

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES RURALES EN EDAD FÉRTIL, 2021

FACTORS THAT INFLUENCE PAP SMEAR COVERAGE IN RURAL WOMEN OF FERTILE AGE, 2021

Livia Khana Chavez Andrade ¹

RESUMEN

Introducción. En áreas rurales, las barreras de acceso a la atención médica y las creencias erróneas pueden aumentar el riesgo de diagnóstico tardío del cáncer de cuello uterino. Este estudio busca identificar los factores que afectan la cobertura del examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil en Jachapampa durante el cuarto trimestre de 2021.

Material y métodos. Se realizó encuestas estructuradas con cinco secciones: datos sociodemográficos, factores de riesgo, conocimientos, actitudes y prácticas. Los datos se analizaron cuantitativamente con pruebas de t de Student y chi-cuadrado, utilizando un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. Se empleó el Software R para el análisis.

Se estima que en Jachapampa había 260 mujeres de 15 a 45 años en 2021. Se seleccionó una muestra de 52 mujeres, que representa el 20 % de las mujeres en edad fértil. Se incluyó a mujeres que hablaban aymara y castellano.

Resultados. El 35,7 % (n=20) no tenía factores de riesgo, el 30,3 % (n=17) tenía un factor de riesgo, el 17,9 % (n=10) tenía 2 factores de riesgo y el 16,1 % (n=9) tenía 3 factores de riesgo. El 83,9 % (n=47) indicó que no tenía planeado realizarse próximamente la prueba de Papanicolaou, y el 71,4 % (n=40) no tenía interés en ella. El 39,3 % (n=22) se había realizado la prueba de Papanicolaou anteriormente, mientras que el 60,7 % (n=34) nunca se la había hecho.

Conclusiones. La difusión de información básica es fundamental para incrementar la cobertura de detección de enfermedades.

Palabras clave:

Prueba de Papanicolaou, Cobertura de condiciones preexistentes, Educación en Salud, Bolivia.

¹Médico interno Servicio Social Rural Obligatorio. Centro de Salud Jachapampa. La Paz, Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. <https://orcid.org/0000-0003-2405-9261>

Correspondencia a: chavezliviakhana@gmail.com

Recibido: 12 de enero de 2024 Aceptado: 2 de mayo de 2024



ABSTRACT

Introduction. In rural areas, barriers to accessing health care and misconceptions may increase the risk of late diagnosis of cervical cancer. This study seeks to identify the factors that affect Pap test coverage in women of childbearing age in Jachapampa during the fourth quarter of 2021.

Material and methods. Structured surveys were carried out with five sections: sociodemographic data, risk factors, knowledge, attitudes and practices. Data were quantitatively analyzed with Student's *t* and chi-square tests, using a statistical significance level of $p < 0.05$. R Software was used for the analysis.

It is estimated that in Jachapampa there were 260 women between 15 and 45 years old in 2021. A sample of 52 women was selected, representing 20% of women of childbearing age. Women who spoke Aymara and Spanish were included.

Results. 35.7% ($n=20$) had no risk factors, 30.3% ($n=17$) had one risk factor, 17.9% ($n=10$) had 2 risk factors and 16.1% ($n=9$) had 3 risk factors. 83.9% ($n=47$) indicated that they were not planning to have the Pap test soon, and 71.4% ($n=40$) had no interest in it. 39.3% ($n=22$) had previously had a Pap smear, while 60.7% ($n=34$) had never had one.

Conclusions. The dissemination of basic information is essential to increase disease detection coverage.

Keywords:

Pap test, Coverage of pre-existing conditions, Health Education, Bolivia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino representa una gran preocupación en Bolivia, siendo una de las principales causas de muerte entre las mujeres, particularmente en ciertos grupos de edad. En América Latina, las tasas de incidencia y mortalidad son elevadas, lo que ha llevado a la implementación de métodos diagnósticos como la citología, inspección visual con ácido acético (IVAA), colposcopia, biopsia e histología. A pesar de los esfuerzos realizados, las tasas de mortalidad siguen siendo alarmantes (1–4).

En Bolivia, el cáncer de cuello uterino es la causa más frecuente de muerte en mujeres en edad fértil. A pesar de más de treinta años de esfuerzos en la prevención de esta enfermedad, los resultados de

los cribados oportunistas y las tasas de incidencia siguen siendo insatisfactorios. Además, la falta de datos concretos sobre esta práctica preventiva en las mujeres bolivianas y la limitada eficacia de las medidas tomadas son motivo de preocupación (5).

