

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS EN LA
FUNDACIÓN GRACE DE LA CIUDAD DE CUENCA. 2022**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico

Modalidad: Proyecto de
Investigación

Autor:

Roberto Tadeo Sanango Ortiz

Christian Daniel Saeteros Mendieta

Director:

Bernardo José Vega Crespo

ORCID: 0000-0002-2545-4733

Cuenca, Ecuador

2023-03-06

Resumen

Antecedentes: El cáncer de cuello uterino representa el cuarto tipo de cáncer más común en mujeres a nivel mundial y la segunda causa de muerte por patología oncológica en mujeres ecuatorianas, únicamente superado por el cáncer de mama. Asimismo, la población en riesgo principalmente migrantes y refugiadas, reflejan una mayor incidencia y mortalidad en relación a este tipo de cáncer asociados a inadecuados programas de tamizaje.

Objetivos: Identificar la adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca. 2022.

Métodos: La investigación se efectuó mediante un estudio cuantitativo descriptivo transversal. El universo fue de 583 mujeres, y se obtuvo una muestra de 232, una edad entre 21 y 65 años, con los siguientes criterios de restricción; se usó el dato de prevalencia de 51%, y en donde el valor de la muestra es el resultado del 95% de intervalo de confianza y 5% de error alfa. Estos datos pasaron por los programas de Excel y SPSS para su respectiva tabulación y análisis de variables, frecuencia, porcentajes.

Resultados: Se evidenció que del total de encuestadas 207 (86.3%) si se han realizado alguna vez en la vida un PAP, mientras que 33 (13.8%) nunca se han realizado esta prueba, beneficiado por tener conocimientos sobre el PAP (89.6%) y limitado por la falta de acceso (40.8%).

Conclusiones: Existe relaciones estadísticamente significativas con la adherencia al PAP en la cual se demostró, que el conocimiento sobre el tema, permitió que las mujeres de la fundación GRACE se hayan podido realizar un examen de Papanicolaou en algún momento de su vida.

Palabras clave: cáncer, cuello uterino, adherencia, migrantes y refugiadas

Abstract

Background. Cervical cancer is currently the fourth most common cancer in women worldwide and the second cause of death from oncological diseases in Ecuadorian women, surpassed only by breast cancer. Likewise, population at risk, mainly migrants and refugees, show higher incidence and mortality rates in regard to this type of cancer, which is linked to inadequate screening tests.

Objectives: To identify adherence to cervical cancer screening in migrant and refugee women at GRACE foundation in the city of Cuenca in 2022.

Methods: This is a quantitative descriptive cross-sectional study. A questionnaire to migrant and refugee women at GRACE foundation was administered. The universe was 583 women, the sample comprised 232 individuals aged 21-65 years. The restriction criteria were as follows: prevalence data of 51% was used, in which the sample value is the result of a 95% confidence interval and 5% alpha error. These data were processed using Excel and SPSS programs to tabulate and analyze their variables, frequency, and percentages.

Results: The data show that out of the total number of respondents, 207 (86,3%) have had a PAP test at some time in their life, while 33 (13,8%) have never had this test; 89.6 % of the respondents were favored by being aware of the PAP test and 40.8% were limited by lack of access.

Conclusions: There are statistically significant relationship in regard to adherence to the PAP test, since GRACE foundation women were aware of this subject. Therefore, they have had that test at some time in their life. Thus, knowledge and information allow better adherence to it.

Keywords: cancer, cervix, adherence, migrants and refugees.

Índice de contenidos

Resumen	2
Abstract.....	3
Agradecimiento.....	9
Capítulo I	10
1.1. Introducción	10
1.2. Planteamiento del problema	12
1.3. Justificación	13
Capítulo II	14
2.1 Fundamento teórico	14
2.1.1 Cáncer cervicouterino definición y generalidades	14
2.1.2 Fisiopatología y clínica	15
2.1.3 Diagnóstico.....	15
2.1.4 Prevención	16
2.1.5 Adherencia al tamizaje y migración.....	18
Capítulo III	23
3. Objetivos	23
3.1 Objetivo general.....	23
3.2 Objetivos específicos	23
Capítulo IV.....	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Área de estudio.....	24
4.3 Universo y muestra	24
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	24
4.4.1 Criterios de inclusión	24
4.4.2 Criterios de exclusión	24
4.5 Variables de estudio.....	24
4.6 Operacionalización de las variables	25
4.7 Métodos de recolección de información	25
Métodos:	25
Técnica:	25
Instrumentos:	25
4. 8 Plan de tabulación y análisis	26
4.9 Consideraciones bioéticas	26

UCUENCA

5

Capítulo V.....	28
5.1 Tablas y resultados	28
Capítulo VI.....	42
6.1 Discusión.....	42
Capítulo VII.....	45
Conclusiones y recomendaciones.....	45
7.1 Conclusiones.....	45
7.2 Recomendaciones.....	46
Anexos	53
Anexo A: Operacionalización de las variables	53
Anexo B Encuesta de recolección de datos	63
Anexo C Consentimiento informado.....	68

Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización de 240 mujeres migrantes y refugiadas según variables sociodemográficas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.....	28
Tabla 2. Caracterización de acuerdo a variables socioeconómicas en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.....	31
Tabla 3. Caracterización de acuerdo a los antecedentes ginecoobstétricos en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.....	33
Tabla 4. Caracterización del acceso al tamizaje de cancer cervicouterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.....	34
Tabla 5. Distribución según la adherencia al Papanicolaou en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.....	35
Tabla 6. Distribución según los conocimientos al Papanicolaou en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.....	36
Tabla 7. Factores relacionados entre variables de conocimientos y limitantes con adherencia en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.	38

Dedicatoria

Agradezco primero Dios por haberme permitido llegar a cumplir una meta que anhelaba desde pequeño, que con su sabiduría supo guiarme hacia el camino del éxito. Asimismo, estoy eternamente agradecido con mis padres, quienes me han forjado el espíritu guerrero para jamás darme por vencido en las adversidades, y es por ellos que he conquistado todos mis proyectos, sin duda, han sido mi motor y mi inspiración. A mis hermanas y hermano que han sido el soporte en buenos y malos momentos con quienes he vivido los grandes momentos en mi vida y le hago una dedicatoria a mi mejor amigo "Bobby" que me ayudó en los momentos declives y siempre estaré agradecido por ello. ¡Hasta siempre querido amigo!

Christian Daniel Saeteros Mendieta

Dedicatoria

Gracias a mi mamita Luz María que me ha acompañado en la lucha diaria de mis estudios, su alegría, felicidad, su extremo esfuerzo, su pasión al trabajo y amor por sus hijos para poder lograr todo lo que he conseguido hasta el día de hoy, estoy bendecido y agradecido con Dios por el amor de mi madre y su lucha inalcanzable, a mi papito “Pato loco” por su esfuerzo y trabajo diario de sol a sol y mostrarme que, con empatía, solidaridad y mucha responsabilidad se puede lograr nuestro objetivo y salir adelante, que Dios le bendiga y le cure de cualquier enfermedad y nunca olvide que lo amo con todo mi corazón , es mi vida y gracias ustedes dos pude lograr mi meta profesional, estoy orgulloso de ustedes, le amo y le amaré toda mi vida . A mis abuelitos que con sus bendiciones y sus plegarias han iluminado mi camino. A mi pareja por compartir este esfuerzo y lucha diaria, con su apoyo y muchas vivencias han hecho de este camino mucho mejor y que mi internado sea mucho más fácil. A mi sobrina Maddison que me alegra mi corazón cada día solo con verla sonreír y que recuerde que es mi motor para todo, a mis hermanos Diego y Nathaly que son la razón más bonita de mi vida, y que cada paso que dan, veo el esfuerzo y empeño que le ponen, A mi amiga Mariana, una verdadera amiga que me dio el internado, eres un ser de luz, una mente brillante te adoro demasiado. A mis amigos Patricio, Liss, Gaby, Vale, Kike , Juan, Michael, Jonna, Mishell, Evelyn, Wendy, Paul, Silvana y mi Angie Lorena gracias por hacer que mi vida tenga verdaderas amistades como ustedes, no tiene idea de lo agradecido que estoy.

Roberto Tadeo Sanango Ortiz

Agradecimiento

Gracias al doctor Bernardo Vega por su apoyo incondicional en este trabajo de investigación y su calidad de docente que permite a los jóvenes como nosotros prepararnos de mejor manera para un futuro lleno de oportunidades, que durante este tiempo ha sido nuestra guía en todo este proyecto de investigación y que compartió sus conocimientos para redactar de la mejor manera para llegar a la audiencia y campo de estudio, con ello poder hacer y visualizar la importancia de este tema de investigación y ser una guía para próximos estudios en nuestra ciudad. De igual manera extendemos un profundo y eterno agradecimiento a todas las personas involucradas en este proyecto investigativo, familiares, compañeros, docentes y a nuestros amigos que dentro de la Universidad y del Internado han formado parte de nosotros y hemos compartido grandes vivencias y buenas experiencias, para poder lograr un triunfo más en nuestras vidas.

Roberto y Christian

Capítulo I

1.1. Introducción

El cáncer cervicouterino es un tumor maligno que se desarrolla en la parte inferior del útero. Aproximadamente 500.000 mujeres mueren cada año en el mundo por esta causa, especialmente en los países en vías de desarrollo, el 80% de casos se presentan en países cuyas condiciones de salud aún están en desarrollo(1).

Las tasas de mortalidad se redujo considerablemente a mediados de la década de 1980, esto fue un propósito logrado por los países en desarrollo, gracias al aumento de programa de detección temprana, donde el pilar fundamental fue la implementación del tamizaje-intervención de salud pública dirigida a una población destinataria asintomática, en donde el propósito no es diagnosticar una enfermedad, sino esclarecer a las personas con mayor probabilidad de tenerla o un precursor de la misma por PAP. La causa principal del cáncer de cuello uterino está atribuida a la infección por VPH. Los cofactores de riesgo que conducen a esta patología son; inicio de vida sexual temprana, múltiples parejas sexuales sin los respectivos cuidados de barrera contra enfermedades de transmisión sexual(2).

La prueba de Papanicolaou (PAP) es uno de los exámenes que se usa con mayor frecuencia para detectar los cambios prematuros en las células que pueden derivar en cáncer de cuello uterino, la cual es conocida como citología vaginal. Para la prueba se debe obtener una muestra de células del cuello uterino, donde busca encontrar cambios desde etapas iniciales, con la finalidad de disminuir la mortalidad por esta patología, y buscar las medidas preventivas para el cáncer cervicouterino, y que este sea efectivo cada vez que se realicen las pruebas de tamizaje de manera periódica(3).

Entre las barreras de acceso de las mujeres hacia estos métodos diagnósticos se encuentra; la desinformación acerca del tema, puesto que, según un estudio realizado las mujeres acuden a la visita ginecológica por molestias presentadas y no por control y prevención. Otra barrera que puede presentar es que hay un desinterés sobre este cáncer por el evidente desconocimiento de la población femenina. También se pudo evidenciar que existe una respuesta tardía de los resultados por lo que esto genera una despreocupación de las personas, perdiendo así una prevención o diagnóstico oportuno(4).

La prevalencia de este tipo de cáncer exhibe una indudable inequidad social, ya que manifiesta la escasa prevención y tratamiento sobre esta afección aún con los métodos de tamizaje que promueve el ministerio de salud. Esto se evidencia de una manera inequívoca en la población migrante y refugiada, por aspectos como su situación de movilidad, la poca

o nula información, falta de acceso a instituciones de salud así como la precariedad en la viven dejando a un lado la salud y enfocándose básicamente en la supervivencia diaria(5).

La fundación Give Refugees A ChancE (GRACE) es una fundación sin fines de lucro establecida en la ciudad de Cuenca en el año 2019, en donde su propósito es la ayuda social, psicológica y médica a personas migrantes y refugiadas que residen en nuestra ciudad. Esta fundación crea oportunidades laborales y de mejoras de calidad de vida en donde las personas a quienes asisten tienen limitaciones de acceso a los diferentes servicios en la ciudad. Su misión se centra en aliviar las barreras que impiden la integración exitosa de los refugiados en la sociedad, ayudando a la transición de refugiado a vecino.

1.2. Planteamiento del problema

El cáncer de cuello uterino representa un importante problema de salud pública, el cual afecta principalmente a mujeres con vida sexual activa(6). Según datos estadísticos a nivel mundial se considera como el segundo cáncer más frecuente dentro de la población femenina, evidenciando así una mortalidad elevada hasta el 80% en países de bajos y medianos ingresos(7). Según la OPS si es que se llega a mantener las tendencias actuales, el número de muertes en América Latina aumentará hasta en un 45% en el año 2030.

