental de las mujeres de Awajún.

Principio de justicia: Busca garantizar la equidad, el trato igualitario y el respeto de los derechos de todas las personas. Implica distribuir de manera justa los recursos, beneficios y responsabilidades, y asegurarse de que todas las personas reciban lo que les corresponde según sus necesidades, méritos o situación (34). Las participantes recibieron un trato humano justo sin discriminación de raza, religión y estatus social.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

La mayoría de las mujeres Awajún atendidas por la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, se encuentran en el rango de 30 a 43 años (41,5%), estado civil conviviente (66,7%), ocupación amas de casa (54,4%), religión evangélica (83,0%) (Cuadro 1)

Tabla 1. Barreras de acceso al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023

| Barreras de acceso | n (147) | % |
|---------------------------|----------------|----------|
| Existe barrera | 57 | 38.8 |
| Puede existir barrera | 48 | 28.6 |
| No existe barrera | 42 | 32.7 |

La Tabla 1, muestra que un 38,8% de las mujeres Awajún, reportaron que existe barrera para acceder al tamizaje de cáncer de cuello uterino, un 32,7% que no existirá barrera y un 28,6% que puede existir barrera.

Tabla 2. Aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023

| Niveles de aceptación | n (147) | % |
|------------------------------|----------------|----------|
| Alta | 53 | 36.1 |
| Media | 49 | 33.3 |
| Baja | 45 | 30.6 |

La Tabla 2, señala que las mujeres Awajún, presentan un nivel de aceptación alta al tamizaje de cáncer de cuello uterino (36,1%), seguido de un nivel de aceptación media (33,3%) y baja (30,6%).

Tabla 3. Barreras de acceso relacionadas con la dimensión de conocimientos y su influencia en la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023

| | | | Barreras de conocimiento | Aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino |
|-----------------|--|--------------|--------------------------|--|
| Rho de Spearman | Barreras de conocimiento | Coefficiente | 1.000 | 0.442 |
| | | Sig. | 0.000 | 0.000 |
| | | Coefficiente | 147 | 147 |
| | Aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino | Coefficiente | 0.442 | 1.000 |
| | | Sig. | 0.000 | 0.000 |
| | | Coefficiente | 147 | 147 |

La Tabla 3, muestra la relación directa, positiva y moderada entre las barreras de conocimiento y la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, utilizando el Rho de Spearman fue de 0.442, con un p-valor de 0.000, ($p < 0.01$).

Tabla 4. Dimensión cultural como barrera de acceso y su relación con la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023

| | | | Barreras culturales | Aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino |
|-----------------|--|-------------|---------------------|--|
| Rho de Spearman | | Coeficiente | 1.000 | 0.283 |
| | Barreras culturales | Sig. | 0.000 | 0.000 |
| | | Coeficiente | 147 | 147 |
| | Aceptación al tamizaje de cáncer de cuello uterino | Coeficiente | 0.283 | 1.000 |
| | | Sig. | 0.000 | 0.000 |
| | | Coeficiente | 147 | 147 |

La Tabla 4, señala la relación débil pero significativa entre las barreras culturales y la aceptación del tamizaje de cáncer en mujeres Awajún de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, utilizando el Rho de Spearman fue de 0.283, con un p-valor de 0.000, ($p < 0.01$).

Tabla 5. Relación entre barreras de acceso y nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún, Institución Prestadora de Salud Chiriaco, 2023

| | | Barreras de acceso | | Nivel de aceptación a la prueba del tamizaje de cáncer de cuello uterino |
|-----------------|--|--------------------|---------|--|
| Rho de Spearman | Barreras de acceso | Coeficiente | 1.000 | 0.475** |
| | | Sig. | | 0.000 |
| | Nivel de aceptación a la prueba del tamizaje de cáncer de cuello uterino | Coeficiente | 147 | 147 |
| | | Coeficiente | 0.475** | 1.000 |
| | | Sig. | 0.000 | |
| | | Coeficiente | 147 | 147 |

La Tabla 5, muestra la relación positiva moderada entre las barreras de acceso y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún Institución Prestadora de Salud Chiriaco, utilizando el Rho de Spearman fue de 0.475, Esto significa que, a medida que las barreras de acceso disminuyen, el nivel de aceptación del tamizaje tiende a aumentar, y viceversa, el valor de significación bilateral ($p=0.000$) sugiere que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel del 1% ($p = 0.000 < 0.01$).