En 2018, Bolivia experimentó la tasa más elevada de muertes estimadas a causa del cáncer de cuello uterino en Sudamérica. Con un registro de 1,985 nuevos casos, este tipo de cáncer encabezó las estadísticas de incidencia en el país, constituyéndose como la afección más frecuente, representando un 12,5 % de la totalidad de los nuevos casos oncológicos. De manera similar, el cáncer de cuello uterino ocupó un lugar predominante en las estadísticas de mortalidad,

cobrando la vida de 1.054 personas, lo que supone el 10,6 % de todas las muertes relacionadas con el cáncer. Esto se tradujo en un riesgo acumulativo del 3,73 % y 1,83 %, respectivamente. Además, se observó una prevalencia significativa a 5 años, que abarcó a todas las edades, con un total de 4.928 casos, equivalente a una proporción de 84,75 por cada 100000 personas. Estos datos ponen de manifiesto la imperante necesidad de implementar estrategias de prevención y atención médica efectivas para hacer frente a esta carga de enfermedad que afecta a la población boliviana (1).

En el año 2020, en Bolivia, se registró una situación de salud relacionada con el cáncer que merece una evaluación detenida. Según los datos proporcionados por GLOBOCAN 2020, se estimaron 15.817 nuevos casos de cáncer al año, lo que se tradujo en una tasa de incidencia ajustada de 137,5 por cada 100 mil habitantes. Esto puso a Bolivia en una posición peculiar en comparación con otros países de la región andina, ya que, si bien tuvo la incidencia de cáncer más baja en general, con un riesgo acumulado del 14,0 %, también presentó la incidencia más alta de cáncer de cuello uterino, con una tasa de 36,6 por cada 100000 habitantes. En términos de prioridades de salud, en Bolivia, el cáncer de cuello uterino ocupó el primer lugar en incidencia, seguido por el cáncer de próstata y el cáncer de mama (6).

Se ha observado que las prácticas sexuales en áreas rurales pueden tener un impacto en el riesgo de cáncer de cuello uterino. Estos entornos pueden presentar barreras adicionales para acceder a la atención médica y las pruebas de detección, lo que aumenta el riesgo de diagnóstico tardío (7).

Además, se incluyen creencias erróneas sobre el examen, sentimientos de pudor o vergüenza, malestares y dolor posterior al examen, temor a un

posible diagnóstico de cáncer de cuello uterino, preferencia por una examinadora mujer, nivel educacional, ubicación geográfica (urbana versus rural), ingreso familiar y tipo de seguro de salud. Sin embargo, estos factores han sido estudiados principalmente en países como México, Chile, Perú y otros (8–11).

Este estudio busca identificar los factores que afectan la cobertura del Papanicolaou en mujeres en edad fértil en Jachapampa durante el cuarto trimestre de 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo observacional, transversal analítico. Se utilizó muestreo por conveniencia. Se diseñó un instrumento con cinco secciones; sección 1: socio demográficos con 6 ítems, sección 2: factores de riesgo con 13 ítems, sección 3: conocimiento con 7 ítems y sección 4: actitud con 5 ítem y la sección 5: prácticas con 6 ítems; con un total de 37 variables entre cualitativas y cuantitativas, relacionados con la detección temprana del Cáncer Cervicouterino a través del estudio citológico de Papanicolaou. Se emplearon análisis descriptivos y analíticos. Los datos se recopilaron durante el cuarto trimestre de 2021 en la comunidad rural de Jachapampa, municipio de Malla, Departamento de La Paz en Bolivia.

El universo comprendió a mujeres en edad fértil entre 15 y 45 años, residentes en el sector de Jachapampa. Los criterios de inclusión involucraron mujeres con inicio de relaciones sexuales entre los 15 y 45 años, con o sin hijos propios, y de habla Aymara o castellano. Se excluyó a asegurados en un seguro de salud distinto al Seguro Único de Salud SUS y mujeres mayoritariamente residentes en áreas urbanas.

La muestra se estimó en 52 mujeres, que

representan el 20 % de la población estimada de 260 mujeres en edad fértil en Jachapampa para 2021. Se evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el control y detección del Cáncer Cervicouterino mediante el estudio citológico de Papanicolaou, junto con variables sociodemográficas y factores de riesgo. Se anticipó que un mayor conocimiento mejoraría la aceptabilidad de la prueba. Se consideraron como variables intervinientes el estado civil y la localidad de residencia.