Este tipo de cáncer tiene aproximadamente una incidencia de 21,2 nuevos casos por cada 100000 mujeres alrededor del mundo; sin embargo, en Latinoamérica esta cifra se eleva hasta los 22,8 nuevos casos al año por cada 100000 mujeres(8). Según estudios realizados acerca del cáncer cervicouterino actualmente es aquel que puede ser prevenible, pero a pesar de ello continúa siendo uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial (9).

En el Ecuador, para el cáncer de cuello uterino se ha destinado varias campañas de prevención y detección precoz, pero al reflejar las estadísticas de morbimortalidad no evidencia una mejoría de los datos estadísticos antes mencionados. En referencia a la población migrante y refugiada estudios manifiestan que mientras más reciente haya sido la migración al país menor probabilidad de realización de la prueba de detección registran(10).

Se ha documentado que existen muchas barreras en las cuales predominan las socioculturales, influyen negativamente en el tamizaje en grupos poblacionales de migrantes a nivel mundial(7,11). Hay estudios que manifiestan que existen mujeres las cuales llevan un periodo corto de estadía en cierto país, distinto al de origen, son proclives a participar en programas de detección y tamizaje de enfermedades. Esto ocasiona la disminución de realización de exámenes citológicos limitando así su conocimiento acerca de las recomendaciones en prevención y tratamiento(12).

Entonces, la mujer por condición biológica se encuentra propensa a desarrollar este cáncer, además de que existen factores que pueden precipitar la neoplasia que comprometen la salud y por consiguiente el estilo de vida de la persona. Ahora bien, el tener un rasgo como la migración genera una preocupación mayor en el tema, puesto que, limita más la accesibilidad a la prueba de detección por lo que nos conlleva a plantear la siguiente pregunta; ¿Cuáles son las características de la adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca? 2022?

1.3. Justificación

El cáncer cervicouterino afecta a mujeres provocando millones de muertes anuales, a consecuencia de un escaso tamizaje en el cual no permite la adecuada detección y compromete la salud tanto física como emocional de la paciente. Existen programas en donde se enfocan principalmente en la prevención tratamiento oportuno de esta patología, sin embargo, las estadísticas denotan que no se efectiviza de una manera correcta las inversiones, ya que conforme han pasado los años no ha existido una disminución significativa tanto en la morbilidad como en la mortalidad.

Hoy en día existen métodos eficaces para la oportuna detección de las lesiones precancerosas, a través de la citología vaginal (PAP), demostrando significativamente reducción de casos en países desarrollados, pero la situación de movilidad humana en nuestro país, las prioridades en pugna de la atención de salud, insuficiencia de recursos financieros, fragilidad de los sistemas de salud han hecho que sea difícil su alcance de alta cobertura para la detección de este cáncer en mujeres migrantes y refugiadas.

Es por ello que esta investigación busca otorgar un panorama claro acerca de la situación inequitativa que vive la población migrante en nuestra ciudad referente a salud, conocer las razones del por qué no se realiza el tamizaje y brindar a las autoridades pertinentes una guía, a partir de cual se contemple los problemas que atraviesan y abolir estos limitantes que ponen en inminente riesgo a personas en situación de movilidad.

Los resultados de la tesis/proyecto de investigación serán entregados a las instancias de salud y bienestar correspondientes para la toma de decisiones sobre esta problemática. El proyecto se encuentra en los lineamientos de investigación del Ministerio de Salud Pública, localizado en el área 4: neoplasias, línea de investigación: ginecológicas, adicionalmente en el subgrupo: Estrategias de prevención, relación con virus de Papiloma Humano(13). El estudio va a permitir evidenciar hacia las diferentes autoridades de salud la adherencia al tamizaje de este grupo poblacional.

Capítulo II

2.1 Fundamento teórico

2.1.1 Cáncer cervicouterino definición y generalidades

El cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia maligna ginecológica más frecuente en países en vías de desarrollo, que afecta a mujeres, en las edades entre 20 y 69 años, siendo superada únicamente por el cáncer de mama, que ocupa el primer lugar(14).

El cáncer de cérvix tiene una incidencia de 21,2 nuevos casos por cada 100000 mujeres en todo el mundo, específicamente en Latinoamérica las cifras presentan una elevación alarmante, en donde llegan a 22,8 por cada 100000 mujeres. Este cáncer ocupa la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, evidenciando una mortalidad de 300000 mujeres al año y una tasa de 10,3 decesos por cada 100000. En Latinoamérica existe una incidencia de 10,1 decesos por cada 100000 mujeres por año(15).

Esta enfermedad tiene una frecuencia de presentación en la mujer fértil y últimamente se ha observado una tendencia de incremento en la incidencia en mujeres más jóvenes ocasionando que se considere una causa importante de muerte prematura y años de vida perdidos(16).

Su pronóstico es variable y depende básicamente del estadio en el que se encuentre la neoplasia, de ahí la importancia de una detección precoz para un manejo íntegro y favorable en la paciente(17,9). Según GLOBOCAN, Ecuador está situado en el séptimo lugar en relación a países de Sudamérica con mayor prevalencia de cáncer cervicouterino presentando el pico más alto en el año 2014 sobrepasando al cáncer de mama en un 4%(18).

El virus del Papiloma Humano (VPH) es el principal factor de riesgo que se asocia con el cáncer de cuello uterino ya que este produce una infección específica en el epitelio de la mucosa genital y por consiguiente pueden causar afecciones asintomáticas o se pueden asociar a neoplasias benignas o malignas(19). Varios estudios epidemiológicos han concordado que la principal causa es a raíz de esta infección, sin embargo, las mujeres infectadas no desarrollan directamente el cáncer a causa del VPH, sino que se asocian a otros factores(20).

Existen más de doscientas variedades de este virus los más relevantes se pueden catalogar en dos grupos específicos: los de bajo riesgo 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 71, 72 y 81

que pueden producir lesiones benignas en la piel tales como, verrugas planas, plantares o vulgares o genitales(21,9) y los genotipos de alto riesgo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 siendo de estos el 16 y 18 los más prevalentes relacionándose con lesiones intraepiteliales premalignas o invasivas(21).

La prevalencia de la infección por VPH tiene primordialmente en mujeres menores a 25 años de edad convirtiéndolas en un grupo etario de alto riesgo a desarrollar lesiones premalignas y aumente a medida que incrementa la severidad de las lesiones(6,22), luego esta prevalencia muestra un descenso en edades medianas y mayores(6). La incidencia varía de una región a otra, que puede presentar diferencias de hasta veinte veces entre las incidencias más altas y las incidencias más bajas. Por ejemplo, en América del Norte se presenta con una morbilidad relativamente baja, en cambio en América del Sur podemos observar una gran variabilidad(23). La sobrevida se encuentra sujeta al factor socioeconómico, entonces refleja la importancia del acceso a programas públicos para una detección precoz y un tratamiento oportuno.

2.1.2 Fisiopatología y clínica

El ciclo del virus del Papiloma Humano (VPH) inicia cuando partículas de este microorganismo alcanzan la capa basal del epitelio en el cual se juntan y penetran en las células por medio de lesiones pequeñas que se encuentran en la zona(21). Conforme las células basales se diferencian, se acompañan de amplificación del genoma, ensamblaje viral y su liberación, esto crea un cambio concomitante en los patrones de expresión de los genes sean tempranos o tardíos.

Las neoplasias pre-invasivas son asintomáticas, por esto es necesario el tamizaje acompañado de una evaluación por citología del endocérnix y exocérnix. Los síntomas que pueden manifestarse son molestias o sangrados posterior al acto sexual, descarga vaginal con mal olor, dispareunia, dolor pélvico que puede estar ocasionado por contracciones uterinas debido a la acumulación de sangre menstrual en mujeres con oclusión del canal endocervical(22). El sangrado crónico puede ocasionar anemia en ciertas pacientes. Otros síntomas pueden presentarse a consecuencia de la metástasis a distancia y constitucionales en enfermedades que ya están muy avanzadas(24).

2.1.3 Diagnóstico

Hoy en día los estudios mediante imágenes tienen un rol importante como apoyo de la evaluación semiológica del cáncer cervicouterino. Al momento de conjugar hallazgos clínicos

e imagenológicos creamos una optimización en el control del cáncer y podemos ayudar a crear un plan terapéutico específico para cada paciente(25).

El diagnóstico a razón de las pruebas se basa principalmente en tres grupos recomendadas por la OMS: pruebas de VPH para los tipos de alto riesgo, citología convencional (PAP), y citología con base líquida (LBC), si es que estas pruebas arrojan resultados positivos, se inicia un tratamiento y observación de lesiones premalignas, que de persistir o incrementar su estadiaje pueden ser tratadas de manera temprana a través de la utilización de la crioterapia y el procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP), y en la presencia de lesiones avanzadas, los casos se derivan para el respectivo manejo adecuado(26).

El estudio que se realiza en la citología epitelial y pretende hallar anomalías contiene etapas donde abarca la toma de la muestra, primera lectura, y su diagnóstico final. La toma de muestra es el primer paso y el más importante ya que de esto depende la interpretación final, por ende, al no realizarse de una manera correcta repercute directamente en el aumento del índice de falsos negativos(27). Los otros dos procesos corresponden a hacer una descripción de las células escamosas (mayor relevancia) ya que determina el caso de lesiones intraepiteliales de bajo o alto riesgo, además se describe células glandulares(28).

En relación a la detección las estrategias de tamizaje bien sea la citología cervical (PAP), la prueba del VPH o estas pruebas combinadas nos ayudan a tener un panorama amplio y corroboran en conjunto con la clínica para determinar un diagnóstico fijo y encaminarnos a un tratamiento inmediato y oportuno para contribuir en la reducción de la morbimortalidad hasta un 75%(29). En la mayoría de países en Latinoamérica el PAP se realiza de manera gratuita en los servicios de salud públicos, sin embargo, no ha habido una reducción significativa de las estadísticas relacionadas al cáncer cervicouterino, por lo tanto, la eficacia no radica en la sensibilidad, sino en la repetición de las pruebas(7,29).

2.1.4 Prevención

En salud, la palabra prevención hace referencia a una estrategia de intervención, por lo cual significa que es un conjunto de acciones específicas que van a estar dirigidas a reducir un riesgo, la frecuencia y por ende las consecuencias de una enfermedad determinada que puede causar daño a la salud(25). Está compuesto por cuatro niveles: el primordial cuyo objetivo es evitar la aparición y consolidación de patrones en la vida social, económica, cultural los cuales contribuyan a incrementar el riesgo de enfermedad, el primer nivel o de ocurrencia donde se enfoca en la reducción de riesgo, segundo nivel o de continuidad aquí

se enfoca en que la duración sea la menor posible y la terciaria está destinado básicamente a la rehabilitación(18).

La prevención primaria es evitar la infección por VPH, aunque parezca una paradoja, es importante una buena intervención en la educación sexual que aborde el tema y ponga en manifiesto los riesgos que ocasiona la infección de este virus. Se puede prevenir mediante la abstinencia sexual, monogamia mutua, uso de preservativos (masculino, femenino o ambos) en el acto sexual(21).

Otro aspecto dentro de la prevención primaria es la vacunación frente al virus VPH. En el año 2006 las vacunas bivalentes y cuadrivalentes demostraron una eficacia superior al 90% en prevención frente al VPH y los genotipos 16 y 18. Adicional estas vacunas mostraron un efecto potencial por inmunidad cruzada para los tipos 31, 33 y 35. (10% protección adicional). Los ensayos clínicos y sus resultados respaldan el potencial beneficio de las vacunas como medida primaria preventiva de adquirir infección por VPH y consecuentemente un cáncer de cuello de útero(13).

Dentro de la prevención secundaria se engloba actitudes en donde se debe promover el diagnóstico oportuno y temprano de la enfermedad, así como su tratamiento inmediatamente, lo que puede conllevar a un aumento significativo de calidad de vida y una recuperación total de la paciente disminuyendo su mortalidad(16).

El frotis de Papanicolaou es el pilar fundamental dentro de la prevención secundaria siendo una prueba de detección y no de diagnóstico, puesto que, al someterse la paciente al procedimiento se puede ver en manifiesto irregularidades orientándonos a un posible cáncer cervicouterino. Conjuntamente si es que la prueba es anormal se realiza una prueba de VPH para verificar si es que da positivo a la infección y así tener una intervención oportuna y por ende un diagnóstico precoz(19). Ahora bien en lugares no se dispongan de acceso a cualquiera de estas dos pruebas puede realizarse inspección visual con ácido acético(9,23).

Finalmente, la prevención terciaria está destinado a un enfoque de recuperación de la paciente y también en advertir sobre las complicaciones que pueden ser a consecuencia de la enfermedad base. Involucra la promoción de la salud, una protección específica y el diagnóstico(18).