Discusión y análisis

El primer objetivo específico identificó la percepción de barreras de acceso entre las encuestadas. De las 147 mujeres Awajún, 57 (38.8%) manifestaron la existencia de barreras. Este hallazgo concuerda con las Investigaciones previas de Urgiles (19) quien confirma la presencia de diversas barreras al acceso entre ellas el miedo al diagnóstico

(65,5%), preocupación por conocer etapas tempranas del cáncer (87,1%) y falta de tiempo (63.5%).

Por su parte Alarcón (25): Identificó el temor como una barrera significativa, mientras que Nyamambi et al. (21) destacaron la falta de servicios (84%), las largas distancias (86.5%) y las restricciones religiosas (39.7%) como factores limitantes. También, Namuche (23) y Cumpa (22) reportaron deficiencias en calidad de atención (42%), en la capacidad de respuesta del sistema de salud (53,8%) y en la disponibilidad de recursos (70,6%), con una percepción general del 78% de barreras en el acceso.

Estos resultados coinciden en que las barreras de acceso son multifactoriales, involucrando factores económicos, educativos, culturales y estructurales. En regiones amazónicas como la de los Awajún, estas limitaciones se ven agravadas por factores geográficos y culturales. Por ello resulta imprescindible diseñar e implementar estrategias integrales que aborden de manera articulada estas dimensiones.

Con respecto al segundo objetivo específico, se encontró que 53 mujeres (36,1%) mostraron un alto nivel de aceptación del tamizaje. Este resultado coincide con los estudios de Houpert et al. (35) quienes reportaron una aceptación del 88,1%, y Obol et al. (36) con un 75%, donde una proporción significativa de mujeres accedió al tamizaje. Sin embargo, difiere de lo reportado por Chandrika et al. (20) y Ramírez (24) cuyos hallazgos evidencian una baja participación en la prueba de Papanicolaou en un 68% y 69,57% respectivamente. Estas diferencias sugieren que los niveles de aceptación varían notablemente según el contexto y pueden estar influenciados por el acceso a la información, la disponibilidad de los programas de salud vigentes y factores socioculturales.

Existe relación directa, positiva y moderada ($Rho = 0.537$, $p = 0.000$) entre el nivel de conocimiento y la aceptación del tamizaje. Es decir, a mayor conocimiento, mayor probabilidad de participación en el tamizaje. Estos hallazgos son consistentes con estudios de Obol et al. (36) Nyamambi et al. (21) y Namuche (23), quienes también señalan una relación directa entre el conocimiento y la decisión de someterse a la prueba. Todos los estudios coinciden en que incrementar el nivel de conocimiento es un factor clave para mejorar la participación en programas preventivos.

También, se halló una relación débil pero significativa ($Rho = 0.32$, $p = 0.000$) entre las barreras culturales y la aceptación del tamizaje. Resultados coincide con Shin et al. (42) y Alarcón (25), quienes también observaron una relación débil pero estadísticamente significativa entre aspectos socioculturales y aceptación.

Aunque las creencias tradicionales, los tabúes y normas culturales tienen una influencia comprobable, esta es menor en comparación con factores como la información o el acceso a los servicios. Sin embargo, su relevancia no debe ser subestimada. Comprender e integrar los aspectos culturales en las estrategias de salud pública es fundamental para diseñar intervenciones culturalmente sensibles y eficaces, que respeten las realidades comunitarias y promuevan la participación.

Respecto a la relación entre Barreras de acceso y aceptación del tamizaje se encontró un coeficiente de correlación de Spearman de 0.475 con un valor de $p = 0.000$, lo cual indica una relación directa, positiva y moderada, estadísticamente significativa entre las barreras de acceso y la aceptación del tamizaje. Este hallazgo sugiere que, a pesar del incremento de barreras, las mujeres Awajún tienden a mantener una disposición favorable hacia el tamizaje, posiblemente influenciadas por una comunicación efectiva por parte del personal de salud sobre la importancia de la detección temprana.