El instrumento de recolección de datos consistió en cinco secciones con un total de 37 variables cualitativas y cuantitativas. La recolección de la muestra se llevó a cabo durante cuatro semanas en el cuarto trimestre de 2021, asistiendo a actividades y reuniones comunitarias en Jachapampa y comunidades circundantes. Además, se realizaron ferias de salud, para aumentar la participación en la prueba de Papanicolaou.

Se realizó un análisis descriptivo, con medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos, y mediante frecuencia absoluta y porcentaje para variables cualitativas. Se estudió la asociación entre las prácticas y las variables sociodemográficas e información previa, además de la relación entre el tiempo desde el último Papanicolaou y la solicitud entrega y explicación resultado de anteriores Papanicolaou, mediante t de Student o Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher según correspondió. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p < 0.05$. El programa estadístico utilizado fue el software libre R (www.r-project.org/).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestra las características demográficas. Se realizaron un total de 56

cuestionarios, la edad promedio fue de $28,6 \pm 9,59$ años. Las entrevistadas procedían de las siguientes comunidades: Jachapampa (44,6 %, $n=25$), Huichuraya (23,2 %, $n=13$), Atoroma (23,2 %, $n=13$) y Jañamarca (8,9 %, $n=5$).

La mayoría de las encuestas se llevaron a cabo en las comunidades de Jachapampa y Atoroma, con un menor número de encuestados en Jañamarca. Las ocupaciones más comunes fueron labores domésticas (64,3 %, $n=36$) y agricultoras (25 %, $n=14$), seguidas de estudiantes (7,1 %, $n=4$), con un bajo porcentaje de comerciantes (1,8 %, $n=1$) y costureras (1,8 %, $n=1$).

La ocupación predominante es labores domésticas, seguida de la agricultura. Un porcentaje minoritario se identificó como estudiantes, y solo hubo un caso de comerciante y uno de costurera. En cuanto al estado civil, la mayoría de las encuestadas estaban en concubinato (42,9 %, $n=24$), seguidas de casadas (32,1 %, $n=18$), solteras (23,2 %, $n=13$), con un solo caso de viudez (1,8%, $n=1$). Se observa que la mayoría de las mujeres están en concubinato o casadas, lo que indica parejas sexuales estables.

En cuanto a la escolaridad, el 48,2 % ($n=27$) completó la secundaria, el 30,4 % ($n=17$) tiene secundaria incompleta, el 14,3 % ($n=8$) tiene primaria incompleta, el 5,3 % ($n=3$) completó la primaria y solo el 1,8 % ($n=1$) no realizó ningún estudio. La falta de escolaridad se considera un factor de riesgo.

En la tabla 2 observamos la clasificación de los factores de riesgo: La media de partos por mujer fue de $2,38 \pm 2,39$ hijos. La edad promedio del primer embarazo fue de $18,6 \pm 4,53$ años. La edad promedio de la primera relación sexual fue de $18,39 \pm 2,31$ años, y la menarca tuvo una media de $12,68 \pm 0,77$ años. Respecto a los abortos, el 8,9 %

(n=5) reportó haber tenido un aborto en su vida. Ninguna mujer informó consumir activamente cigarrillos. La suma de factores de riesgo se basa en (A) 5 o más partos, (B) edad del primer embarazo menor de 18 años, (C) edad de la primera relación sexual menor de 18, (D) educación primaria incompleta o ninguna, (E) edad de menarquia mayor o igual a 14 años. No se consideraron las variables (F) abortos, (G) infecciones de transmisión sexual y (H) anticonceptivos orales durante más de 5 años debido a la falta de datos. Se asignó un punto por cada factor de riesgo, lo que resultó en mujeres con diferentes cantidades de factores de riesgo. El 35,7 % (n=20) no tenía factores de riesgo, el 30,3 % (n=17) tenía un factor de riesgo, el 17,9 % (n=10) tenía 2 factores de riesgo y el 16,1 % (n=9) tenía 3 factores de riesgo.