2.1.5 Adherencia al tamizaje y migración

Los programas de tamizaje en la actualidad han logrado reducir tasas altas de mortalidad en un 80% en países desarrollados, por eso existen investigaciones donde han evaluado su efectividad con el fin de poder garantizar su cobertura y la calidad de las citologías, así como su acceso(17). Los éxitos de los programas de cribado basados en citología se debieron principalmente a las pruebas repetidas a intervalos frecuentes, la alta cobertura de la población y los procedimientos de control de calidad adoptados en estas regiones(13).

El efecto citopático de la infección por VPH, se puede evidenciar en la detección oportuna y lo ideal serían en etapas iniciales o asintomáticas de las lesiones manifiestas que pueden ser precancerosas, ya que según los organismos internacionales tales como la OMS éstas deben ser clasificadas y reportadas a través de un sistema (Bethesda-actualizado 2014)(29). Esta detección se realiza dentro del tamizaje en el cual incluye también la detección del ADN del VPH donde su hallazgo es definitivo; citología convencional de Papanicolaou; y citología de base líquida cuyos costos de realización son un limitante(16).

En estudios realizados acerca de la adherencia al tamizaje muestran una baja efectividad, esto se debe a la calidad en la toma de la muestra, la lectura de la citología, el acceso oportuno a la confirmación diagnóstica, su tratamiento y calidad. Se estima que la sensibilidad media de la citología para la detección de lesiones CIN2 o superiores fue del 53%, por ende, establece que en estadios iniciales con afectación macroscópica las pacientes se encuentran asintomáticas, pero la citología debe evidenciar la enfermedad. Por la baja sensibilidad del PAP la repetición rutinaria es necesaria para captar lesiones premalignas antes de que estas se conviertan en cáncer invasor(1,18).

Otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca en una muestra de 4433, se enfocan en las características que influyen en la cobertura del programa de detección arrojando los siguientes resultados; el alcance del programa fue del 64,4% y el porcentaje de las mujeres que no pudieron realizarse el test fue del 35,6%. Este resultado fueron consecuencia de las siguientes características; falta de privacidad, miedo, maltrato del personal, falta de tiempo, y vergüenza(27).

La prueba del Papanicolaou continua siendo a nivel mundial el método más utilizado y apropiado para el tamizaje de las lesiones premalignas de cuello uterino teniendo un gran impacto sobre los resultados estadísticos ya que puede reducir la incidencia y mortalidad del cáncer(3). Dentro de la prueba PAP se obtiene una muestra de la citología cervical, la cual debe evitar dañar la muestra o contaminarla con sangre ya que contiene una gran variabilidad

en los resultados que arroja tanto en la sensibilidad (11% hasta el 90%) y especificidad (14% hasta el 97%). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda el cribado en mujeres entre 30 a 49 años de edad ya que es donde primordialmente se reduce el riesgo de cáncer del 25% al 36%(1).

Posterior a la primera prueba, la citología cervical se debe hacer anualmente hasta obtener tres pruebas negativas, después se recomienda realizarse cada dos a tres años. Existen factores de riesgo que obligan a la paciente a realizarse citología cervical de una manera más frecuente; tales como mujeres inmunodeprimidas, aquellas pacientes que han sido expuestas al dietil-estilbestrol en útero, pacientes que previamente fueron tratadas por NIC2, NIC3 o cáncer, debido a la persistencia de la enfermedad(8,10).

En las últimas décadas se han realizado avances en el tamizaje de cáncer cervicouterino y a pesar de eso la morbimortalidad ha disminuido poco o nada. De acuerdo a la literatura se evidencia que algunos grupos étnicos y en mujeres migrantes del Ecuador, tienen una incidencia y mortalidad altas de cáncer asociados a inadecuados y escasos programas de tamizaje(7,15).

El tamizaje varía según la organización que guía la realización del mismo, los cuales están representados de la siguiente manera.

1 American College of Obstetricians and Gynecologists:

El tamizaje se recomienda realizarse en mujeres con rango de edad entre 21-65 años, a excepción de pacientes que estén inmunocomprometidas.

Pacientes entre 21-29 años.

-PAP cada 3 años.

Pacientes entre 31-65 años:

-PAP cada 3 años.

-Prueba VPH cada 5 años.

-PAP + VPH cada 5 años.

2 American Cancer Society:

El tamizaje se recomienda realizarse en mujeres con diferentes rangos de edad.

Pacientes entre 25 a 65 años.

-Prueba primaria de VPH (cada 5 años). Si no dispone, como alternativa puede optar por prueba conjunta (prueba VPH + prueba Papanicolau).

Pacientes mayores a 65 años:

-Pruebas de rutina en los últimos 10 años con resultado normal sin antecedente de CIN2 en los últimos 25 años no es necesario más pruebas.

-Pacientes vacunadas contra VPH.

-Deberán seguir las recomendaciones según el grupo de edad.

La frecuencia de presentación de la infección por VPH en mujeres migrantes y refugiadas en el Ecuador es nula, puesto que, aunque se dispone de pruebas moleculares que detectan el ADN viral, las barreras al acceso por jóvenes migrantes, está relacionado con evidencia de transmisión del virus y progresión de la lesión hasta estadios donde se requieren ya un tratamiento más complejo(13). Estos aspectos podrían ser modificables aplicándose junto a la citología una intervención oportuna.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) implementó una estrategia nacional para el control de cáncer (2013-2023), en donde los screening de tamizaje para prevención y diagnóstico del cáncer cervicouterino implica; Cotest: vacunación, citología convencional y base líquida, citología y test de VPH, triaje de citología en indeterminados más citología seguida de VPH test. La prueba del VPH tiene poca especificidad (89%) por lo que obliga a la aplicación de una segunda prueba en mujeres con VPH positivo y así poder identificar aquellas que han evolucionado lesiones para su tratamiento oportuno(28).

Existen características en los cuales pueden determinar una buena o mala adherencia al tamizaje y así evidenciar los riesgos individuales de enfermar(19). Entonces estos factores pueden llegar a ser considerados como impedimentos que hace difícil a un buen acceso de salud y por consiguiente se presentan como predisponentes para un riesgo. Basados en estudios se evidencian claramente algunos de los factores que condicionan la adherencia al tamizaje, ejemplos:

Determinantes biológicos: En un estudio manifiesta que la edad puede ser el único determinante biológico y que a menor edad(<25 años) mayor es la adherencia al tamizaje que puede estar causado a consecuencia de aspectos culturales sobre todo en mujeres migrantes porque son mujeres jóvenes quienes buscan integrarse al sistema de salud por diferentes temas, tal es el caso de planificación familiar, conductas preventivas y por lo tanto mejora la adherencia(19).

Nivel de instrucción: Hay bibliografía en donde recalcan que a mayor nivel de estudios que presente la paciente la adherencia al tamizaje es mayor(21).

Ocupación: En un estudio realizado en Estados Unidos se evidencia que a menor tasa de empleo en mujeres menor es la adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino(22).

Ingreso familiar: Un estudio separó a una población en tres grupos con diferentes ingresos. Los resultados fueron que aquel grupo con mayor ingreso familiar tenía una mayor adherencia en comparación con los otros dos grupos. El autor del estudio se planteó la falta de asociación, puesto que, el tamizaje es gratuito(23).

Autoidentificación étnica: Se establece que radica en la condición cultural donde se encuentran y la pertenencia a cierta nacionalidad, ya que, migrantes que se hallan en otros países presentan una menor adherencia debido a, falta de conocimiento en esa cultura, dificultad de comunicación sea por el idioma o por incomprensión en el entorno que habita(27).

Características de la vivienda: La ubicación del domicilio que puede ser zona urbana o rural, se relaciona directamente a la adherencia al tamizaje, manifestando que las mujeres que viven en zonas rurales tienen una adherencia menor(8,9). Las causas que pueden provocar esto, puede ser el acceso limitado a la atención sanitaria, debido a pocos profesionales de la salud y centros de salud existentes en estas zonas.

Hábito de fumar: La adherencia mejora en mujeres que no fuman o que han dejado el hábito de fumar(15). La nicotina llega a la circulación sanguínea y esta a su vez al cuello uterino representando un agente oncogénico que puede tener la capacidad de inducir cambios en las células del cérvix. Entonces las mujeres que no dejan el hábito de fumar en general presentan menor adherencia a cualquier tipo de tamizaje.

Inicio de vida sexual temprana (<18 años): la adolescente crea una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico a escamoso (metaplasia activa) lo que aumenta la interacción entre el agente carcinógeno y el cuello del útero.

Multiparidad: debido a que la cantidad de partos hace sinónimo de mayor número de relaciones sexuales, traumas cervicales, desgarros en el parto exponiéndose a virus oncogénicos y a cambios hormonales que pueden acarrear un resultado oncogénico(19).

La Agencia de la ONU para los refugiados en Ecuador (ACNUR) realizó un estudio, donde participaron 407 familias venezolanas y 391 familias colombianas dispersas en 19 provincias del Ecuador, para determinar la situación y necesidades de las personas en movilidad humana en el país. Dentro de los resultados se evidenció que el 82% de los encuestados, tenían al menos una de estas características; ser sobreviviente de violencia, tener una enfermedad crónica, sufrir de alguna discapacidad(7).

En otro estudio se evidenció que este grupo poblacional no accede a los sistemas de salud públicos o privados dentro del país por los motivos tales como; falta de documentación legal, desinformación, por el evidente temor de que puedan ser deportados si es que no tienen legalidad de documentos, otros aspectos a considerar son, la situación económica deficiente que padecen, puesto que, la derivación de sus ingresos está en comida y vivienda, por ende, la salud no se encuentra dentro de las prioridades minimizando los padecimientos que tienen(29).

Otra situación desfavorable que sufre esta población es la discriminación ya que es un determinante potencialmente importante de las disparidades de salud entre nativos y migrantes, lo que impide un acceso equitativo a los programas de salud, significando una deficiencia evidente en la prevención y tratamiento oportuno de enfermedades que se restringen a la terapéutica por sentirse aislados y vulnerados sus derechos debido al trato diferenciado por parte de personal de salud y por ende acarrea una pésima calidad de atención hacia este grupo poblacional creando sesgos importantes para un beneficio(17).

Todos estos limitantes de acceso a un buen servicio de salud resulta perjudicial de manera particular en niños y mujeres, puesto que, son considerados grupos vulnerables a los diferentes riesgos de salud. En varias enfermedades infecciosas pueden resultar más graves en población migrante, debido al estrés físico, mental y la evidente privación a la que se exponen por falta de un ingreso económico estable, no tener vivienda propia, agua potable y alcantarillado y escasa alimentación(25).

Capítulo III

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Identificar las características de la adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca. 2022.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las participantes como edad, estado civil, nivel de instrucción, etnia, característica de la tenencia de la vivienda, materiales de la vivienda, procedencia, tiempo que vive en la ciudad, disponibilidad de trabajo, nivel socioeconómico, ingreso mensual.
- Identificar las limitaciones que presentan en la adherencia al tamizaje las mujeres migrantes y refugiadas en la ciudad de Cuenca como desconocimiento del PAP, razones por las cuales no se realizan.
- Caracterizar los antecedentes gineco obstétricos como inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales, paridad y su relación con la adherencia al tamizaje.

Capítulo IV

4.1 Tipo de estudio

La investigación se realizó a través de un estudio descriptivo transversal.

4.2 Área de estudio

Se llevará a cabo en la fundación GRACE, ubicada en la calle Guillermo Medina 25-01 y Mariscal Lamar, Cuenca

4.3 Universo y muestra

El universo estará constituido por 583 mujeres migrantes y refugiadas en la fundación Give Refugees A ChancE (GRACE). La muestra está conformada por 232 mujeres en un rango de edad comprendido entre 21 y 65 años, con los siguientes criterios de restricción;

Prevalencia de 51%.

Intervalo de confianza de 95%.

Error alfa de 5%.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

Edad comprendida entre 21 y 65 años de edad.

Mujeres migrantes y refugiadas.

Quienes aceptan formar parte del grupo de estudio y previo al inicio del mismo.

Quienes firmen el consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

Mujeres con antecedentes de haber tenido una histerectomía

Discapacidad que impida el llenado del formulario.

4.5 Variables de estudio

- o Edad
- o Estado civil
- o Nivel de instrucción – Escolaridad

- o Etnia
- o Característica de la tenencia de la vivienda
- o Materiales de la tenencia de la vivienda
- o Procedencia
- o Tiempo que vive en la ciudad
- o Ocupación
- o Disponibilidad de trabajo
- o Ingreso mensual
- o Paridad
- o Aborto
- o Edad de primera relación sexual
- o Número de parejas sexuales
- o Conocimiento sobre la PAP/VPH
- o Se realizaron pruebas de PAP
- o En donde se realizó la prueba
- o Razones por las cuales no se realiza PAP
- o Frecuencia de realización de la PAP

4.6 Operacionalización de las variables

Revisar Anexo 1.