Aunque la relación no es fuerte, sugiere la presencia de factores moduladores como creencias culturales, confianza en los servicios de salud e influencia comunitaria. Este resultado es consistente con el estudio de Cumpa (22), quien halló un Rho de 0.253 ($p = 0.002$), también indicando una relación significativa. Ambos estudios coinciden en que las barreras no anulan totalmente la aceptación, sino que existe una interacción compleja. Contrariamente, Ramírez (24) reportó un Rho de 0.548 con $p > 0.005$, concluyendo que no existe una relación significativa entre ambas variables. Esta diferencia es relevante, ya que sugiere una desconexión entre barreras y aceptación, a diferencia de los hallazgos del presente estudio y del de Cumpa (22).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La mayoría de las mujeres Awajún señalan la existencia de barreras que dificultan el acceso oportuno al tamizaje de cáncer de cuello uterino.

La aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino entre las mujeres Awajún es alta, seguida por una aceptación media y bajo.

Existe una relación directa, positiva y moderada entre las barreras de conocimientos y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco.

Existe una relación débil pero significativa entre las barreras culturales y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en las mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco.

Existe una relación positiva y moderada entre las barreras de acceso y el nivel de aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino en las mujeres Awajún atendidas en la Institución Prestadora de Salud Chiriaco.

Recomendaciones

- El personal de salud de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco debe diseñar y difundir materiales educativos en idioma Awajún y en español, adaptados al contexto cultural, que expliquen de forma clara la importancia del tamizaje y las etapas de detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- El personal de obstetricia debe desarrollar talleres educativos para mujeres Awajún enfocado en salud sexual y reproductiva, enfatizando la prevención del cáncer de cuello uterino y el papel del tamizaje en la detección temprana.

- El Jefe de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco debe integrar a líderes Comunitarios y autoridades locales en los programas educativos para legitimar los mensajes de tamizaje de cáncer de cuello uterino y reducir las posibles resistencias derivadas de creencias culturales.
- El Jefe de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, debe promover un enfoque intercultural en la atención del tamizaje, garantizando el respeto a la cultura Awajún y fomentar la participación activa de las mujeres a través del dialogo y la expresión de sus inquietudes culturales.
- El Jefe de la Institución Prestadora de Salud Chiriaco, debe Fomentar la creación de redes de apoyo entre las mujeres de la comunidad Awajún para que compartan experiencias, resuelvan dudas y se apoyen mutuamente en los procesos de tamizaje.
- El personal de salud debe implementar un sistema de seguimiento en el cual se realice visitas periódicas para que las mujeres reciban los resultados de sus pruebas y las orientaciones necesarias para el tratamiento si fuese necesario.
- El personal de salud debe establecer un mecanismo de recordatorio, como llamadas telefónicas o mensajes de texto en el idioma local, para recordar a las mujeres las fechas de sus tamizajes y sus citas médicas.
- El coordinador del programa presupuestal Prevención y Control del Cáncer realizara las coordinaciones con la universidad Intercultural de Bagua para el fortalecimiento de capacidades al personal de salud en el idioma Awajún.

Estas recomendaciones, alineadas con las conclusiones del estudio, no solo pueden mejorar la tasa de aceptación del tamizaje, sino también fomentar una relación de confianza entre el sistema de salud y la comunidad Awajún. Esto contribuye a una mejora sostenible en la detección temprana del cáncer de cuello uterino y, a largo plazo, en los resultados de salud para esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivia G, Carrasco M, García MA, Saldivar A; Ostiguín RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos 2018. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1028455/457-manuscrito-anonimo-871-1-10-20180417.pdf>
2. Nolte J. Gráfica awajún: geometría del universo. KWY Ediciones; 2021.
3. Herrera EAH, Barba TGM, Méndez EHH, Fernández T. Educación y prevención para la salud sobre cáncer de cuello uterino. USFQ Press; 2021. (Salud)
4. Pulgarín S. La vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia: prácticas y discursos de una tecnología de género. Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2020. (Serie intervenciones en estudios culturales).
5. International Agency for Research on Cancer. Cancer today [Internet]. Lyon, France: IARC; 2020 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/hom>
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer cervicouterino [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
7. Wu ES, Jeronimo J, Feldman S. Barriers and Challenges to Treatment Alternatives for Early-Stage Cervical Cancer in Lower Resource Settings. *J Glob Oncol.* 2017;3(5):572-82. doi: 10.1200/JGO.2016.007369.
8. Aharon D, Calderon M, Solari V, Alarcon P, Zunt J. Barriers to Follow Up for Abnormal Papanicolaou Smears among Female Sex Workers in Lima, Peru. *PLOS ONE.* 2017;12(1):e0169327. doi: 10.1371/journal.pone.0169327.