En la tabla 3 se describen las actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou. El 83,9 % (n=47) indicó que no tenía planeado realizarse próximamente la prueba de Papanicolaou, y el 71,4 % (n=40) no tenía interés en ella. El 39,3 % (n=22) se había realizado la prueba de Papanicolaou anteriormente, mientras que el 60,7 % (n=34) nunca se la había hecho. De las mujeres que se habían realizado la prueba de Papanicolaou, el 54,5 % (n=12) había pasado más de un año desde su última prueba, y el 45,5 % (n=10) se la había hecho en el último año. En cuanto a la obtención de resultados, el 54,5 % (n=12) nunca reclamó sus resultados, el 18,2 % (n=4) lo hizo a veces y el 27,3 % (n=6) siempre lo hizo. Todas las mujeres se realizaron la prueba de Papanicolaou en el Centro de Salud de Jachapampa.

En la tabla 4 se muestra la relación entre la realización del Papanicolaou. Las mujeres que no se habían realizado el Papanicolaou tenían una edad media de 25,4±10.1 años, mientras que

aquellas que se lo habían hecho anteriormente tenían una edad media de 33,27±6.9 años. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (prueba t de Student, p=0,46). En cuanto a la residencia, el 14,5 % (n=8) de las mujeres que se habían realizado la prueba de Papanicolaou residían en Jachapampa, el 10,9 % (n=7) en Huichuraya, y el 14,5 % (n=8) en Atoroma, mientras que ninguna de las encuestadas de Jañamarca se había realizado la prueba. El análisis de Fisher arrojó un p-valor de 0,08 (IC del 95%: 0,46 – 7,22), lo que indica que no existe una relación significativa entre la residencia y la realización previa de la prueba de Papanicolaou. El recibir información sobre Papanicolaou muestra mejor valor para el antecedente de realizarse Papanicolaou 36,4 % (n=20), el porcentaje disminuye para las mujeres que no recibieron información 3,6 % (n=2) por tanto la información previa es un factor determinante. Un p-valor de 0.002 para el contraste OR =10 (IC del 95%: 2,02 – 49,6). Para el estado civil y antecedente de Papanicolaou: las mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou son casadas en 21,8 % (n=12), seguido del concubinato 10,9 % (n=6), soltera 5,5 % (n=3) y un caso de viudez 1,8 % (n=1), luego podemos determinar que este parámetro tiene una relación con haberse realizado la prueba de Papanicolaou anteriormente. Un p-valor de 0,001 para verificar la hipótesis alterna: OR =6,67 (IC del 95%: 1,32-33,69), es decir el estado civil es un factor para realizarse la prueba de Papanicolaou. Las mujeres que no se realizaron el Papanicolaou tienen una edad media de 25,4±10,1 años, si se realizó anteriormente el Papanicolaou una edad media de 33,27±6,9 años sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa (T de Student p= 0,46).

Tabla 1. Características demográficas de mujeres rurales en edad fértil de Jachapampa, Departamento de La Paz, Bolivia

Variable	Media (desvío estándar)
Edad	28,6 años (± 9.59)
Variable	Porcentaje (recuento)
Residencia	
Jachapampa	44,6 (n=25)
Huichuraya	23,2 (n=13)
Atoroma	23,2 (n=13)
Jañumarca	8,8 (n=5)
Ocupación	
Labores de casa	64,29 (n=36)
Agricultor	25 (n=14)
Estudiante	7,14 (n=4)
Comerciante	1,79 (n=1)
Costurera	1,79 (n=1)
Estado Civil	
Concubinato	42,86 (n=24)
Casada	32,14 (n=18)
Soltera	23,21 (n=13)
Viudez	1,79 (n=1)
Escolaridad	
Secundaria completa	48,21 (n=27)
Secundaria incompleta	30,36 (n=17)
Primaria incompleta	14,29 (n=8)
Primaria completa	5,36 (n=3)
Ninguna	1,79 (n=1)
Abortos	
Uno o más	8,93 (n=5)
Ninguno	91,07 (n=51)
Cigarrillo	
Ninguno	100 (n=56)
Uso de anticonceptivos	
Inyección mensual	3,57 (n=2)
Nunca	96,43 (n=54)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Frecuencia de factores de riesgo que influyen en la cobertura de Papanicolaou de mujeres rurales en edad fértil de Jachapampa, Departamento de La Paz, Bolivia