4.7 Métodos de recolección de información

Métodos: Se aplicó una encuesta personal en donde contienen las variables de estudio relacionadas con datos sociodemográficos, realización del PAP y datos ginecológicos.

Técnica: Encuesta

Instrumentos: Se realizó a través de un formulario basado en un estudio en la Universidad Privada Antenor Orrego-Escuela profesional de Obstetricia, Trujillo, Perú 2018. Tiene como finalidad determinar las características de la adherencia de la prueba de Papanicolaou, por lo cual en este formulario se hicieron algunas modificaciones de lenguaje para que sea más entendible para el contexto poblacional(29).

Al ser una investigación basada en un formulario validado con adaptaciones para el interés de la tesis/investigación, se realizó una validación con expertos acogiendo a las recomendaciones del COBIAS, se realizó con cuatro expertos en el área a los mismos que se les envió el formulario.

Revisar Anexo 2.

Procedimientos

AUTORIZACIÓN: Se tramitó mediante oficio y aprobación a la directora ejecutiva de la fundación Give Refugees A ChancE (GRACE), en el cual se explicó el proceso y se presentó el consentimiento informado.

CAPACITACIÓN: Revisión bibliográfica, manejo y búsqueda de guías clínicas relacionadas al tema.

SUPERVISIÓN: Continua dirección y guía por parte del Dr. Bernardo Vega Crespo.

4. 8 Plan de tabulación y análisis

La tabulación de datos se realizó por medio de la elaboración de tablas de frecuencias en el programa SPSS 24 y Microsoft Excel.

Se estableció el análisis descriptivo de los datos obtenidos por medio del cálculo de medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

4.9 Consideraciones bioéticas

El proyecto no involucra riesgos para las personas entrevistadas, además, se prevé tendrá beneficios a largo plazo, los resultados obtenidos, podrán ser utilizados como una guía para futuras intervenciones en esta población sobre el cáncer cervicouterino. Este tema aún no ha sido explorado con anterioridad y se le podrá dar un seguimiento al mismo e informar los resultados a las instancias de salud y bienestar correspondientes.

La población participante recibió información acerca del cáncer cervicouterino y su prevención. Asimismo, su participación contribuirá a mejorar programas de detección del cáncer cervical que protegerán a las mujeres contra esta enfermedad.

Los datos obtenidos de la encuesta, así como las participantes de la misma, se operaron con la máxima confidencialidad.

La información recolectada estuvo a cargo solamente de los autores de la investigación del presente proyecto, lo que permitió lograr los objetivos planteados. Los datos que se

obtuvieron durante la encuesta se almacenarán en un solo computador durante un año y será custodiado por los investigadores para evitar filtraciones de los mismos. Posterior al tiempo mencionado, la información será eliminada de forma permanente sin acceso a terceras personas.

La información recabada se utilizó únicamente para esta investigación.

La información del proyecto, la firma del consentimiento informado y la encuesta se realizó durante las reuniones presenciales planificadas por la fundación GRACE, mediante las mismas tanto los investigadores como los participantes mantuvieron las medidas de bioseguridad recomendadas por el COE cantonal.

Para la realización del estudio se dispuso de un consentimiento informado en donde se explica detalladamente su papel de participante y que es de manera voluntaria, exonerándole de cualquier obligación o compromiso con el proyecto. Además, se explicó cuáles son los datos necesarios que se pidió, es decir, se declaró que no se solicitaron nombres, apellidos o números de identificación. La encuesta se limitó a obtener la edad de la persona que lo efectúe, en un rango de edad comprendido entre 21-65 años. El llenado de la encuesta se procedió a realizarlo dentro de las instalaciones de la fundación GRACE, autorizado previamente por la directora ejecutiva.

Los resultados de la presente investigación son totalmente anónimos. Igualmente se detalló el uso que se dará a la información recolectada, donde se limitó a ser usada única y exclusivamente en el actual proyecto de investigación.

Este proyecto se realizó mediante un oficio dirigido a la directora ejecutiva de la fundación GRACE, donde se explicó la finalidad del proyecto, la forma de realización y la finalidad del mismo con entera responsabilidad de los autores. El proceso fue revisado y aprobado por la directora ejecutiva de la fundación quien manifiesta el compromiso y apoyo total para llevar a cabo el proyecto.

Anexo 4 (a y b)

Previa la realización de la tesis, este protocolo fue revisado y aprobado por el director del mismo, posterior a ello se procedió con las respectivas aprobaciones por parte de comisión de trabajo y titulación (CTT), comité de bioética (COBIAS) y consejo directo (HCD).

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización del estudio, puesto que, la financiación del proyecto es de los autores.

Capítulo V

5.1 Tablas y resultados

Tabla 1. Caracterización de 240 mujeres migrantes y refugiadas según variables sociodemográficas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.

Variables sociodemográficas	Frecuencia (Total 240)	Porcentaje %
Edad en años cumplidos (Media 28.08 mediana 27.00 Moda 26.00)		
18 a 20	33	13.8
21 a 25	53	22.1
26 a 30	86	35.8
31 a 35	35	14.6
36 a 40	10	4.2
41 a 45	17	7.1
46 o mas	6	2.5
Estado civil		
Casada	90	37.5
Unión libre	69	28.8
Divorciada	18	7.5
Viuda	8	3.3
Soltera	55	22.9
Escolaridad por años de estudio		
4 a 6 (Primaria incompleta)	3	1.3
7 a 9 (Primaria completa)	29	12.1
10 a 12 (Secundaria incompleta)	126	52.5
13 a 15 (Secundaria completa)	51	21.3
16 o más (Educación superior)	31	12.9
Autoidentificación étnica		
Mestiza	227	94.6

Negro	8	3.3
Otros	5	2.1

Procedencia

Venezuela	221	92.1
Perú	3	1.3
Colombia	16	6.7

Tiempo que vive en la ciudad

0 a 12 meses	62	25.8
13 a 24 meses	72	30
25 a 36 meses	68	28.3
37 a 48 meses	20	8.3
49 a 60 meses	12	5
109 a 120 meses	6	2.5

Ocupación

Empleada	124	51.7
Estudiante	25	10.4
Ama de casa	68	28.3
Empresaria	22	9.2
Otros	1	0.4

Disponibilidad de trabajo

Si	229	95.4
No	11	4.6

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros. C. & Sanango, R.

Se puede observar la Tabla N°1 las variables sociodemográficas en la que podemos encontrar:

Edad: Según edad de 18 a 20 años se registra 33 (13.8%) mujeres; de 21 a 25 años 53 (22.1%); 26 a 30 años 86 (35.8%); 31-35 años con 35 (14.6%); 36-40 años 10 (4.2%); 41-45

años 17 (7.1%) y de 46 años o más 6 (2.5%). La media de edad es de 28.08, la mediana 27.0 y moda 26.

Estado Civil: De acuerdo al estado civil se observa que 90 (37.5%) participantes de las encuestadas son casadas; 69 (28.8%) están en unión libre; 18 (7.5%) son divorciadas; 8 (3.3%) son viudas, y 55 (22.9%) son solteras.

Escolaridad: Se observa que, de acuerdo a la escolaridad, la mayoría de participantes, 126 (52.5%) poseen un nivel de instrucción entre 10 a 12 años; el 51 (21.4%) entre 13 a 15 años; 29 (12.1%) expresa un nivel de estudios entre 7-9 años, 31 (12.9%) expresa un nivel de estudios de 16 años o más, 3 (1.3%) expresa un nivel de estudios entre 4-6 años.

Autoidentificación Étnica: Se encuentra que con la autoidentificación étnica se identifican como mestiza 227 (94.6%); negro 8 (3.3%) y de otras etnias 5 (2.1%).

Procedencia: Se identifica según procedencia, ser de Venezuela 21(92.1%); 16 (6.7%) de Colombia, y 3 (1.3%) de Perú.

Tiempo que vive en la ciudad: Según el tiempo que habitan en la ciudad de Cuenca se identifica que 72 (30%) reside entre 13 a 24 meses; 68 (28.3%) de 25 a 36 meses; 62 (25.8%) de 0 a 12 meses; de 37 a 48 meses 20 (8.3%); de 49 a 60 meses son 12 (5.0%) y 6 (2.5%) entre 109 y 120 meses.

Ocupación: Según la ocupación existen 124 (51.7%) que trabajan como empleada; 68 (28.3%) amas de casa; 25 (10.4%) estudiantes; 22 (9.2%) comerciantes y 1 (0.4%) otros trabajos.

Disponibilidad de trabajo: Se puede observar que según la disponibilidad de trabajo 229 (95.4%) expresan si poseerlo mientras que 11 (4.6%) no lo poseen.

Tabla 2. Caracterización de acuerdo a variables socioeconómicas en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022

Variables sociodemográficas	Frecuencia (total 240)	Porcentaje %
Tenencia de la vivienda		
Hipotecada	29	12.1
Alquilada	169	70.4
Propia	3	1.3
Cedida	5	2.1
Albergue	34	14.2
Materiales de la vivienda		
Bloque/ladrillo	106	44.2
Fierro o acero	7	2.9
Madera	117	48.8
Barro	10	4.2
Trabajo estable		
Si	229	95.4
No	11	4.6
Ingresos mensuales familiares		
Menos de 425	190	79.2
Mas de 425	50	20.8

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros, C. & Sanango, R.

En la Tabla 2 se puede identificar la distribución de las variables socioeconómicas en la que encontramos:

Características de la tenencia de la vivienda: Acorde con las características de la vivienda o tenencia 169 (70.4%) es alquilada; albergue 34 (14.2%); hipotecada 29 (12.1%); cedida 5 (2.1%) y con vivienda propia 3 (1.3%).

Materiales de la tenencia de la vivienda: Según los materiales de la tenencia de la vivienda 117 (48.8%) responden como madera; 106 (44.2%) bloque o ladrillo; 10 (4.2%) de vivienda de barro y 7 (2.9%) de fierro o acero.

Trabajo estable: De acuerdo a la estabilidad laboral 229 (95.4%) si lo tienen mientras que 11 (4.6%) refirieron no tener estabilidad.

Ingreso mensual: Según el sueldo de las encuestadas, existen 50 (20.8%) que perciben un ingreso de más de \$425 mientras que 190 (79.2%) tienen un salario menor a 425\$.

Tabla 3. Caracterización de acuerdo a los antecedentes ginecoobstétricos en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.

Antecedentes Ginecoobstétricos	Frecuencia (total 240)	Porcentaje %
Hijos nacidos vivos		
0	103	42.9
1	60	25.0
2	32	13.3
3	25	10.4
4	19	7.9
5	1	.4
Abortos		
0	132	55.0
1	77	32.1
2	16	6.7
3	15	6.3
Número de parejas sexuales (media: 10.19 mediana: 8.00 moda: 20)		
1 A 5	70	29.2
6 A 10	83	34.6
11 A 15	22	9.2
16 A 20	56	23.3
21 A 25	9	3.8
Edad de inicio de las relaciones sexuales (media: 15.23 mediana: 16.00 moda: 16)		
10 A 14	104	43.3
15 A 19	120	50.0
20 A 24	16	6.7

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros, C. & Sanango, R.

En la Tabla 3 podemos observar los antecedentes gineco- obstétricos en la que encontramos:

Paridad: Según el número de hijos 103 (42.9%) refirieron no tiene hijos; 60 (25%) tienen 1 hijo; 32 (13.3%) poseen 2 hijos; 25 (10.4%) tienen 3 hijos; 19 (7.9%) poseen 4 hijos y 1(0.4%) con 5 hijos.

Aborto: De acuerdo al número de abortos sufridos 132 (55%) no han tenido abortos; 77 (32.1%) tuvieron 1; 16 (6.7%) han tenido 2 abortos; 15 (6.3%) tienen 3 abortos.

Número de parejas sexuales: Existen 83 (34.6%) que han tenido entre 6 a 10 parejas sexuales; 70 (29.2%) entre 1 a 5; 56 (23.3%) entre 16 a 20; 22 (9.2%) entre 11 a 15 y 9 (3.8%) entre 21 a 25 parejas sexuales. Presenta una media de 10.19, mediana de 8.00, moda de 20.

Edad de primera relación sexual: Se muestran 104 (43.3%) que iniciaron su vida sexual entre los 10 a 14 años; 120 encuestadas (50%) entre los 15 a 19 años y 16 (6.7%) entre 20-24 años. La media de la edad de primera relación sexual es 15,23, mediana 16.00 y moda 16.

Tabla 4. Caracterización del acceso al tamizaje de cancer cervicouterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.