9. Mishra R, Bisht D, Gupta M. Primary screening of cervical cancer by Pap smear in women of reproductive age group. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2022;11(9):5327–31. Available from: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_68_22
10. World Health Organization. Cervix uteri [Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2021. Available from: <https://bit.ly/3wHL57a> OPS. Cáncer cervicouterino [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
11. Urrutia M, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2015;80(2). Available from: <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000200002OMS>. Cáncer cervicouterino [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
12. Ransome Y. Religion, spirituality, and health: New considerations for epidemiology. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2020;189(8):755–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85087044077&doi=10.1093%2Faje%2Fkwaa022&partnerID=40&md5=b41bb5acae19f78088be3cf53298d8eb>
13. Karvonen S, Moisio P, Vepsäläinen K, Ollonqvist J. Assessing health gradient with different equivalence scales for household income – A sensitivity analysis. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2021;15. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85112564098&doi=10.1016%2Fj.ssmph.2021.100892&partnerID=40&md5=0b8af19fd06cabaf383cd5ebc9907dec>

14. Mittal A, Neibart SS, Kulkarni A, Anderson T, Hudson SV, Beer NL, et al. Barriers and facilitatorsto effectivecervicalcancer screeningin Belize:aqualitativeanalysis. Cancer Causes Control [Internet]: 202334(8):647–56. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85158976106&doi=10.1007%2Fs10552-023-01703-0&partnerID=40&md5=6f6ae4ef9edd580f82a4d3ca2c1cd8>
15. Organización Panamericana de la Salud. Ministros de salud se comprometen a reducir 30% los caso y muertes por cáncer cervicouterino en las Américas para 2030 [Internet]. Organización panamericana de la Salud. 2018. Available from: <https://bit.ly/4amM7mU>
16. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino [Internet]. Primera ed. 2017. Available from: <https://bit.ly/4auC1QZ>
17. Ministerio de Salud. Aprobar el Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017-2021.Resolución Ministerial N440-2017-MINSA <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189456-440-2017-minsa>
18. Ministerio de la Salud. Boletín epidemiológico del Perú 2021 [Internet]. Ministerio de Salud. 2021. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202152_03_181723.pdf
19. Urgiles LC. Barreras de Acceso a la Asistencia de Citología del Cuello Uterino en una Población Rural del Recinto el Cóndor del cantón Yaguachi noviembre 2021. Yaguachi ,201<http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/6815?locale=en>

20. Chandrika K, Naik BN, Kanungo S. Awareness on Cancer Cervix, Willingness, and Barriers for Screening of Cancer Cervix among Women: A Community-Based Cross-Sectional Study from Urban Pondicherry. *Indian J Public Health* [Internet]. 2020;64(4). Available from: [https://journals.lww.com/ijph/fulltext/2020/64040/awareness_on_cervix_willingness,_and.10.aspx](https://journals.lww.com/ijph/fulltext/2020/64040/awareness_on_cancer_cervix_willingness,_and.10.aspx)
21. Nyamambi E, Murendo C, Sibanda N, Mazinyane S. Knowledge, attitudes and barriers of cervical cancer screening among women in Chegutu rural district of Zimbabwe. Sabater A, editor. *Cogent Soc Sci* [Internet]. 2020 Jan 1;6(1):1766784. Available from: <https://doi.org/10.1080/23311886.2020.1766784>
22. Cumpa I. Barreras de acceso y cobertura de atención en el tamizaje del cáncer cervicouterino en usuarias de un hospital público-Utcubamba [Internet]. [Chiclayo]: Universidad César Vallejo; 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/98527>
23. Namuche M. Conocimiento sobre Factores de Riesgo y Prácticas de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. Trujillo. [Internet]. Trujillo. Perú; 2021. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/16873>
24. Ramírez K. Barreras de accesibilidad y el despistaje de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el centro materno infantil El Socorro, 2021 [Internet]. [Lima. Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2021. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/10047>
25. Alarcón P. Factores asociados en la decisión al tamizaje del papanicolaou en mujeres en edad reproductiva del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho. 2019 [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2020. Available