Factor	Respuesta	Porcentaje (recuento)
(A) partos		
	5 o más partos (1 punto)	23,21 (n=13)
	3 a 4 partos	14,29 (n=8)
	0 a 2 partos	62,5 (n=35)
(B) Edad de primer embarazo		
	menor de 18 años (1 punto)	26,79 (n=15)
	18 años o más, al momento no presenta embarazo	73,21 (n=41)
(C) Edad de primera relación sexual		
	menor de 18 años (1 punto)	67,86 (n=38)
	18 años o más	32,14 (n=18)
(D) Escolaridad		
	Primaria completada o superior (1 punto)	83,93 (n=47)
	primaria incompleta o ninguna	16,07 (n=9)
(E) Edad de menarquia		
	14 años o más (1 punto)	8,93 (n=5)
	Menor de 14 años	91,07 (n=51)
Número de factores de riesgo		
	3 factores	16,07 (n=9)
	2 factores	17,86 (n=10)
	un factor	30,36 (n=17)
	no presenta factores	35,71 (n=20)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou de mujeres rurales en edad fértil de Jachapampa, Departamento de La Paz, Bolivia

Actitudes de mujeres entrevistadas	Porcentaje (recuento)
Interes de realizarse PAP	
No tiene interes	71.43 (n=40)
Tiene interes	46.43 (n=26)
planear su siguiente PAP	
No tiene planeado	83.93 (n=47)
Tiene planeado	33.93 (n=19)
PAP anterior a la encuesta	
Una o más	39.29 (n=22)
Nunca	60.71 (n=34)
Prácticas de mujeres que se realizaron anteriormente PAP	
Edad de primer PAP	28.25 ± (8.3) años
Tiempo desde el último PAP	
Más de un año	54.55 (n=12)
Hace menos de 1 año	45.45 (n=10)
Reclamo resultado de PAP	
Nunca	54.55 (n=12)
Algunas veces	18.18 (n=4)
Siempre	27.27 (n=6)
Lugar donde realizó PAP	
Centro de salud	100 (n=22)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Análisis inferencial de variables sociodemográficas y papanicolaou anterior en mujeres rurales en edad fértil de Jachapampa, Departamento de La Paz, Bolivia

		Realización de PAP				p	OR IC _{95%}
		No	Si				
Localidad	Jachapampa	16	23.2%	9	13.0%	0.08	-
	Huichuraya	7	10.1%	6	8.7%		
	Atoroma	5	7.2%	8	11.6%		
	Jañumarca	5	7.2%	0	0%		
Información	No información	17	24.6%	2	2.9%	0.002	OR: 10 (IC del 95%: 2.02 - 49.6).
	Si información	17	24.6%	20	29.0%		
Estado civil	Casada	6	8.7%	12	17.4%	0.001	OR: 6.67 (IC del 95%: 1.32, 33.69)
	Viuda o divorcio	5	7.2%	1	1.4%		
	Concubinato	18	26.1%	6	8.7%		
	Soltera	10	14.5%	3	4.3%		
Edad	Años	Media	DE	Media	DE	p	
		25.4	10.1	33.27	6.9	0.46	

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Urrutia y su equipo ponen de manifiesto aspectos cruciales relacionados con la percepción de las mujeres chilenas acerca del Papanicolaou (PAP) y la atención durante el tamizaje de cáncer cervicouterino. Este trabajo cualitativo involucró la participación de 57 mujeres de diferentes consultorios en Chile y resaltó diversos hallazgos significativos. Se destacó la carencia de información y educación sobre el PAP, así como las barreras financieras y administrativas, como factores importantes que influyen en la adhesión al tamizaje (8). Sin embargo, aunque muchas mujeres han oído hablar del PAP, la realización del examen Papanicolaou en Perú ha sido menos frecuente. Los porcentajes de mujeres que se han sometido al PAP variaron de 42,9 % a 47,38 % en los años analizados (1996 a 2008) (9).

Al comparar estos resultados con los del propio estudio, se observa que recibir información previa sobre el Papanicolaou se relaciona con una mayor probabilidad de someterse al examen, con un aumento significativo del 36,4 % (n=20). En contraste, el porcentaje disminuye considerablemente para aquellas mujeres que no reciben información, representando solo el 3,6 % (n=2). Esto subraya la relevancia crítica de proporcionar información previa, ya que se ha establecido como un factor determinante en la decisión de realizarse el PAP. Además, el análisis estadístico respalda estos hallazgos, con un p-valor de 0,002 y un Odds Ratio (OR) de 10, con un Intervalo de Confianza del 95% que oscila entre 2,02 y 49,6. Estos resultados sugieren que la educación y la eliminación de las barreras financieras y administrativas son esenciales para aumentar la adherencia al tamizaje del cáncer cervicouterino (8).