Limitantes	Frecuencia (total 240)	Porcentaje %
Información recibida en país de origen sobre la prueba de Papanicolaou		
Con muy alta frecuencia	9	3.8
Con frecuencia	41	17.1
Una sola vez	145	60.4
No la he recibido	30	12.5
Desconozco	15	6.3
Lugar donde se realizó el PAP		
Público	205	85.41
Privado	2	0.83
Nunca me he realizado	33	13.75
Apoyo de pareja/familiar para acudir al médico y realizarse el PAP		
Si	196	81.7
No	44	18.3
Motivo para no realizarse		
Vergüenza	6	2.5
Miedo	16	6.7
Sin acceso	98	40.8
Falta de conocimiento	56	23.3
Desconfianza	14	5.8
No disponibilidad de tiempo	8	3.3
Mala atención	10	4.2

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros, C. & Sanango, R.

La Tabla 4 presenta la frecuencia simple de las variables limitantes para la realización de la prueba de Papanicolaou:

Información en el país de origen sobre el PAP: 145 (60.4%) refiere que han recibido una sola vez información en su país de origen sobre la prueba de PAP; 41 (17.1%) con frecuencia; 30 (12.5%) no haberla recibido; 15 (6.3%) desconoce y 9 (3.8%) la ha recibido con muy alta frecuencia.

Lugar donde se realizó la prueba: Según el lugar donde se realizó la prueba de Papanicolau 205 (85.8 %) de forma pública mientras que 2 (0.8%) forma privada.

Apoyo para realizarse la prueba: De acuerdo al apoyo recibido ya sea por parte de sus familiares o pareja para realizarse la PAP 196 (82.1%) expresan si contar con el apoyo; 44 (4.6%) no lo tiene.

Razones por las cuales no se realiza PAP: Acorde con las razones por las cuales no se realiza 98 (40.8%) debido a la falta de acceso; 56 (23.3%) por falta de conocimientos; 16 (6.7%) por miedo; 14 (5.8%) por desconfianza; 10 (4.2%) por mala atención; 8 (3.3%) por falta de disponibilidad de tiempo y 6 (2.5%) debido a la vergüenza.

Tabla 5. Distribución según la adherencia al Papanicolaou en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.

	Frecuencia (total 240)	Porcentaje %
¿Se ha hecho alguna vez un PAP (Papanicolaou)?		
Si	207	86.3
No	33	13.8
Frecuencia con que se realiza la prueba de Papanicolaou		
Nunca	33	13.8
Solo me realicé una vez	143	59.6
Anualmente	34	14.2
Cada 2 años	19	7.9
Cada 3 años o más	11	4.6
¿Cuál es su interés en el tema Papanicolaou?		
Mucho interés	30	12.5
Con interés	146	60.8
Indiferente	42	17.5
Sin interés	16	6.7
Prefieren hablar sobre otros temas.	6	2.5

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros, C. & Sanango, R.

Se puede observar en la Tabla 5 la distribución de las variables de la adherencia a la prueba del Papanicolaou en la que encontramos:

Se realizaron pruebas de PAP: De acuerdo a la realización de la prueba 207 (86.3%) si se la ha realizado alguna mientras que 33 (13.8%) no lo han hecho.

Frecuencia con la que se realiza la prueba: Según la frecuencia de la realización de PAP 143 (59.2%) manifiesta haberse realizado una vez; 34 (14.6%) anualmente; 33 (13.8%) nunca habérsela realizado; 19 (7.9%) dicen realizarse cada 2 años; 11 (4.6%) cada 3 años o más.

Interés del PAP: Se evidencia 146 (60.8%) se muestran con interés sobre el PAP; 42 (17.5%) indiferente; 30 (12.5%) mucho interés; 16 (6.7%) sin interés y 6 (2.5%) prefieren hablar sobre otros temas.

Tabla 6. Distribución según los conocimientos al Papanicolaou en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.

		Frecuencia (total 240)	Porcentaje %
Conocimientos del virus del Papiloma Humano y sus consecuencias			
Si	215	89.6	
No	25	10.4	
Conocimientos de las maneras de prevención del virus del Papiloma Humano			
Si	172	71.7	
No	68	28.3	
¿Qué es la prueba del Papanicolaou?			
Examen de orina	6	2.5	
Examen de sangre	6	2.5	
Examen de células del cuello uterino	54	22.5	
Prueba en la piel	2	.8	
Desconozco	172	71.7	
Sitio donde se toma la prueba			
Cérvix	109	45.4	
Vagina	19	7.9	
Ovarios	12	5.0	
Piel	3	1.3	
Desconoce	97	40.4	
Función de Papanicolaou			
Saber si la mujer tiene cáncer	51	21.3	
Para detectar cualquier cáncer ginecológico	10	4.2	
Saber si tiene infecciones vaginales	2	.8	
Para una detección temprana de cáncer cervicouterino	37	15.4	
Desconozco	140	58.3	
Momento recomendable para realizarse Papanicolaou			
Después del inicio de las relaciones sexuales.	58	24.2	
Durante el embarazo	14	5.8	
Solo cuando se tiene pareja	14	5.8	
Cuando hay infecciones vaginales.	128	53.3	
Después de haber tenido hijos	26	10.8	
Frecuencia para realizarse la prueba de Papanicolaou			
Cada vez que presente molestias	32	13.3	
Cuando le salga sangre de la vagina	5	2.1	
Durante los últimos tres años	17	7.1	
Desconozco	152	63.3	
No es necesario realizarse la prueba	34	14.2	

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros, C. & Sanango, R.

En la Tabla 6 se encuentran las variables de la adherencia a la prueba de Papanicolaou y podemos observar:

Conocimiento sobre el PAP/VPH: De acuerdo a los conocimientos que poseen sobre el Papanicolaou 215 (89.6%) expresan si tener conocimiento acerca del PAP mientras que 25 encuestadas (10.4%) no poseen dicho conocimiento.

Conocimiento de las maneras de prevención del virus del Papiloma Humano: Se encuentra que 172 (71.7 %) expresan si tener conocimiento entre tanto que 68 (28.3%) no lo tienen.

Conocimiento de la prueba: Acorde al conocimiento sobre el concepto imperan 172 (71.7%) que desconocen que es la prueba del Papanicolaou; 54 (22.5%) dijeron un examen de las células del cuello uterino; 6 (2.5%) un examen de orina al igual que un examen de sangre y 2 (0.8%) consideraron una prueba en la piel.

Sitio donde se toma la prueba: De acuerdo a el sitio donde se toma la prueba 97 (40.4%) refirieron desconocerlo; 109 (45.4%) se lo realiza en el cérvix; 19 (7.9%) en la vagina; 12 (5.0%) en los ovarios y 3 (1.3%) refirieron ser una prueba en la piel.

Función de Papanicolaou: Se observa que según la función del PAP 140 (58.3%) refirieron desconocerla; 51 (21.3%) para saber si la mujer tiene cáncer; 37 (15.4%) para detectar cualquier cáncer cervicouterino; 10 (4.2%) para detectar cualquier cáncer ginecológico y 2 (0.8%) para detectar infecciones.

Momento recomendable para realizarse PAP: De acuerdo al conocimiento sobre el momento recomendable para realizarse el PAP 128 (53.3%) refirieron era cuando existen infecciones; 58 (24.2%) después del inicio de las relaciones sexuales; 26 (10.8%) después de haber tenido hijos y 14 (5.8%) durante el embarazo o únicamente cuando se tiene esposo.

Frecuencia de realización de la PAP: Según el conocimiento sobre la frecuencia de la realización del PAP se observa que 152 (63.3%) refirieron desconocer la función de la prueba de Papanicolaou, 34 (14.2%) refirieron que la prueba no era necesaria, 32 (13.3%) únicamente cada vez que presente molestias, 17 (7.1%) durante los últimos 3 años y 5 (2.1%) cuando presente sangrado vaginal.

Tabla 7. Factores relacionados entre variables de conocimientos y limitantes con adherencia en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca 2022.

	Se ha hecho alguna vez una PAP (Papanicolaou)		Valor P	R R	IC
	Si	No			
Conocimientos de las maneras de prevención del virus del Papiloma humano					
Si	157	65.4%	15 (6.3%)	0.00	1. 2 1.06-1.44
No	50	20.8%	18 (7.5%)		4
Conocimientos del virus del Papiloma Humano y sus consecuencias					
Si	190	79.2%	25 (10.4%)	0.01	1. 3 0.98-1.70
No	17	7.1%	8 (3.3%)		0
¿Conoce que es la prueba del Papanicolaou?					
Si	39	16.3%	15 (6.3%)	0.00	2. 8 1.55-5.30
No	168	70.0%	18 (7.5%)		7 0
¿Conoce el sitio donde se realiza la prueba del Papanicolaou?					
Si	104	43.3%	5 (2.1%)	0.00	1. 2 1.10-1.33
No	103	42.9%	28 (11.7%)		1
¿Conoce la función de la prueba del Papanicolaou?					
Si	31	12.9%	6 (2.5%)	0.60	1. 2 0.54-2.74
No	176	73.3%	27 (11.3%)		1
¿Conoce el momento adecuado para realizarse la prueba del Papanicolaou?					
Si	49	20.4%	9 (3.8%)	0.66	1. 1 0.58-2.38
					7

No	158	65.8%	24	10.0%				
¿Conoce la frecuencia recomendada para realizarse?								
Si	13	5.4%	4	(1.7%	0.26	1.8	0.72-4.54	
No	194	80.8%	29	(12.1%)		0		
Apoyo de la pareja/familiar para acudir al médico y realizarse el PAP								
Si	195	81.3%	1	(1.0%	0.00	3.6	2.25-5.91	
No	12	5.0%	32	(13.3%)		4		
Trabajo estable								
Si	202	84.2%	27	(11.3%	0.00	1.94	1.01-3.71	
No	5	2.1%	6	(2.5%)				
¿Recibió información en su país de origen sobre la prueba del Papanicolaou?								
Si	171	71.3%	24	(10.0%	0.22	1.09	0.93-1.28	
No	36	15.0%	9	(3.8%)				

Fuente: Base de datos. Autores: Saeteros, C. & Sanango, R

En la Tabla 7 se presenta la relación entre conocimientos y la adherencia a la prueba de Papanicolaou.

Conocimiento de las maneras de prevención del virus del Papiloma Humano Según conocimiento se puede evidenciar que quienes sí tuvieron adherencia al tamizaje del CCU el 65.4% si tienen conocimientos sobre las maneras de prevención del virus y el 20.8% no poseen dichos conocimientos. En tanto que el 6.3% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan conocimientos y el 7.5% no poseen dichos conocimientos. Esta relación es estadísticamente significativa (RR 1,24 el intervalo de confianza 1.06-1.44 y el valor de P de 0,00).

Conocimiento sobre el virus del Papiloma Humano y sus consecuencia: Podemos observar que de aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje el 79.2% si tienen conocimientos sobre el virus del Papiloma Humano y sus consecuencias y el 7.1% no poseen

dichos conocimientos, en tanto que el 10.4% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan conocimientos y el 3.3% no poseen dichos conocimientos. Esta relación no es estadísticamente significativa (RR 1,30; intervalo de confianza 0.98-1.70 y el valor de P de 0,01).

Conocimiento de la prueba: En las que sí tuvieron adherencia al tamizaje el 16.3% tienen conocimientos sobre que es la prueba de PAP y el 70% no poseen saben sobre el PAP, el 6.3% de mujeres con baja adherencia al tamizaje, manifestaron presentar conocimientos acerca del PAP y el 7.5% carecen de dichos conocimientos. Esta relación es estadísticamente significativa (RR 2.87 el intervalo de confianza 1.55-5.30 y el valor de P de 0,00).

Del total de participantes 104 (43.3%) si conocen donde realizarse esta prueba se la han realizado, en tanto que 5 (2,1%) mujeres que conocen donde realizarse la prueba no se la han realizado. Por el contrario 104 (42.9%) de mujeres que no conocen donde realizarse la prueba se la han realizado en comparación con 28 (11.7%) que no conocen en donde realizarse la prueba y no han accedido a la misma Las mujeres que conocen donde realizarse un PAP tienen mayores posibilidades de realizarse el examen Valor de p 0.00 RR 1.21 IC 1.10 -1.33

Sitio donde se toma la prueba: En las que sí tuvieron adherencia al tamizaje el 43.3% si tienen conocimientos sobre el sitio donde se toma el PAP y el 42.9% no poseen dichos conocimientos, en tanto que el 2.1% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan conocimientos y el 11.7% no poseen dichos conocimientos. Esta relación es estadísticamente significativa (RR 1.21 el intervalo de confianza 1.10-1.33 y el valor de P de 0,00).

Función de Papanicolaou: De las personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje el 12.9% si tienen conocimientos sobre la función del PAP y el 73.3% no poseen dichos conocimientos, en tanto que el 2.5% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan conocimientos y el 11.3% no poseen dichos conocimientos. Esta relación no es estadísticamente significativa (RR 1.21 el intervalo de confianza 0.54-2.74 y el valor de P de 0,60).