from: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/5612>

26. Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). Creencia, actitud, intención y comportamiento: Una introducción a la teoría y la investigación. Addis Abeba
27. Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados [Revista en Internet]. 2º semestre 1999; Año III (6): 5-12 Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5126>
28. Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2015). *Acceso a los servicios de salud: barreras y soluciones.* OMS. Obtenido de <https://www.who.int>
29. Gutiérrez M, Juárez A. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México. Rev Científica Enfermería [Internet]. 2021;(21):4– Available from: <https://doi.org/10.14198/recien.2021.21.02>
30. Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad.1985
31. Giovanella L y Fleury S. Universalidade da atenção à saúde:acesso como cateogria de análise. [aut. libro] Catalina Eibenschutz. Política de Saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz Ed., 1995; 177-98.
32. Municipalidad distrital de Imasa Informe final de presupuesto <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6495267/5668600-informe-final-presupuesto-participativo-2024.pdf>
33. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. Sexta edic. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; Available from: <https://bit.ly/3yiHgWg>

34. González MÁ. *Bioética En Ciencias de la Salud*. Elsevier Health Sciences; 2021.
35. Houpert R, Bendiane M-K, Huiart L, Bouhnik A-D, Alleaume C, Touzani R, et al. Socioeconomic and cultural factors associated with pap smear screening among French women living in Réunion Island. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85191090277&doi=10.1186%2Fs12889-024-18633-4&partnerID=40&md5=fc496f6bd478952a5aa52923100193e2>
36. Obol JH, Lin S, Obwolo MJ, Harrison R, Richmond R. Knowledge, attitudes, and practice of cervical cancer prevention among health workers in rural health centres of Northern Uganda. *BMC Cancer* [Internet]. 2021;21(1):110. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07847-z>
37. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachope AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino: revisión. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2017;19(2):129- 43. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt>
38. Huaranga Lucas Daysy, Ku Chung Elia. Barreras asociadas con la falta de interés en el resultado del Papanicolaou. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 30]; 92(3): 97-104. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024000300097&lng=es. Epub 07-Jun-2024.
<https://doi.org/10.24245/gom.v92i3.9367>.

39. Shokar NK, Calderon-Mora J, Molokwu J, Byrd T, Alomari A, Mallawaarachchi I, et al. Outcomes of a multicomponent culturally tailored cervical cancer screening intervention among underserved hispanic women (de casa en casa). *Health Promot Pract* 2021; 22(1): 112-121. doi: 10.1177/1524839919893309 [Links]
40. Moreira C, Bezerra A, Oliveira A, Marques T, Fernandes D. Comparación de la eficacia de intervenciones en la tasa de retorno para recibir el laudo citológico vaginal: estudio experimental aleatorizado controlado. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1337.2857>. [Links]
41. Fang CY, Ma GX, Handorf EA, Feng Z, Tan Y, RheeJ, Miller SM, et al. Addressing multilevel barriers to cervical cancer screening in Korean American women: A randomized trial of a community-based intervention. *Cancer* 2017; 123 (6): 1018-1026. doi: 10.1002/cncr.30391 [Links]
42. Shin H, Song S, Jun J, Kim K, Kang P. arriers and strategies for cervical cancer screening:What do female universitystudentsknowand wantPLoSOne [Internet]. 2021;16(10):e0257529. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257529>

Anexo 1

CUESTIONARIO PARA MEDIR LAS BARRERAS DE ACCESO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Indicaciones:

A continuación, se plantean preguntas referidas a las barreras de acceso relacionadas con el cáncer del cuello uterino, por tal motivo solicitamos responder con sinceridad la respuesta que usted cree conveniente marcando con una (X) donde corresponda. Este instrumento solo servirá para los fines de investigación, Se le agradece su participación.