Dos autores coinciden que varios factores sociodemográficos estuvieron relacionados con la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en diferentes años de estudio. Estos factores incluyeron la edad, la ubicación geográfica (urbana vs. rural), la región natural (costa, sierra, selva), el nivel educativo, el estado marital, la edad de la primera relación sexual, el número de hijos y el uso de métodos anticonceptivos. De estos factores, no se pudo demostrar una asociación significativa entre la edad y la realización del PAP cuando se comparó con las cuatro localidades pertenecientes al Centro de Salud de Jachapamapa. Sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el estado civil (9,11).

Se debe resaltar el porcentaje de mujeres que no recogieron el resultado de su papanicolaou (54,5% n=12), que en otros estudios no supera el 50% (11,12).

En conclusión, la ardua tarea de mejorar las tasas de cobertura en el Centro de Salud de Jachapampa se atribuye no sólo a variables sociodemográficas, sino también a las acciones posteriores a la realización de la prueba de Papanicolaou.

El modelo de intervención propuesto en este estudio es visto como una contribución a las tasas de cobertura, que habían estado por debajo del 15% en períodos anteriores, al enfatizar la educación en salud. Sin embargo, es importante considerar variables individuales, interpersonales, familiares y grupales a la hora de prevenir el Cáncer de Cuello Uterino a través de la citología de Papanicolaou.

En Bolivia no existen estudios que documenten el

comportamiento de los centros de salud post-Prueba de Papanicolaou, pese a que las normas, protocolos y procedimientos para la detección y control del cáncer de cuello uterino estipula la necesidad de dar seguimiento a las pacientes después de la realización de la prueba realizada.

De cara a futuros estudios, sería recomendable analizar este fenómeno en muestras más representativas de la población diana, combinando metodologías tanto cualitativas como cuantitativas. Esto podría ayudar a abordar la intrigante pregunta que surgió durante el desarrollo de este estudio: comprender los factores que influyen en la decisión de una mujer de someterse nuevamente a la prueba de Papanicolaou.

AGRADECIMIENTOS:

Expreso mi sincero agradecimiento a la comunidad y al Centro de Salud de Jachapampa por su cálida acogida, amable colaboración en mi trabajo, participación en reuniones y valiosa orientación brindada.

REFERENCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394–424.
2. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
3. García Regalado J, Quinde Rosales V, Bucaram Leverone R, , Sánchez Giler S. Situación epidemiológica del cáncer cervicouterino en el Ecuador. 2020. *Revista Venezolana de Oncología* [Internet]. 2021;33(2):69-78. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375665418004>
4. Ministerio de Salud. SNIS-VE. SNIS-VE Reportes de Vigilancia Epidemiológica. SNIS-VE Sistema Nacional de Información en Salud. [Internet]. [cited 2023 Oct 28]. Available from: https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes_Dinamicos/Menu_rep_dinamicos.aspx
5. Romero Ledezma Karla Pamela RGJ. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. 2012 [cited 2023 Oct 28]; Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100006
6. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. 2022 [cited 2023 Oct 28];65-90. Available from: <http://www.orasconhu.org/>
7. Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales [Internet]. [cited 2023 Oct 28]. 8 p. Available from: www.paho.org/permissions
8. Urrutia MT, Gajardo M, Urrutia MT, Gajardo M. Características del Papanicolaou y de la atención recibida como factores para adherir (o no) al tamizaje. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2023 Oct

- 28];83(5):471–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500471&lng=es&nrm=iso&lng=es
9. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev peru epidemiol [Internet]. 2010 [cited 2023 Oct 28]; Available from: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_V14_N01/6OR_Vol14_No1_2010_Evolucion_PAP_1996-2008.pdf
 10. Gomes Martins L, Bezerra Pinheiro AK, Moreira Vasconcelos CT, Pinto Falcão Júnior JS. Examen de papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. Enfermería Glob [Internet]. 2010 [cited 2023 Oct 28];(20):0–0. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300007&lng=es&nrm=iso&lng=es
 11. Moreano SL, Calli R. Factores relacionados con el examen de Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Argentina, 2009-2010. Rev Argentina Salud Pública [Internet]. 2013 Jun 3 [cited 2023 Oct 28];4(15):20–5. Available from: <https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/articulo/view/302>
 12. Medicina Eap De Obstetricia F DE, Santa Cruz M, Massiel M, Salazar Salvatierra E. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini – 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 28]; Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20500.12672/4055>