Momento recomendable para realizarse PAP: En aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje el 20.4% si tienen conocimientos sobre cuál es el momento adecuado para realizarse la PAP y el 65.8% no poseen dichos conocimientos, en tanto que el 3.8% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan conocimientos y el 10% no poseen dichos conocimientos. Esta relación no es estadísticamente significativa (RR 1.17 el intervalo de confianza 0. 0.58-2.38 y el valor de P de 0,66).

Frecuencia de realización de la PAP: Se observa que de aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje el 5.4% si tienen conocimientos sobre cuál es la frecuencia adecuada para realizarse la PAP y el 80.8% no poseen dichos conocimientos, en tanto que el 1.7% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan conocimientos y el 12.1% no poseen dichos conocimientos. Esta relación no es estadísticamente significativa (RR 1.80 el intervalo de confianza 0.72-4.54 y el valor de P de 0,26).

Apoyo para realizarse la prueba: De aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje del CCU el 81.3% si apoyo para realizarse la prueba y el 5% no poseen dicho apoyo, en tanto que el 1% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan apoyo y el 13.3% no poseen el mismo. Esta relación es estadísticamente significativa (RR 3,64 el intervalo de confianza 2.25-5.91y el valor de P de 0,00).

Trabajo estable: Se encuentra que de aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje del CCU el 84.2 % posee un trabajo estable y el 2.1% no lo posee, en tanto que el 11.3% de aquellas mujeres con baja adherencia si presentan trabajo estable y el 2.5% no poseen el mismo. Esta relación es estadísticamente significativa (RR 1.94 el intervalo de confianza 1.01-3.71 y el valor de P de 0,00).

Información en el país de origen sobre el PAP: Podemos observar que de aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje del CCU el 71.3% si recibieron información sobre la PAP en su país de origen y el 15% no lo recibieron, en tanto que el 10% de aquellas mujeres con baja adherencia si recibieron información y el 3.8% no recibieron la misma. Esta relación no es estadísticamente significativa (RR 1.09 el intervalo de confianza 0.93-1.28 y el valor de P de 0,22).

Capítulo VI

6.1 Discusión

El cáncer de cuello uterino hoy en día representa la cuarta causa de muerte a nivel mundial en mujeres, siendo de mayor impacto en países en desarrollo y escasos recursos, se estima que ésta problemática de salud aumentará significativamente. En el Ecuador el cáncer cervicouterino representa la segunda causa de muerte en mujeres, que tienen entre 20 y 69 años de edad. Esto significa una amenaza al sistema de salud y a la salud de la población femenina por el inminente riesgo de adquirir esta enfermedad(29). En el país, la morbilidad ha incrementó un 36 % entre los años 1990-2015 y la mortalidad incrementó un 46 % en el mismo periodo. Estas cifras nos indican que los programas de tamizaje y tratamiento son poco eficientes para tratar esta enfermedad que al ser detectada de forma oportuna puede evitarse su progreso y muerte de la paciente. El objetivo de la presente investigación fue identificar las características de la adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca, mismo que se plasman a continuación.

En nuestra investigación se puede constatar que, de 240 participantes, el 86.3% si se han realizado una prueba de Papanicolaou. Similares resultados se pueden encontrar en un estudio realizado por Guerrero N & col. en México en el año 2013(30), en el cual se evidencia que el 71.8% de la población migrante estudiada si se han realizado esta prueba. Las semejanzas con nuestro estudio y el citado anteriormente, se puede atribuir a que ambos estudios se realizan en la misma región (América Latina), y que aunque el número de la población en estudio sean diferentes, demuestra una positividad hacia la adherencia al tamizaje, esto se debe a que existe un sistema de salud similares en estas regiones que permite el acceso a las mujeres migrantes. Sin embargo, en un estudio realizado por Brzoska P & col. en el año 2021 en mujeres migrantes en Austria(31), se identifica que el 47% de las mujeres provenientes de Turquía no se han realizado una prueba de tamizaje. La diferencia con los resultados de nuestra investigación puede radicar en que el mayor acceso a realizarse las pruebas depende del sistema de salud para la cobertura a migrantes y la capacidad de comunicación y el idioma hacia el país que las mujeres migran, demostrando una situación desfavorable para las pacientes(31).

En nuestra población estudiada, el 84.6% de las participantes no poseen conocimientos sobre el PAP. Asimismo, el 75.8% no saben cuál es el momento adecuado para realizarse un PAP; además se observa que el 92.9% no conocen cuál es la frecuencia con la que se debe realizar la prueba del Papanicolaou. Un estudio realizado por Bazán F & col. en el año 2007 en Perú(32), refleja una similitud acerca de los resultados obtenidos, puesto que, el 54.3% de la

población estudiada carece de conocimientos acerca del PAP y el 30.7% no sabe la frecuencia con la que debe realizarse. La explicación para esta situación es que en América Latina existe un bajo conocimiento sobre prevención del cáncer, ya sea en el país de origen o en el país al que migraron, además de la ausencia de mecanismos de prevención y promoción de salud para el cáncer cervicouterino. Estudios realizados en Ecuador demuestran las barreras que tienen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino(33). Sin embargo, el alto porcentaje de mujeres migrantes que se han realizado Papanicolaou, puede estar relacionado con la cobertura médica que las distintas ONG proveen a las mujeres más no por el conocimiento sobre prevención.

Se encontró que las razones por las cuales no se realiza un PAP 40.8% es debido a la falta de acceso; 23.3% por falta de conocimientos; 6.7% por miedo; 5.8% por desconfianza; 4.2% por mala atención; 3.3% por falta de disponibilidad de tiempo y vergüenza 2.5%. En un artículo escrito por Muhaidat et al. en Mujeres refugiadas en Jordania, publicado en el año 2022(34), se encontró que entre las barreras percibidas por las participantes fueron: costo del examen 67,4%, falta de servicios de salud cercanos 64,6%, miedo a saber el resultado 56,3%, entre los más comunes. Otro estudio realizado por Akhagba O. en mujeres africanas que se encontraban en situación migrante en Polonia, manifiesta que una de las razones por la que no accedían a una prueba PAP es por la vergüenza que pueden llegar a sentir al exponer sus cuerpos a otra persona, llegando a considerar una situación incómoda entre el médico y la paciente, por la exposición de los genitales. Asimismo enmarcan la situación de miedo que puede llegar a tener la paciente; es decir, se sujetan a comentarios de personas que han accedido a la prueba llegando a considerar doloroso el procedimiento y en otras personas han preferido abstenerse a realizarse la prueba por temor a que los resultados sean desfavorables(35). En un estudio realizado en Cuenca Ecuador en el año 2022, manifiesta que dentro de las principales barreras que tienen es la falta de tiempo, incomodidad y miedo(33). Los resultados similares que encontramos, está arraigado al entorno cultural en donde nos encontramos, ya que tanto en la cultura nuestra como en la africana existe aún tabúes que determinan la convivencia social, limitando los procedimientos necesarios para una buena cobertura en salud.

Asimismo, en nuestra investigación hemos encontrado que aquellas personas que sí tuvieron adherencia al tamizaje del CCU el 81.3% disponen del apoyo de la pareja para realizarse la prueba. Comparado con la tesis realizada por Delgado 2019 en Cerecita, Santa Elena el 15% de las entrevistadas indicaron que el motivo por la cual no se practicaban la PAP es porque su esposo no les daba autorización(36). Estos resultados diferentes los debemos probablemente a la influencia que tiene tanto el medio social como el de la pareja, en el que

una mujer se sujeta a condiciones impuestas para la toma de decisiones. Puede existir diferencias de resultados por el motivo de que al estar en otro país el apoyo de pareja incrementa por la situación vulnerable que se hallan, lo que contrasta con las mujeres del mismo país en donde el machismo se impone y genera una prohibición o desentendimiento del tema. En otro análisis realizado por Marques P & col. en Europa, indicaron que el acceso a una prueba de PAP está condicionada por el apoyo social o de pareja(37), puesto que, al estar acompañada tiene un impacto positivo y una mejor adherencia por las limitantes sociales y culturales existentes en un país ajeno a su natal. La similitud que encontramos con nuestro estudio, se debe a las situaciones en las que se encuentran, el apoyo social de programas de salud, campañas creadas por fundaciones y el sistema público de salud se intensifica, también el apoyo como pareja se vuelve primordial para poder acceder a programas de promoción y prevención.

Con respecto a los conocimientos del VPH y sus consecuencias, en nuestro estudio, las participantes que, si se han hecho un PAP, el 79.2% tiene conocimientos del VPH, mientras que de las participantes que no se han realizado la prueba el 25.9% tienen conocimientos. Estos resultados se pueden comparar en la investigación realizada por Riza E. & col. en el año del 2016 en Grecia(38) a mujeres migrantes y refugiadas donde se evidenció que del total de la población en estudio el 59% tiene conocimientos acerca del virus del papiloma humano y sus consecuencias. Aunque sean poblaciones diferentes geográficamente y culturalmente, se evidencia que la mayoría de personas tiene un buen acceso a información, por el nivel educativo que tienen, ya que en ambos estudios la mayoría de personas que fueron encuestadas contaron con un nivel de instrucción de bachillerato o más. Sin embargo, aunque muestren niveles altos de conocimientos acerca del VPH, la adherencia a la prueba no ha progresado, debido a principalmente las barreras presentadas anteriormente en este grupo de población, limitando su acceso a métodos de prevención.

Capítulo VII

Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

Según las características sociodemográficas de las participantes se puede identificar que el grupo está conformado principalmente por mujeres de entre 26 a 30 años (35.8%).

El estado civil casada, es el predominante (37.5%).

Nivel de instrucción: la mayoría de las participantes el 52.5% poseen un nivel de instrucción entre 10 a 12 años.

La etnia mestiza, es la más común entre las participantes (94.6%).

Acorde con las características de la vivienda o tenencia, el 70.4% es alquilada. Según los materiales de la tenencia de la vivienda, el 48.8% responden a madera.

La nacionalidad venezolana es la más prevalente (92.1%).

El tiempo que habitan en la ciudad de Cuenca en su mayor parte reside entre 13 a 24 meses (30%).

El ingreso mensual de las encuestadas tiene un salario menor a 425\$ (79.2%).

Dentro de los limitantes que se presentan para la adherencia al tamizaje las mujeres migrantes y refugiadas en la ciudad de Cuenca se encontraron las siguientes:

Haber recibido una sola vez información en su país de origen sobre la prueba de PAP (60.4%)

Las principales razones por las cuales la población estudiada no se realiza esta prueba son; en un (40.8%) debido a la falta de acceso; (23.3%) por falta de conocimientos; (6.7%) por miedo; (5.8%) por desconfianza; (4.2%) por mala atención; (3.3%) por falta de disponibilidad de tiempo y (2.5%) debido a la vergüenza.

Entre los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que un (42.9%) refirieron no tener hijos; en mayor porcentaje (55%) no han tenido abortos. Predominantemente (34.6%) han tenido entre 6 a 10 parejas sexuales. Se muestran (50%) que han iniciado vida sexual entre los 15 a 19 años.

Sin embargo, la mayoría de la población se realizó la prueba de Papanicolau (85.8 %) en un nivel de atención pública siendo este uno de los principales factores que ayudan a que las

pacientes tengan una mejor adherencia al tamizaje al cual se agrega también el apoyo recibido por parte de familiares o parejas (82.1%).

7.2 Recomendaciones

Implementar una educación a las mujeres migrantes y refugiadas en general sobre los beneficios de la realización de la prueba de Papanicolaou, así como su necesidad y conocimiento a la salud como un derecho universal se deben crear guías didácticas junto con programas educativos que permitan un acceso adecuado a la salud sexual y reproductiva de cada uno de los habitantes y personas de diferentes países.

Realizar campañas de promoción de salud tales como; educativas, dinámicas con base en diversos métodos y técnicas de aprendizaje y enseñanza para poder esclarecer dudas e inquietudes de las personas acerca del PAP, especialmente aquella población en riesgo que incluye a población migrante, para poder alcanzar cifras alentadoras de una correcta adherencia al tamizaje.