I. Datos generales

1. Edadaños

2. Grado de instrucción:

a) Sin instrucción () b) Primaria incompleta () c) Primaria completa ()

d) Secundaria incompleta () e) Secundaria completa () f) Superior
técnica () g) Superior universitaria ()

3. Estado civil:

a) Soltera () b) Casada () c) Conviviente () d) Viuda () e) Divorciada ()

4. Ocupación

a) Trabaja dependiente () b) Trabaja independiente () c) Ama de casa ()

5. Religión

a) Católica () b) Evangélica () c) Israelita () d) otros ()

Especificar ()::.....

II. Barreras de acceso para el tamizaje

A. Dimensión Barrera conocimiento

Totalmente de acuerdo (1), En desacuerdo (2), Indeciso (3), Desacuerdo (4)

Totalmente en desacuerdo (3)

| N° | Indicadores | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| Barreras de conocimiento | | | | | | |
| 1 | El VPH significa Virus del Papiloma Humano. | | | | | |
| 2 | El VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección. | | | | | |
| 3 | Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas. | | | | | |
| 4 | El cáncer de cuello uterino causa sangrado vaginal y dolor. | | | | | |
| 5 | Ud. ¿sabe que el tamizaje que le realizan se llama Papanicolaou? | | | | | |
| 6 | El Papanicolaou sirve para detectar el cáncer del cuello uterino. | | | | | |
| 7 | Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer de cuello uterino. | | | | | |
| 8 | Me debo realizar el Papanicolaou 1 vez al año. | | | | | |
| Barreras culturales | | | | | | |
| 9 | Me da vergüenza que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou. | | | | | |
| 10 | A mi esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de la obstetra. | | | | | |
| 11 | Tengo miedo del resultado del Papanicolaou | | | | | |
| 12 | Me hago el Papanicolaou solo cuando mi pareja/esposo me lo pide o "me da permiso". | | | | | |
| 13 | Creo que hacerse el Papanicolaou es doloroso. | | | | | |
| 14 | Mi religión me prohíbe realizarme el Papanicolaou. | | | | | |
| 15 | El papanicolaou solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijo. | | | | | |
| 16 | Me debo hacer el Papanicolaou solo si mi médico o la obstetra me lo recomienda. | | | | | |

Anexo 2

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ACEPTACIÓN AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Instrucciones:

Por favor, ponga una X en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: Totalmente de acuerdo (1), De acuerdo (2), Indeciso (3), En desacuerdo (4), Totalmente en desacuerdo (5). Se solicita responder a todas las preguntas sobre la aceptación al tamizaje de cáncer del cuello uterino.

| N° | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------|--|---|---|---|---|---|
| Accesibilidad | | | | | | |
| 1 | Realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino todos los días. | | | | | |
| 2 | Ud. ¿Siempre es atendida por un profesional de salud? | | | | | |
| 3 | Llegar al establecimiento de salud es muy lejano. | | | | | |
| 4 | En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material. | | | | | |
| 5 | Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou. | | | | | |
| Disponibilidad | | | | | | |
| 6 | Al momento de la atención, ¿el profesional de salud le escucha lo que usted manifiesta? | | | | | |
| 7 | El personal de salud ¿Le pregunta cómo se encuentra? | | | | | |
| 8 | En el establecimiento de salud ¿le han solicitado que realice algún pago por el tamizaje de descartes de cáncer de cuello uterino? | | | | | |
| 9 | Ud. ¿Tiene confianza en el personal de salud? | | | | | |
| Calidad de atención | | | | | | |
| 10 | El trato que recibió ¿fue amable y respetuoso? | | | | | |
| 11 | Usted entendió la información brindada sobre la toma del Papanicolaou. | | | | | |
| 12 | Los afiches y materiales de orientación que le entregaron fueron entendibles | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 13 | El profesional de salud que le atendió ¿le brindó confianza al momento de realizar el tamizaje de Papanicolaou? | | | | | |
| 14 | El profesional de salud le informó cuándo debe acercarse a recoger su resultado de Papanicolaou. | | | | | |

Anexo 3

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

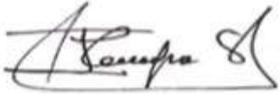
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

| VALIDEZ | | |
|--|---------------------|-----------------------------|
| APLICABLE | X | NO APLICABLE |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | | |
| Validado por: Doris Elizabeth Bringas Abanto | D.N.I: 27674599 | Fecha: 11 - 08 - 2023 |
|  | Teléfono: 949338384 | E-mail: dbringas@unc.edu.pe |
| Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos | | |

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

| VALIDEZ | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|
| APLICABLE | X | NO APLICABLE |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | | |
| Validado por: | D.N.I: 44472382 | Fecha: 09 de julio 2023 |
|  | Teléfono: 952913218 | E-mail: leninlatorrerosillo@gmail.com |
| Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos | | |

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

| VALIDEZ | | | |
|---|----------------------------|--|--|
| APLICABLE | X | NO APLICABLE | |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | | | |
| Validado por: | D.N.I: 33826121 | Fecha: 13/07/2023 | |
|  | Teléfono: 959483197 | E-mail: patriciacumpa@gmail.com | |
| Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos | | | |

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

| VALIDEZ | | | |
|---|----------------------------|--|--|
| APLICABLE | X | NO APLICABLE | |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | | | |
| Validado por: | D.N.I: 26732994 | Fecha: 08 / 07 /23 | |
|  | léfono: 978 377 141 | E-mail: dregaldojulca@hotmail.com | |
| Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos | | | |

| CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO | | |
|---|----------------------------|--|
| VALIDEZ | | |
| APLICABLE | X | NO APLICABLE |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | | |
| Validado por: | D.N.I: 19322747 | Fecha: 13/07/2023 |
|  | Teléfono: 968919875 | E-mail: ysabelch_24@hotmail.com |
| Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos | | |

Anexo 4

PRUEBA BINOMIAL DEL INSTRUMENTO BARRERAS DE ACCESO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES

| | | Categoría | N | Proporción observada | Proporción de prueba | Simplificación exacta (bilateral) |
|----|---------|------------------|----------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| J1 | Grupo 1 | 1 | 80 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 80 | 1.00 | | |
| J2 | Grupo 1 | 1 | 80 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 80 | 1.00 | | |
| J3 | Grupo 1 | 1 | 80 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 80 | 1.00 | | |
| J4 | Grupo 1 | 1 | 80 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 80 | 1.00 | | |
| J5 | Grupo 1 | 1 | 80 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 80 | 1.00 | | |

Anexo 5

PRUEBA BINOMIAL DEL INSTRUMENTO ACEPTACIÓN AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES

AWAJÚN

| | | Categoría | N | Proporción observada | Proporción de prueba | Simplificación exacta (bilateral) |
|----|---------|------------------|----------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| J1 | Grupo 1 | 1 | 70 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 70 | 1.00 | | |
| J2 | Grupo 1 | 1 | 70 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 70 | 1.00 | | |
| J3 | Grupo 1 | 1 | 70 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 70 | 1.00 | | |
| J4 | Grupo 1 | 1 | 70 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 70 | 1.00 | | |
| J5 | Grupo 1 | 1 | 70 | 1.00 | 0.50 | 0.00 |
| | total | | 70 | 1.00 | | |

Anexo 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO BARRERAS DE ACCESO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES

AWAJÚN

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| 0.89 | 14 |

Anexo 7

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ACEPTACIÓN AL TAMIZAJE
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES AWAJÚN**

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| 0.88 | 16 |

Anexo 8

DATOS COMPLEMENTARIOS

| Factores sociodemográficos | | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|---------------|------------|------------|
| Edad | 25 a 29 años | 45 | 30.6% |
| | 30 a 43 años | 61 | 41.5% |
| | 44 a 64 años | 41 | 27.9% |
| | Total | 147 | 100.0% |
| Estado Civil | Casada | 23 | 15.6% |
| | Conviviente | 98 | 66.7% |
| | Soltera | 26 | 17.7% |
| | Toral | 147 | 100.0% |
| Ocupación | Ama de casa | 80 | 54.4% |
| | Trabajo | 0 | 0.0% |
| | Independiente | 67 | 45.6% |
| | Total | 147 | 100.0% |
| Religión | Católica | 5 | 3.4% |
| | Evangélica | 122 | 83.0% |
| | Israelita | 8 | 5.4% |
| | Otros | 12 | 8.2% |
| | Total | 147 | 100.0% |