Mejorar el acceso a la salud reproductiva de las mujeres refugiadas en la ciudad de Cuenca, así como un seguimiento de las mismas para crear una guía y un mejor control sobre el tamizaje de Papanicolaou.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2022). Cáncer cervicouterino. [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. American Cancer Society. (2020). ¿Qué es el cáncer? [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6041.96.pdf>
3. Solano Mora A, Solano Castillo A, Gamboa Ellis C. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022];5(3):e395. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395>
4. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado el 31 de enero de 2022];80(2):101–10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000200002&Ing=en&nrm=iso&tlng=en
5. Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. Acta médica peru [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022];37(4):463–70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172020000400463&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
6. 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. Investig Enferm Imagen Desarro [Internet]. 2017 [citado el 31 de enero de 2022];19(2):129. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/13051>
7. Bravo Polanco E. Águila N. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento Scielo.cl. [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400685
8. Vega AC, -Nakamura CL, -Berrocal AY. Características del tamizaje para cáncer cérvico-uterino en 08 establecimientos de salud, lima metropolitana 2017. Rev

- Fac Med Humana [Internet]. 2019 [citado el 31 de enero de 2022];19(1):5–5. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1788>
9. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. *Lancet* [Internet]. 2019 [citado el 31 de enero de 2022];393(10167):169–82. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32470-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32470-X/fulltext)
 10. Gajardo M, Urrutia MT. Creencias sobre el cancer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 [citado el 31 de enero de 2022];82(6):706–12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000600706&Ing=en&nrm=iso&tlng=en
 11. Herrera Conza EM, Salazar Torres ZK, Espinosa Martín L, Aspiazu Hinostroza KA. Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. *Revista Vive* [Internet]. 2021 [citado el 31 de enero de 2022];3(9):264–74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2664-32432020000300015&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Tovar-Rodríguez JM. Detección primaria del cáncer cervicouterino. *Cir Cir* [Internet]. 2015;83(5):448–53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115001218>
 13. González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Hernández Ugalde F. Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. *Rev médica electrón* [Internet]. 2018 [citado el 31 de enero de 2022];40(4):1112–25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242018000400017&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Silva-Muñoz MA. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022];85(1):74–98. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000100074&Ing=en&nrm=iso&tlng=en
 15. OPS, OMS. Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales Segunda edición [Internet]. *Iris.paho.org*. 2016 [citado el 22 de enero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf

16. Solano Mora A, Solano Castillo A, Gamboa Ellis C. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022];5(3):e395. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395>
17. De Atencio MG, de Isaacs LG. ESTADO DEL ARTE: CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON CÁNCER CERVICOUTERINO. Enfoque Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2019 [citado el 31 de enero de 2022];25(21):34–45. Disponible en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2147>
18. Ortiz Serrano R, Uribe Pérez CJ, Díaz Martínez LA, Dangond Romero YR. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [citado el 31 de enero de 2022];55(2):146–60. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/602>
19. Pimple Sharmila, Mishra Gauravi. Global strategies for cervical cancer prevention [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://journals.lww.com/00001703-201602000-00003>
20. Riquelme H G, Concha P X, Urrutia S MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado el 31 de enero de 2022];77(2):111–5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Crespo BV, Molina VAN, Salinas MAF, Astudillo GG, Bravo LVM, Segarra JIO. Minireview: Situación actual del cáncer de cuello uterino en Ecuador, 2019. Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022];12(3):205–11. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/636>
22. Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. Acta médica peru [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022];37(4):463–70. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172020000400463&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llago S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CCH Correo cient Holguín [Internet]. 2017 [citado el 31 de enero de 2022];21(1):187–203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812017000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=en
24. Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. Curr Opin Obstet Gynecol [Internet]. 2016;28(1):4–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/gco.0000000000000241>
25. Ana D, Castillo M, R1 C. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama [Internet]. Chospab.es. [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
26. Censos IN de E y. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
27. Sanjosé S. Cambios en el cribado del cáncer de cuello uterino [Internet]. ELSEVIER. 2016 [citado el 31 enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877830/>
28. Sanchez Gaitan E. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2019 [citado el 31 de enero de 2022];4(11):e300. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/300>
29. Torrealva Ramírez YP. Factores relacionados a la actitud negativa hacia la prueba de Papanicolaou en mujeres del centro de salud Melvin Jones, 2018. [Trujillo, Perú]: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO; 2018 [citado el 07 de marzo de 2022]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4347/1/RE_OBST_YOHANA.TORREALVA_ACTITUD.NEGATIVA_DATOS.PDF

30. Guerrero N, Zhang X, Rangel G, Gonzalez-Fagoaga JE, Martinez-Donate A. Cervical and breast cancer screening among Mexican migrant women, 2013. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2016 [citado 14 de diciembre de 2022];13(160036):E104. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/16_0036.htm
31. Brzoska P, Wahidie D, Yilmaz-Aslan Y. An intersectional perspective on the utilization of cervical cancer screening among migrants. A cross-sectional analysis of survey data from Austria. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2021 [citado 15 de diciembre de 2022];13(23):6082. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/13/23/6082/htm>
32. Bazan F, Posso M, Gutierrez. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou) [Internet]. 2021 [citado 15 de diciembre de 2022];13(23):6082. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1>
33. Vega Crespo B, Neira VA, Ortíz Segarra J, Andrade A, Guerra G, Ortiz S, Flores A, Mora L, Verhoeven V, Gama A, Dias S, Verberckmoes B, Vermandere H, Michelsen K, Degomme O. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: the perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health*. 2022 Nov 22;22(1):2144. doi: 10.1186/s12889-022-14601-y. PMID: 36414955; PMCID: PMC9682802.
34. Muhaidat N, Alshrouf MA, Alshajrawi RN, Miqdadi ZR, Amro R, Rabab'ah AO, et al. Cervical Cancer Screening among Female Refugees in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Healthcare* [Internet] 2022 [citado 15 de diciembre de 2022];;10(7):1343. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10071343>
35. Akhagba OM. Migrant women's knowledge and perceived sociocultural barriers to cervical cancer screening programme: a qualitative study of African women in Poland. *Health Psychol Rep* [Internet]. 2017;5(3):263–71. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/3c04/34d2cab6476803b591ce2ff506a61c6220ff.pdf?_ga=2.187831214.765757613.1669347847-639179764.1669347847

36. C, Aida L, Ruiz G. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD [Internet]. Edu.ec. [citado 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6020/1/UPSE-TEN-2021-0033.pdf>

37. Stuart G, D'Lima D. Perceived barriers and facilitators to attendance for cervical cancer screening in EU member states: a systematic review and synthesis using the Theoretical Domains Framework. *Psychol Health* [Internet]. 2022;37(3):279–330. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2021.1918690>

38. Riza E, Karakosta A, Tsiampalis T, Lazarou D, Karachaliou A, Ntelis S, et al. Knowledge, attitudes and perceptions about cervical cancer risk, prevention and Human Papilloma Virus (HPV) in vulnerable women in Greece. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2022];17(18):6892. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32967173/>

Anexos

Anexo A: Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Se refiere al período transcurrido a partir del número de años completos que tiene una persona en una fecha concreta. En este caso serán desde mayores de edad.	Característica demográfica	Fecha de nacimiento en la cédula de identidad o partida de nacimiento referido por la encuestada	Numérica	Cuantitativa
Estado civil	Situación legal de hecho de las personas.	Característica demográfica	Estado civil referido por la paciente en el formulario de recolección de datos o en la cedula de identidad.	Casada Unión libre Divorciada Viuda Soltera	Cualitativa

Nivel de instrucción - Escolaridad	Nivel educativo máximo que ha alcanzado.	Característica demográfica	Nivel de instrucción más alta referido por la paciente en el formulario de recolección de datos	Númerica	Cualitativa
Autoidentificación étnica	Grupo social o comunidad comparte diversos rasgos similares.	Característica demográfica	Etnia referida por la paciente en el formulario de recolección de datos	Mestiza Indígena Mulato Negro Otra	Cualitativa
Característica de la tenencia de la vivienda	Estado propietario de la construcción o edificación en la que habitan las personas.	Característica Social	Característica de la tenencia de la vivienda mencionada por la persona al momento de la encuesta.	Hipotecada Alquilada Propia Cedida Albergue	Cualitativa
Materiales de la tenencia de la vivienda	Tipo de material con el cual fue construido el lugar en la que habitan las personas.	Característica Social	Tipo de material que tiene la vivienda mencionada por la persona al momento de la encuesta.	Bloque - Ladrillo Fierro - Acero Madera Barro Caña	Cualitativa

<p>Procedencia</p>	<p>Se define como el lugar de residencia de los viajeros alojados en los establecimientos, si es extranjero se diferencia por países o un agregado de los mismos previamente definido.</p>	<p>Característica Geográfica</p>	<p>Cual es el lugar de donde proceden, la encuestada informa en el formulario de recolección de datos</p>	<p>Venezuela Perú Colombia Otro país de origen. Señale cual _____ -</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Tiempo que vive en la ciudad</p>	<p>Es el tiempo que transcurre desde el momento en el que se llega a un lugar, lo habita desde el principio hasta el día de hoy</p>	<p>Característica Social</p>	<p>Cuál es la duración que tienen dentro de la ciudad, desde su llegada, la encuestada informa en el formulario de recolección de datos</p>	<p>Numerica</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Ocupación</p>	<p>Comprende la función laboral de la encuestada y los límites de su competencia, generalmente se utiliza la denominación de cargo para los técnicos y dirigentes.</p>	<p>Característica Social</p>	<p>Cuál es la ocupación que tienen de la ciudad, desde su llegada, la encuestada informa en el formulario de recolección de datos</p>	<p>Empleado Estudiante Ama de Casa Empresaria Otros:_____ -</p>	<p>Cualitativa</p>

Disponibilidad de trabajo	El trabajo o labor es la actividad que las personas realizan ya sea como deber o actividad dependiente de la profesión, necesidades y deseos de una comunidad más amplia	Característica Social	Estabilidad laboral mencionado por la encuestada en el formulario de recolección de datos.	Si No	Cualitativa
Ingreso mensual	Cantidad numérica de dinero recibido como pago por sus servicios a la institución	Característica Social	Ingresos económicos promedio mensualmente de acuerdo al referido por la encuestada en el formulario de recolección de datos.	menos de 425 más de 425	Cuantitativa
Paridad	Número de embarazos que la encuestada ha dado a luz un producto mayor a 20 semanas de gestación	Antecedentes Gineco-Obstétricos.	Número de hijos que dio a luz referido en el formulario de recolección de datos.	Numérica	Cuantitativa
Aborto	Interrupción prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda	Antecedentes Gineco-Obstétricos.	Número de abortos referido en el formulario de recolección de datos.	Numérica	Cuantitativa

	sobrevivir fuera del útero.				
Primera relación sexual	Es el primer encuentro sexual en el que se produce una penetración vaginal entre un varón y una mujer	Antecedentes Gineco-Obstétricos.	Primer acto sexual referido en el formulario de recolección de datos.	Numérica	Cuantitativa
Número de parejas sexuales	Acto sexual de diferentes características con un número de parejas sexuales diferentes.	Antecedentes Gineco-Obstétricos.	Numero de parejas sexuales hasta la actualidad referido en el formulario de recolección de datos.	Numérica	Cuantitativa
Hábito de fumar	Consumo activo o pasivo de tabaco, por cuenta propia o liberado por consumidores cercanos	Característica Social	Consume tabaco referido en el formulario de recolección de datos.	1. Si 2. No	Cualitativa
Conocimiento sobre el VPH y sus consecuencias	Información adecuada y actualizada sobre el VPH	Característica Social	Información sobre el VPH referido en el formulario de recolección de datos.	1. Si 2. No	Cualitativa
Prevención de el VPH	Información de la correcta	Característica Social	Conocimientos sobre la existencia de métodos de	1. Si	Cualitativa

	prevención del VPH		prevención referido en el formulario de recolección de datos.	2. No	ati va
Prueba del Papanicolaou	Conocida como citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino	Característica Social.	Respuesta directa de una opción, referida por la encuestada en el formulario de recolección de datos, anónima, con base a la certeza de la encuestada	Examen de orina Examen de sangre Examen de las células del cuello uterino prueba en piel Desconozco	Cualitativa
Lugar anatómico para PAP	Son referencias de un sitio que generalmente están cerca de la superficie corporal.	Característica Social.	Lugar anatómico referido por la encuestada en el formulario de recolección de datos.	Cérvix Vagina Ovarios Piel Desconoce	Cualitativa
Utilidad de PAP	Función o beneficio que se saca de la PAP	Característica Social.	Funciones de la referido por la encuestada en el formulario de recolección de datos.	Saber si la mujer tiene cáncer. Para detectar cualquier cáncer	Cualitativa

				<p>ginecológico</p> <p>Saber si tiene infecciones vaginales</p> <p>Para una detección temprana de cáncer cérvico uterino</p> <p>Desconozco</p>	
Intervalo de tiempo	Es un período de tiempo en el cual se realizan algunas funciones.	Característica Social.	Momento para realizarse la PAP referido por la encuestada en el formulario de recolección de datos	<p>Después del inicio de las relaciones sexuales.</p> <p>Durante el embarazo</p> <p>Solo cuando se tiene marido</p> <p>Cuando hay infecciones.</p> <p>Después de haber tenido hijos</p>	Cualitativa

Frecuencia	Medida del número de veces que se repite la realización de una prueba.	Característica Social.	Periodicidad de realizarse la PAP referido por la encuestada en el formulario de recolección de datos	Cada vez que presente molestias Cuando le salga sangre de la vagina Durante los últimos tres años No es necesario realizarse la prueba Desconozco	Cualitativa
Información	Son datos importantes que permiten adquirir conocimiento para el público de interés.	Característica Social.	Conocimiento sobre la PAP referido por la encuestada en el formulario de recolección de datos	Con muy alta frecuencia Con frecuencia Una sola vez No la he recibido Desconozco	Cualitativa
Interés	Valor e importancia	Característica Social.	Relevancia sobre la PAP referido por la encuestada	Mucho interés	Cualitativa

	que le dan a la prueba		en el formulario de recolección de datos	Con interés Indiferente Sin interés Prefieren hablar sobre otros temas.	ati va
Se realizaron pruebas de PAP	Haberse realizado alguna vez en su vida la prueba de Papanicolaou, es decir tener resultados de las pruebas	Característica Social.	Si alguna vez se ha realizado la prueba de Papanicolaou mencionado por la participante en el formulario de recolección de datos	Si No	Cualitativa
En donde se realizó la prueba	Porción del espacio, real o imaginada, en que se sitúa algo. En este caso hablamos de una institución pública o privada	Característica Social.	Si alguna vez se ha realizado la prueba de Papanicolaou en un instituto público o privado mencionado por la participante en el formulario de recolección de datos	Público Privado	Cualitativa

Frecuencia de realización de la PAP	Frecuencia de realización de la prueba de Papanicolaou medido en años	Característica Social	Con qué frecuencia se realiza la prueba de Papanicolaou	(nunca) Solo me realice una vez Anualmente Cada 2 años Cada 3 años	Cuantitativa
Apoyo de pareja	No existe impedimentos por parte de la pareja para acudir a consultas ginecológicas, más bien hay apoyo en caso de tener pareja.	Característica social	Cuenta con el apoyo de su pareja para acudir a citas de salud y realización del PAP.	1.- Si 2.- No	Cualitativa
Motivos para no realizarse PAP	Factores que influyen en la no realización de un PAP	Característica social	Cuáles han sido las razones para no realizarse un PAP	Vergüenza · Miedo · Sin acceso · Falta de conocimiento · Desconfianza · Otro .	Cualitativa

Anexo B Encuesta de recolección de datos

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD DE CUENCA</p> <p style="text-align: center;">FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</p> <p style="text-align: center;">CARRERA DE MEDICINA</p> <p>Estimada perteneciente a la fundación GRACE, somos estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, y estamos realizando una investigación sobre “ADHERENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER CUELLO UTERINO EN MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS EN LA CIUDAD CUENCA. 2021”. Solicitamos por favor llenar la siguiente encuesta con completa honestidad, en caso de no entender alguna pregunta por favor contáctese con cualquiera de los investigadores, para aclarar cualquier duda. Todos los datos obtenidos en esta encuesta serán totalmente confidenciales.</p> <p>De antemano estamos agradecidos por su valiosa colaboración.</p> <p style="text-align: center;">Criterios de exclusión</p> <p>¿Ha iniciado usted su vida sexual?</p> <ul style="list-style-type: none">• Si• No (si su respuesta es NO, no necesita completar el formulario) <p>¿Se ha realizado una histerectomía (extracción de útero)?</p> <ul style="list-style-type: none">• Si (si su respuesta es SI, no necesita completar el formulario)• No <p>¿Se encuentra actualmente en tratamiento por cáncer cervical o lesiones cervicales?</p> <ul style="list-style-type: none">• Si (si su respuesta es SI, no necesita completar el formulario)• No <p style="text-align: center;">Factores Sociodemográficos</p> <p>Escriba su edad en años cumplidos _____</p> <p>Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none">• Casada• Unión libre• Divorciada• Viuda• Soltera

Máximo nivel de Instrucción (Años de Escolaridad terminado)

Autoidentificación étnica

- Mestiza
- Indígena
- Mulato
- Negro
- Otros

¿Cuál es la tenencia de la vivienda en la que usted reside?

- Hipotecada
- Alquilada
- Propia
- Cedida
- Albergue

¿De qué materiales es la vivienda en la que usted reside?

- Bloque- ladrillo
- Fierro o acero
- Madera
- barro
- caña

Su país de origen es:

- Venezuela
- Perú
- Colombia
- Otro país de origen. Señale cual _____

Cuánto tiempo lleva viviendo en la ciudad de Cuenca (meses):_____

Cuál es su ocupación:

- Empleado
- Estudiante
- Ama de Casa
- Empresaria
- Otros: _____

Nivel socio económico

¿Usted posee trabajo estable actualmente?

- Si
- No

¿Cuánto es su ingreso mensual que recibe como salario por su trabajo?

- menos de 425 USD
- más de 425 USD

Antecedentes gineco-obstétricos

Indique cuántos hijos dio a luz (incluyen nacidos vivos) _____

Indique el número, si ha tenido algún aborto _____

A que edad tuvo su primera relación sexual? _____

Indique el número de parejas sexuales _____

Usted fuma?

- Si
- No

Adherencia al Papanicolaou

a) ¿Tiene conocimiento acerca del Virus del Papiloma humano y sus consecuencias?

- Si
- No

b) ¿Tiene conocimiento acerca de maneras para prevenir la infección por el Virus del Papiloma Humano?

- Si
- No

c) ¿Qué es la prueba del Papanicolaou?

- Examen de orina
- Examen de sangre
- Examen de las células del cuello uterino
- Prueba en la piel

- Desconozco

d) ¿Sabe en qué sitio de su cuerpo se toma la prueba de Papanicolaou?

- Cérvix
- Vagina
- Ovarios
- Piel
- Desconoce

e) ¿Para qué sirve la prueba del Papanicolaou?

- Saber si la mujer tiene cáncer
- Para detectar cualquier cáncer ginecológico
- Saber si tiene infecciones vaginales
- Para una detección temprana de cáncer cérvico uterino
- Desconozco

f) ¿Sabe en qué momento de vida de la mujer es recomendable realizarse el Papanicolaou?

- Después del inicio de las relaciones sexuales.
- Durante el embarazo.
- Solo cuando se tiene pareja.
- Cuando hay infecciones vaginales.
- Después de haber tenido hijos.

g) ¿Con qué frecuencia se debe realizar la prueba del Papanicolaou?

- Cada vez que presente molestias
- Cuando le salga sangre de la vagina
- Durante los últimos tres años
- Desconozco
- No es necesario realizarse la prueba

h) En su país de origen, ha recibido información sobre la prueba de Papanicolaou

- Con muy alta frecuencia
- Con frecuencia
- Una sola vez
- No la he recibido
- Desconozco

i) Cuando reciben información sobre la importancia del Papanicolaou lo hacen con interés

- Mucho interés
- Con interés
- Indiferente

- Sin interés
- Prefieren hablar sobre otros temas.

j) ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del Papanicolaou (PAP)?

- Si
- No

Si su respuesta fue si continuar con la siguiente pregunta:

k) ¿La prueba de PAP se realizó en una institución?

- Publico
- Privada (clínica, hospital)

l) ¿Con qué frecuencia se realiza usted la prueba del Papanicolaou?

- Nunca
- Solo me realicé una vez
- Anualmente
- Cada 2 año
- Cada 3 años o más

m) ¿Tiene el apoyo de pareja/familiar para acudir al médico y realizarse el PAP?

- Si
- No

n) ¿Cuál es el/los motivos para no realizarse el PAP?

- Vergüenza
- Miedo
- Sin acceso
- Falta de conocimiento
- Desconfianza
- No disponibilidad de tiempo
- Mala atención
- Otro (especifique)

Anexo C Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS EN LA FUNDACIÓN GRACE DE LA CIUDAD DE CUENCA. 2022

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Roberto Tadeo Sanango Ortiz	03028348 25	Estudiante de la facultad de Ciencias Médicas, carrera Medicina de la Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Christian Daniel Saeteros Mendieta.	01057802 25	Estudiante de la facultad de Ciencias Médicas, carrera Medicina de la Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Mediante este documento le hacemos la cordial invitación a formar parte del grupo de estudio que se realizará a todas las mujeres registradas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca. A través del "Consentimiento Informado" explicamos las razones y circunstancias por la que su colaboración nos beneficiará radicalmente. Es importante recalcarle que informaremos de una manera explícita los beneficios y riesgos que se puedan presentar al participar de la encuesta.

Finalizada la explicación detallada de toda la información prevista que se puede observar, usted estará en toda la capacidad de poder realizar el cuestionario de forma voluntaria y concisa, asimismo tiene todo el derecho de desistir de la misma y no participar.

Introducción

El estudio a desarrollarse es de mucha importancia, ya que es un tema que es desconocido para muchas personas sobre todo para mujeres que se encuentran en condiciones de movilidad y están refugiadas dentro de nuestro país, la importancia del mismo es mostrar al grupo de estudio que esta enfermedad puede ser detectada tempranamente con su tamizaje a través de los exámenes que se realizan con la prueba de Papanicolaou, y conocer si ustedes han tenido adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino, sumado a ello debemos explicarle

que esta patología ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel mundial, y dentro del Ecuador ocupa el segundo lugar en las mujeres.

Como se mencionó anteriormente existe una prueba fácil que se realiza de forma anual a todas aquellas mujeres que ya han empezado su vida sexual. Esta prueba se llama Papanicolaou, y está dentro de los múltiples programas de salud pública que ofrece nuestro país, y muchas mujeres que se encuentran refugiadas no conocen de esta prueba y lo que ofrece, es por ello la importancia de esta tesis con este grupo de estudio, saber si hay o no adherencia del tamizaje de cáncer cervicouterino. Cumpliendo usted los criterios para formar parte del estudio, ser mujer mayor de edad, haber iniciado su vida sexual que se encuentra en condición de refugiada y de movilidad en la fundación GRACE, , y haber llenado este consentimiento informado.

Objetivo del estudio

Identificar las características de la adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres migrantes y refugiadas en la fundación GRACE de la ciudad de Cuenca. 2022

Descripción de los procedimientos

Una vez resultado la aprobación del estudio por parte del comité de bioética de la Universidad de Cuenca, nos dirigiremos a la fundación GRACE con encuestas en físico para todas las mujeres que forman parte del mismo (total de 583), en el cual se adjuntará el consentimiento informado y la encuesta que se realizará de forma presencial. Luego de ello se tabularán y analizarán los datos obtenidos con las encuestas con la finalidad de buscar conclusiones y recomendaciones para difundirlas a la comunidad migrante y refugiada, al tener resultados con base a las respuestas.

Riesgos y beneficios

Dentro de nuestra prioridad tenemos la confidencialidad de los datos proporcionados que es un pilar fundamental para nosotros como para usted que realizará la encuesta, razón por la cual hemos decidido aplicar las siguientes medidas de seguridad para mantener el anonimato de la encuestada:

- La encuesta será llenada de forma anónima utilizando un código de 3 cifras que constaran de números y letras.
- Su nombre y apellidos no será mencionado en los resultados de esta investigación.
- Sus resultados serán totalmente anónimos, con la finalidad de buscar un resultado verdadero del mismo y que las respuestas sean certeras.

Otras opciones si no participa en el estudio

Tiene libertad absoluta de participar o no en la encuesta.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Realizar cualquier pregunta sobre el tema y del por que la finalidad del estudio.
- 2) Tener toda la información del estudio de forma clara, concisa y sin ambigüedad;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Tomar la decisión voluntaria de negarse a participar en el estudio.
- 5) Mencionar que la participante podrá renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas que realizo como participante para verificar que la información sea correcta.
- 8) El respeto de confidencialidad;
- 9) Respeto a su privacidad;
- 10) Una vez finalizado el llenado de este consentimiento, tener una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que no sean de su agrado;
- 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud sea detectado oportunamente durante el estudio y a su vez manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 13) No habrá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
- 14) Preguntar en caso de dudas sobre preguntas que no es ten claras o mal formuladas

Información de contacto

En caso de alguna pregunta o inquietud sobre el estudio por favor contactar a los siguientes números:

Christian Daniel Saeteros Mendieta: 0979222326

daniel.saeteros96@ucuenca.edu.ec

Roberto Tadeo Sanango Ortiz: 0995457222 o roberto.sanango@ucuenca.edu.ec

Responsables del proyecto de investigación.

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Nombres completos del/a investigador/a
Roberto Tadeo Sanango Ortiz

Firma del/a investigador/a

Nombres completos del/a investigador/a
Christian Daniel Saeteros Mendieta

Firma del/a investigador/a

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec