



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
OBSTETRICIA
SEDE SANTIAGO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN
PERSONAS LESBIANAS Y BISEXUALES
UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA ENCUESTA CASEN CHILE
2022**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Obstetricia

Profesor Tutor: Dr. © Sergio Jara Rosales

Profesor Metodológico: Mg. Jacqueline Sepúlveda Gotterbarm

Estudiantes:

Constanza Antonia Bravo Pavez

Andrea Natalia González Capello

María Ignacia Lobos González

Francisca Andrea Olivares Herrera

Macarena Ruiz Latapiat

(Constanza Antonia Bravo Pavez, Andrea González Capello, María Ignacia Lobos González, Francisca Andrea Olivares Herrera, Macarena Ruiz Latapiat) Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Santiago, Junio.

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Providencia, Santiago de Chile a _____ del 2024, los abajo firmantes dejan constancia que las estudiantes de la carrera de Obstetricia y Matronería, han aprobado la tesis para optar al grado de Licenciatura en Obstetricia y Matronería con una nota de _____.

Académico evaluador

Académico evaluador

Académico evaluador

DEDICATORIA

Agradezco a mis queridos padres Jorge Bravo y Paola Pavez, que son mi mayor fuente de motivación, gracias por guiarme hacia mis objetivos, también agradezco a mis abuelos Jaime Pavez y Eliana Contreras, que me han transmitido sabiduría y valores junto con mucho apoyo y cariño. De igual manera le quiero agradecer a mi pareja José Almuna por su paciencia y comprensión, gracias por estar a mi lado y siempre creer en mí.

Finalmente le quiero agradecer a mi equipo de tesis, con quienes compartí momentos de mucha felicidad y de estrés, esta tesis es un reflejo de nuestro trabajo en equipo.

Constanza Antonia Bravo Pavez

Agradezco a mi familia por su apoyo constante y por creer en mis capacidades, a mis padres Verónica Capello y Alejandro González, a mis hermanos Paulina González e Ignacio González. Gracias por cada palabra de aliento y su fe en mí, incluso en los momentos difíciles, cada gesto de confianza me impulsa cada día a seguir adelante.

Este trabajo es fruto de los valores que me enseñaron, la dedicación y perseverancia que me han inculcado siempre. Gracias por enseñarme el valor de la educación y su ejemplo de trabajo duro y sacrificio para perseguir mis sueños y lograr mis metas.

Andrea Natalia González Capello

Agradezco profundamente a mis padres, María Elisa González y Claudio Lobos, a mi hermana María José Lobos y a mi abuelita Digna Del Carmen por su amor incondicional y su apoyo constante. Gracias por siempre creer en mí, enseñarme a perseguir mis sueños y nunca rendirme. A mi hijo Emilio, que, aunque aún no entiende lo que significa esta tesis, espero que un día te sientas orgulloso de mamá y te inspires a alcanzar tus propios sueños. A mi pololo

Juan García que siempre me apoyo en cada paso de este camino. También quiero dedicar un especial reconocimiento a mi querida Olivia, que, aunque este año ya no esté físicamente, me acompañó con su amor y presencia durante mis estudios en lo largo de estos años de carrera. Y, por último, agradecer a mis compañeras de tesis por el equipo que formamos, costo, ¡pero se logró!

Gracias a todos, por su paciencia, comprensión y amor incondicional en este gran paso.

María Ignacia Lobos González

Al concluir esta etapa, agradezco a mis padres Miguel y Johanna por siempre estar a mi lado y nunca permitir que me rinda, muchos de mis logros se los debo a ellos y este es uno de ellos, gracias por ser inspiración, apoyo y fortaleza, y por estar siempre a mi lado con su amor incondicional; agradecer a mis abuelos Elena y Raul, quienes anhelan verme terminar mi carrera y ser una profesional, agradezco su apoyo constante con sus años de sabiduría, sus palabras de aliento y los momentos compartidos que me llenaron de energía para seguir adelante a pesar de los momentos difíciles que ellos enfrentaron junto a mí; a mis hermanos Juan Pablo y Makarena quienes han estado ayudándome en los altibajos de este proceso; y por último a mi pareja Dante, a quien agradezco por su paciencia y por siempre creer en mí a lo largo de esta etapa.

Francisca Andrea Olivares Herrera

Quiero agradecer a mi familia, específicamente a mi madre Paulina Latapiat y a su esposo que es como mi padre Felipe Valdivieso, por apoyarme incondicionalmente, por escucharme todas las veces que estuve estresada o que necesitaba ayuda para resolver algún problema, siempre me acompañaron en todo momento. También quiero agradecer a mi pololo

Christian que me ha acompañado casi toda la carrera, su apoyo y su amor ha sido incondicional para mí. Por último y lo más importante en mi vida, quisiera agradecer mi hija Colomba Rodríguez y a mi perrita Morita, que estuvieron presentes en todo este proceso universitario, viendo de primera línea mis enojos, mis rabias, mis penas, mis alegrías y sobre todo me vieron vencer todos los desafíos que me propuse durante los años. Sin ellas todo hubiese sido diferente, mi vida y quizás mi carrera, por eso les dedico mi tesis a las personas más importantes de mi vida.

Agradezco infinitamente a todas las personas hermosas que conocí en estos años, agradezco las experiencias y los aprendizajes, agradezco a mis amigas de la universidad que fue hace poco que nos encontramos y estoy muy feliz de tenerlas en mi vida. Quisiera dar las gracias a todas las personas que me ayudaron, que me acompañaron en este proceso y que me apoyaron con mucho amor en estos años.

Macarena Ruiz Latapiat

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente a nuestro profesor Sergio Jara Rosales, por su dedicación, guía y orientación experta durante este camino.

Por creer en nosotras y en nuestras capacidades, su apoyo incondicional fue fundamentales para cumplir con este proyecto. Su liderazgo y experiencia nos brindaron la confianza y seguridad necesarias para abordar este reto y llevarlo a cabo con éxito. Su tiempo, esfuerzo y retroalimentación constante fueron esenciales para mejorar la calidad de nuestra investigación y alcanzar la excelencia. Queremos expresar nuestra más sincera gratitud por su compromiso y dedicación con nuestra formación y por ser un modelo a seguir en nuestra carrera profesional.

Agradecemos también a nuestros familiares por su presencia y apoyo en cada paso del camino. Su amor y dedicación nos permitieron superar los desafíos y alcanzar la excelencia. Gracias por creer en nosotras y por ser nuestra mayor fuente de motivación. Su paciencia y comprensión nos brindaron tranquilidad y la seguridad necesaria para enfocarnos en nuestra formación y alcanzar nuestros objetivos. Su apoyo incondicional nos dio la fuerza y energía para preservar y superar los obstáculos. Queremos expresar nuestra más sincera gratitud por estar presentes en los momentos más difíciles y brindarnos la confianza y la fe necesarias para creer en nosotras mismas.

ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN	9
2. INTRODUCCIÓN	11
3. OBJETIVOS	15
4. DISEÑO METODOLÓGICO	16
5. VARIABLES Y DATOS	18
6. RESULTADOS	20
7. DISCUSIÓN	30
8. CONCLUSIÓN	38
9. BIBLIOGRAFÍA	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de las mujeres lesbianas/bisexuales y mujeres heterosexuales en la muestra.....	21
Tabla 2. Regresión logística que muestra la odds de realizarse el examen papanicolau de las mujeres con lesbianas/bisexuales en comparación a las mujeres heterosexuales	24
Tabla 3. Regresión logística usando el examen papanicolau como variable dependiente.....	25
Tabla 4. Razones de las mujeres lesbianas/bisexuales y mujeres heterosexuales por las cuales no se tomaron el examen papanicolaou ..	29

1. RESUMEN

Introducción: El examen Papanicolaou está destinado a detectar y prevenir enfermedades del cuello uterino. En Chile, este procedimiento se recomienda hacer cada 3 años desde los 25 hasta los 64 años, a todas las personas que posean cuello uterino. Las mujeres pertenecientes a minorías sexuales (lesbianas, gays, bisexuales, entre otras), según reportes, tienen menos acceso a servicios de salud preventivos, como el test Papanicolaou. El objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados a la forma del Papanicolaou en mujeres lesbianas y bisexuales, comparándolas con las mujeres heterosexuales, en base a la encuesta CASEN 2022. **Metodología:** estudio cuantitativo analítico de corte transversal, basado en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2022. Se realizó el test de contraste de hipótesis chi cuadrado para analizar la diferencia en la tasa de utilización del PAP entre ambos grupos. Para determinar la probabilidad de tomarse el PAP y también para identificar los factores asociados al acceso en mujeres lesbianas/bisexuales, se realizaron regresiones logísticas. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA15. **Resultados:** Las mujeres lesbianas/bisexuales tienen un 43% menos de probabilidades de realizarse el Papanicolaou que las mujeres heterosexuales. Aquellas de 25 a 64 años tienen más probabilidades de tomarse el PAP, que las de 18 a 24 años. Las mujeres lesbianas/bisexuales solteras tienen menos probabilidades que las casadas, y las inactivas menos que las ocupadas. En cuanto a la afiliación de salud, las afiliadas a ISAPRE tienen más probabilidades de realizarse el examen que las afiliadas a FONASA. **Conclusiones:** las mujeres pertenecientes a minorías sexuales en Chile tienen menos acceso al cribado de cáncer cervicouterino en comparación a las mujeres heterosexuales. Existen factores que inciden en la toma del PAP, tales como la edad, el estado civil, empleo, seguro social y estar en tratamiento médico.

Palabras claves: Minorías sexuales, Papanicolaou, Cáncer cérvico uterino.

ABSTRACT

Introduction: The Pap smear test is designed to detect and prevent cervical diseases. In Chile, this procedure is recommended every three years for all individuals with a cervix, from ages 25 to 64. Sexual minority women (lesbians, bisexuals, among others) reportedly have less access to preventive healthcare services, such as Pap smears. The aim of this study was to analyze factors associated with Pap smear uptake among lesbian and bisexual women compared to heterosexual women, based on the 2022 CASEN survey. **Methods:** Cross-sectional analytical quantitative study based on the 2022 National Socioeconomic Characterization Survey (CASEN). A chi-square hypothesis test was performed to analyze the difference in Pap smear utilization rates between the two groups. Logistic regressions were conducted to determine the likelihood of undergoing a Pap smear and to identify factors associated with access among lesbian/bisexual women. Statistical analysis was conducted using STATA15 software. **Results:** Lesbian/bisexual women were 43% less likely to undergo Pap smear testing compared to heterosexual women. Women aged 25–64 were more likely to get a Pap smear than those aged 18–24. Single lesbian/bisexual women were less likely to undergo the test than their married counterparts, and unemployed women were less likely than employed women. Regarding health insurance, women affiliated with ISAPRE were more likely to undergo the exam compared to those in FONASA. **Conclusions:** Sexual minority women in Chile have less access to cervical cancer screening compared to heterosexual women. Factors influencing Pap smear uptake include age, marital status, employment, health insurance, and being under medical treatment.

Keywords: Sexual minorities, Pap smear, Cervical cancer.

2. INTRODUCCIÓN

Las minorías sexuales engloban a un determinado grupo de personas que abarca a lesbianas (mujeres que primordialmente establecen sus relaciones sexuales y afectivas con otras mujeres), gays (hombres que principalmente establecen sus relaciones sexuales y afectivas con otros hombres), bisexuales (mujeres u hombres que se sienten atraídos sexual y emocionalmente por personas de ambos sexos) (Baptiste-Roberts et al, 2017; Grassei, 2017), y personas transgénero (comúnmente conocidas como personas trans, que experimentan un grado de incongruencia de género (Drescher et al, 2012), es decir, discrepan entre su identidad de género y el sexo que les fue asignado al nacer) (World Professional Association for Transgender Health, 2012). El conjunto de orientaciones que componen las minorías sexuales, son conocidos mundialmente en el área de salud como comunidad LGBT (Baptiste-Roberts et al, 2017). Recientemente, se llevó a cabo una encuesta a nivel mundial en la que participaron 30 países, según los resultados, aproximadamente un 3% de la población se identifica como lesbiana o gay, mientras que un 4% se identifica como bisexual (IPSOS, 2023).

Existen diferencias en la atención de salud brindada a las personas que perteneces a las minorías sexuales, dadas principalmente por discriminación y prejuicios que se han mantenido en el tiempo. Estas actitudes han contribuido a crear un entorno en que la atención en salud no es igualitaria para todos los pacientes, y han sido percibidas por la comunidad LGBT como inadecuadas e inapropiadas (Arnold & Dhingra, 2020; Waryold & Kornahrens, 2020). Además, históricamente se ha patologizado la homosexualidad y la transexualidad, de tal forma que hasta el año 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría declaraba a la homosexualidad una enfermedad mental, es por esto que las minorías sexuales temen que el personal de salud los trate de forma diferente a los demás pacientes, o que incluso se les niegue el acceso a los servicios de salud

(Schulman & Erickson-Schroth, 2019). También, se ha evidenciado que estas discriminaciones se intensifican cuando los pacientes pertenecientes a la comunidad LGBT también forman parte de otras minorías, como las étnicas o raciales (Arnold & Dhingra, 2020). Es por esto que las personas LGBT, presentan una gran desconfianza hacia la comunidad médica, lo que genera que no acudan a sus controles de salud, lo que lleva a un mayor número de morbilidad y mortalidad (Zeeman et al 2019).

Un estudio publicado en la revista *Journal of the American Medical Association* reveló respecto a la formación de los profesionales de salud que, en promedio, solo se dedican cinco horas durante los cuatro años de formación en las facultades de medicina sobre temas relacionados con las minorías sexuales (Obedin-Maliver et al, 2011). En este contexto, las personas pertenecientes a las minorías sexuales a menudo informan que los profesionales de salud no están lo suficientemente capacitados e informados sobre sus necesidades específicas, lo que provoca otra barrera en la atención en salud (Mejia, 2008).

Lo expuesto anteriormente confirma la existencia de numerosos motivos de disparidades, que van desde los prejuicios antes mencionados hasta la falta de formación médica para atender adecuadamente a las minorías sexuales, e incluso la desconexión o alejamiento entre los profesionales de la salud y la comunidad LGBTQ (Martos et al, 2017). Lo que también ocurre en el acceso al cribado del cáncer cervicouterino (Greene et al, 2018).

El Dr. George Nicholas Papanicolaou (1883-1962), es el creador de una práctica destinada a la detección y prevención de enfermedades o complicaciones del cuello uterino (Smith et al, 2018), este procedimiento, denominado Papanicolau (PAP) en honor a su inventor, implica que un profesional de la salud examine con un espéculo y recolecte una muestra de células cervicales, las cuales se extienden en un portaobjetos (citología convencional) o se sitúan en un medio líquido (citología en base líquida), para luego enviarlas a un laboratorio donde

serán analizadas por un citopatólogo (Eun, 2020). En este procedimiento, las células del cuello uterino se analizan para observar anomalías, dentro de las que se suelen encontrar células más grandes, que adoptan formas y contornos irregulares (Zinc et al, 2004). Si estas células no son pesquisadas o detectadas a tiempo pueden dar origen al Cáncer cervicouterino, frecuentemente causado por el Virus del Papiloma Humano (VPH) (Graham, 2017).

En Chile, este procedimiento se recomienda hacer cada 3 años desde los 25 hasta los 64 años (MINSAL, 2015). Las personas que deben realizarse el examen son aquellas que posean cuello uterino (no es necesario en mujeres que se han sometido a histerectomía total, a menos que recientemente se haya extirpado el útero y requieran un seguimiento) (Instituto Nacional del Cáncer, 2024), sin importar su historial ni su orientación sexual, incluyendo a las minorías sexuales (Eun, 2020).

Lamentablemente, las mujeres pertenecientes a las minorías sexuales, en comparación a las mujeres heterosexuales, suelen asistir menos a los servicios de salud sexual y reproductiva en los que se les debería recomendar la toma del PAP y brindarles información sobre el cáncer cervicouterino (Greene et al, 2018). Es por esto, que las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres son menos propensas a tener conocimiento sobre el riesgo del Virus del papiloma humano (VPH) y a tomar menos medidas preventivas como el examen del Papanicolaou o la utilización de métodos anticonceptivos de barrera, a pesar de existir estudios que han demostrado que las mujeres bisexuales tienen más probabilidades de contraer el VPH que las mujeres heterosexuales (Solazzo et al, 2020; Lampert, 2017).

Un estudio realizado en Concepción, Chile, mostró como resultado que la salud en nuestro país se da desde un enfoque heterosexual, y no se consideran las necesidades específicas en relación a la orientación de género de cada paciente

(Estay et al, 2020). Además, las personas entrevistadas refirieron que, en temas de salud sexual, los profesionales no tienen la información suficiente para atender a pacientes homosexuales. Sumado a lo anterior, el estudio también indica que existe una falta de formación en torno a temáticas de género y diversidad sexual por parte de los profesionales de salud. Lo que refleja en un trato inadecuado a pacientes pertenecientes a la comunidad LGBT, y poco manejo del vocabulario adecuado para referirse a ellos. Todo esto provoca que estos pacientes no se sientan confiados en cuanto a la preparación del personal de salud para atender y tratar sus necesidades (Estay et al, 2020). Otro estudio realizado en Talca, concluyó que es necesario capacitar al personal de salud sobre temas de sexualidad, identidad sexual y la comunidad LGBT+, además de considerar indispensable la creación de un comité que identifique los actos discriminatorios por parte del personal de salud hacia los pacientes y proponga soluciones para mejorar la atención (Ortega et al, 2022).

Pese a lo anterior, en Chile aún existe una escasez de investigaciones que aborden la atención en salud de las minorías sexuales, este vacío impulsa a promover y llevar a cabo otros estudios sobre este tema (Ortega et al, 2022). Por tanto, en el presente estudio se realizará un análisis de la encuesta CASEN 2022, instrumento que proporcionará datos esenciales que nos ayudarán a comprender algunos factores en torno a la realización del Papanicolaou en las minorías sexuales y su acceso a la atención ginecológica. Lo cual da origen a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la toma de Papanicolau en personas lesbianas, bisexuales y heterosexuales, según la encuesta CASEN 2022?

3. OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar los factores asociados a la toma del Papanicolaou en mujeres lesbianas y bisexuales, comparándolas con las mujeres heterosexuales, en base a la encuesta CASEN 2022

Objetivos específicos

- Determinar si existe diferencia en la utilización del examen Papanicolau entre mujeres lesbianas y bisexuales y las mujeres heterosexuales.
- Determinar la probabilidad que tienen las mujeres de las minorías sexuales de tomarse el Papanicolaou en comparación con el grupo heterosexual.
- Identificar los factores sociodemográficos, económicos y de salud, que están relacionados a la toma del examen Papanicolau en mujeres lesbianas y bisexuales

4. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación corresponde a un tipo de estudio cuantitativo analítico de corte transversal.

Se utilizó la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2022, que es un cuestionario realizado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile.

Los objetivos de la encuesta CASEN 2022 fueron, conocer los ingresos de las personas y los hogares, la situación multidimensional de la pobreza y la distribución del ingreso de los hogares; identificar brechas poblacionales en áreas como educación, salud, vivienda, trabajo, medio ambiente, cohesión social, entre otros; evaluar las diferencias y brechas de ingresos entre diferentes grupos de población, como niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, hombres, personas indígenas, inmigrantes, entre otros; evaluar las diferencias y brechas de ingresos entre regiones y áreas urbanas/rurales; evaluar la cobertura, focalización y distribución de apoyos financieros públicos claves según los ingresos de los hogares y otras características para estimar el impacto de estos gastos en la pobreza, nivel y distribución de los ingresos de los hogares (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, encuesta CASEN, 2024).

Esta encuesta fue realizada durante el periodo del 01 de noviembre de 2022 al 02 de febrero de 2023, a personas y hogares que habitan viviendas particulares ocupadas a nivel nacional incluyendo áreas geográficas urbanas/rurales, y a las 16 regiones del país, con un total de 335 comunas encuestadas. Participaron 70.751 viviendas, 72.056 hogares, 202.231 personas, 86.114 núcleos familiares y 120 personas de Servicio Doméstico Puertas Adentro (SDPA). Se les preguntó acerca de Educación; Trabajo; Ingresos; Salud; Identidades, redes y participación; Vivienda; Orientación sexual e identidad de género; Registro de residentes; en un tiempo promedio de 1 hora y 5 minutos con relación a un hogar de 4 personas. Los hogares seleccionados para la encuesta corresponden a una

muestra obtenida de manera aleatoria (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, encuesta CASEN, 2024).

La encuesta se aplicó de forma voluntaria y presencial a un miembro del hogar, que suele ser el jefe de hogar o si esto no es posible, una persona de 18 años o más que sea residente permanente del hogar, en donde los registros son innominados, ya que no se le solicitaron datos personales a los encuestados (sin rut, sin apellidos), siempre con el fin de resguardar la confidencialidad, para evitar que terceras personas puedan acceder a la información (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, encuesta CASEN, 2024).

Además, la información de la CASEN 2022 está protegida por secreto estadístico, en cumplimiento con la ley N° 17.374; por lo que, los registros de la base de datos de la Encuesta CASEN 2022 no se encuentran georreferenciados ni geo codificados para resguardar la información recopilada (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, encuesta CASEN, 2024).

Los criterios de inclusión de este estudio fueron:

1. Mujeres mayores de 18 años.
2. Mujeres que respondieron sí o no a la pregunta: En los últimos 3 años, ¿Se ha hecho el Papanicolaou?
3. Mujeres heterosexuales, gay/lesbiana o bisexuales que respondieron a la pregunta ¿Cuál de estas alternativas define su orientación sexual?

Se realizó un análisis transversal, con el objetivo de analizar los factores que influyen en la toma de Papanicolaou en mujeres de minorías sexuales (bisexuales y lesbianas). Para determinar las diferencias sociodemográficas, económicas, educacionales y de salud entre ambos grupos, se aplicó el test de Chi cuadrado para comparar las variables cualitativas. Se estableció un nivel de significancia estadística de 0,05 ($p < .05$). Para determinar si existe diferencia en la realización del examen Papanicolaou entre mujeres heterosexuales, lesbianas

y bisexuales y para identificar el impacto de los factores sociodemográficos, económicos, educacionales y de salud en la toma de test Papanicolaou en mujeres de las minorías sexuales, se realizaron regresiones logísticas. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA15.

5. VARIABLES Y DATOS

El tamaño muestral de esta investigación incluyó a 56.119 mujeres mayores de 18 años. De las cuales, un 982 (1,7%) pertenecen a alguna minoría sexual y un 55.137 (98,3%) se identifican como heterosexual.

En este estudio, la variable dependiente “Toma de Papanicolaou”, se construyó basándose en la pregunta “En los últimos 3 años, ¿Se ha hecho el Papanicolaou?”, del módulo Salud de la encuesta CASEN 2022. Esta variable binaria (sí/no), consideró como respuesta afirmativa la elección de la alternativa uno, donde señala que sí se realizó el examen; Por otro lado, se consideró como respuesta negativa la elección de la alternativa dos.

La variable independiente “Orientación de género”, se realizó en base a la pregunta “¿Cuál de estas alternativas define su orientación sexual?, del módulo de Orientación sexual e identidad de género de la encuesta CASEN 2022. Esta variable independiente considero las respuestas: 1) Heterosexual (atracción de sexo opuesto); 2) Gay/Lesbianas (atracción hacia el mismo sexo); 3) Bisexual (atracción hacia ambos sexos).

Otras variables independientes de carácter económico, sociodemográfico, educacional y relacionados con la edad que se utilizaron en este estudio incluyeron las siguientes:

- a) Examen Papanicolau: Si / No;
- b) Grupos de edad: 18-24 / 25-34 / 35-49 / 50-64 / 65+;

- c) Estado civil: casada / Conviviente / Separada, Divorciada, Anulada / Viuda / Soltera;
- d) Zona o localidad: Urbana /rural;
- e) Educacional: No asistió, preescolar / Diferencial / Básica / Media / Superior.
- f) Empleo: Ocupada / Desocupada / Inactiva;
- g) Ingreso Familiar: 0 - 350.000 / 350.001 - 500.000 / 500.001 - 1.000.000 / 1.000.00 +.
- h) Aseguradora de salud: Fonasa / Isapre / Fuerzas Armadas y de Orden / Ninguno (particular) / otro sistema;
- i) Indigeneidad: Indígena / No indígena
- j) Tratamiento médico: Si / No
- k) Discriminación por orientación sexual o identidad de género: Si / No
- l) Nacionalidad: Chile exclusivamente o Chile y otro país / Extranjeros

6. RESULTADOS

La tabla 1 resume las características de la muestra del estudio. Se puede observar respecto a la toma del PAP, que hay más mujeres heterosexuales que se realizaron este examen (60,4%), en comparación con las mujeres lesbianas/bisexuales (46,6%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). Respecto al grupo etario, se observa que hay más mujeres lesbianas/bisexuales de 25 a 34 años (39,5%), en comparación a mujeres heterosexuales de 25 a 34 años (15,5%) que respondieron la encuesta CASEN 2022, diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En relación al estado civil, hay más mujeres lesbianas/bisexuales solteras (62,1%), en comparación a mujeres heterosexuales solteras (25,5%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). Con relación a la Zona, hay más mujeres lesbianas/bisexuales en la zona urbana (89,9%), en comparación a mujeres heterosexuales (80,3%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En cuanto a educación, hay más mujeres lesbianas/bisexuales con estudios de educación superior (67,3%), en comparación a mujeres heterosexuales (29,1%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). Con respecto a empleo, hay más mujeres lesbianas/bisexuales con ocupación (63,1%), en comparación a mujeres heterosexuales (43,5%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En relación al ingreso familiar, hay más mujeres heterosexuales que tienen sueldos que van entre \$0 a \$1.000.000 (43%), en comparación a las mujeres lesbianas/bisexuales (40,2%), en cambio, con ingresos mayores a \$1.000.000 hay más mujeres lesbianas/bisexuales (59,8%) que mujeres heterosexuales (47%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En cuanto a aseguradora de salud, hay más mujeres heterosexuales en FONASA (88,5%), en comparación a mujeres lesbianas/bisexuales (80,0%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). Con relación a tratamiento médico, hay más mujeres lesbianas/bisexuales sin tratamiento médico (67,4%), en comparación a mujeres heterosexuales (50,2%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En relación a discriminación por orientación sexual, hay más mujeres heterosexuales que no presentan

discriminación (99,6%), en comparación a mujeres bisexuales/lesbianas (86,0%), diferencia significativa ($p < .001$).

Tabla 1. Características de las mujeres lesbianas/bisexuales y mujeres heterosexuales en la muestra

Variables	Mujeres heterosexuales (n=55.137)	Mujeres lesbianas/bisexuales (n=982)	Valor p
Examen Papanicolau			
Si	32.961 (60,4%)	453 (46,6%)	P<0.001
No	21.600 (39,6%)	519 (53,4)	
Grupos de edad			
18-24	3.082 (5,6%)	309 (31,5%)	P<0.001
25-34	8.525 (15,5%)	388 (39,5%)	
35-49	14.073 (25,5%)	199 (20,3%)	
50-64	16.012 (29,0%)	56 (5,7%)	
65+	13.445 (24,4%)	30 (3,1%)	
Estado civil			
Casada	18.530 (33,6%)	54 (5,5%)	P<0.001
Conviviente	10.669 (19,3)	288 (29,3%)	
Separada, divorciada, anulada	6.207 (11,3%)	18 (1,8%)	

Viuda	5.667 (10,3%)	12 (1,2%)	
Soltera	14.064 (25,5%)	610 (62,1%)	
Zona			
Urbana	44.268 (80,3%)	883 (89,9%)	P<0.001
Rural	10.869 (19,7%)	99 (10,1%)	
Educación			
No asistió/preescolar	1.075 (1,9%)	1 (0,1%)	P<0.001
Diferencial	112 (0,2%)	0 (0,0%)	
Básica	14.731 (26,7)	40 (4,1%)	
Media	23.186 (42,1%)	280 (28,5%)	
Superior	16.033 (29,1%)	661 (67,3%)	
Empleo			
Ocupada	23.959 (43,5%)	620 (63,1%)	P<0.001
Desocupada	2.549 (4,6%)	98 (10,0%)	
Inactiva	28.629 (51,9%)	264 (26,9%)	
Ingreso familiar			
0 – 350.000	3.483 (6,3%)	52 (5,3%)	P<0.001
350.001 – 500.000	5.138 (9,3%)	58 (5,9%)	
500.001 – 1.000.000	20.585 (37,3%)	285 (29,0%)	
1.000.001+	25.931 (47,0%)	587 (59,8%)	

Aseguradora de salud			
FONASA	48.684 (88,5%)	792 (80,0%)	P<0.001
ISAPRE	4.414 (8,0%)	146 (14,9%)	
Fuerzas Armadas y de Orden	761 (1,4%)	11 (1,1%)	
Ninguno (particular)	939 (1,7%)	24 (2,5%)	
Otro sistema	194 (0,4%)	6 (0,6%)	
Indigeneidad			
Indígena	7.165 (13,0%)	147 (15,0%)	P=0.068
No indígena	47.972 (87,0%)	835 (85,0%)	
Tratamiento medico			
Si	27.202 (49,8%)	315 (32,6%)	P<0.001
No	27.431 (50,2%)	652 (67,4%)	
Discriminación por orientación sexual o identidad de genero			
Si	222 (0,4%)	137 (14,0%)	P<0.001
No	54.915 (99,6%)	845 (86,0%)	
Nacionalidad			
Chile exclusivamente o Chile y otro país	52.188 (94,7%)	924 (94,1%)	P=0.442
Extranjeros	2.949 (5,3%)	58 (5,9%)	

Se realizaron regresiones logísticas crudas y ajustadas para examinar si existe una diferencia en la probabilidad de la realización del examen de Papanicolaou entre mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas/bisexuales. La Tabla 2 presenta los resultados de la regresión logística, que muestran que las mujeres lesbianas/bisexuales tenían un 43% menos de probabilidades de realizarse el examen de Papanicolaou en comparación con las mujeres heterosexuales (OR: 0.573, IC 95% 0.497-0.662).

Tabla 2. Regresión logística que muestra la odds de realizarse el examen Papanicolau de las mujeres con lesbianas/bisexuales en comparación a las mujeres heterosexuales

	OR	95% CI	Observaciones	Pseudo R
Regresión logística sin ajustar				
Mujeres minorías sexuales	0,571**	0,503 - 0,649	55,533	0,001
Regresión logística ajustada*				
Mujeres minorías sexuales	0,573**	0,497 – 0,662	54,906	0,12

*Ajustado por edad, estado civil, zona, educación, empleo, ingreso familiar per cápita, seguro de salud y tratamiento médico. **p<0,001.

La Tabla 3 presenta los resultados de regresiones logísticas para mujeres lesbianas/bisexuales respecto a los factores que influyen en que se sometan o no al examen Papanicolaou. El modelo (1) incluye variables sociodemográficas, el modelo 2 considera las variables del modelo 1 más las características económicas, en tanto que el modelo 3 incluye todas las variables anteriores más las variables relacionadas con la salud. Todos los modelos son estadísticamente significativos (p<.001), en comparación con el modelo nulo. El modelo 3 proporciona un mejor ajuste en comparación con los otros modelos, considerando los valores más bajos de la devianza, y los estadísticos AIC y BIC.

Se calcularon los factores de inflación de la varianza (VIF), no evidenciando colinealidad que afectara los resultados.

Los resultados presentados en la tabla 3 muestran que las mujeres lesbianas/bisexuales de entre 25 y 64 años tienen mayores probabilidades de realizarse el examen de Papanicolaou en comparación con las mujeres de 18 a 24 años, con diferencias estadísticamente significativas (25-34 años OR: 3.703, IC 95% 2.567–5.341; 35-49 años OR: 3.755, IC 95% 2.439–5.783; 50-64 años OR: 2.388, IC 95% 1.262–4.519). En cuanto al estado civil, las mujeres lesbianas/bisexuales solteras tienen menos probabilidades de realizarse el Papanicolaou (OR: 0.297, IC 95% 0.146–0.640, $P < 0,01$) en comparación con las mujeres casadas. Asimismo, las mujeres inactivas presentan menos probabilidades de realizarse el Papanicolaou (OR: 0.655, IC 95% 0.450–0.952, $P < 0.05$) en comparación con las mujeres ocupadas. En términos de afiliación de salud, las mujeres lesbianas/bisexuales afiliadas a ISAPRE tienen más probabilidades de realizarse el examen (OR: 1.589, IC 95% 1.065–2.368, $P < 0.05$) en comparación con aquellas afiliadas a FONASA. Finalmente, las mujeres lesbianas/bisexuales que estaban en tratamiento médico por alguna enfermedad también presentaron mayores probabilidades de realizarse el Papanicolaou (OR: 0.673, IC 95% 0.498–0.910, $P < 0.05$) en comparación con las que no estaban en tratamiento médico.

Tabla 3. Regresión logística usando el examen Papanicolaou como variable dependiente

variables	Modelo (1)		Modelo (2)		Modelo (3)	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Grupos de edad						

(referencia: 18-24)						
25-34	4.24***	3.022 – 5.951	3.742***	2.612 – 5.360	3.703***	2.567 – 5.341
35-49	4.719***	3.153 – 7.064	4.123***	2.697 – 6.303	3.755***	2.439 – 5.783
50-64	2.726**	1.469 – 5.057	2.509**	1.342 – 4.689	2.388**	1.262 – 4.519
65+	0,979	0.362 – 2.642	1,138	0.415 – 3.121	0,772	0.255 – 2.333
Estado civil (referencia: casada)						
Conviviente	0.341**	0.171 – 0.680	0.323**	0.162 – 0.645	0.313**	0.151 – 0.649
Separada, divorciada, anulada	1,03	0.298 – 3.554	1,038	0.297 – 3.626	0,852	0.236 – 3.076
Viuda	0.21*	0.044 – 0.991	0.194*	0.041 – 0.926	0.141*	0.023 – 0.859
soltera	0.336**	0.172 – 0.658	0.322**	0.164 – 0.630	0.297**	0.146 – 0.604
Zona (referencia: urbana)						
Rural	1,026	0.654 – 1.609	1,054	0.669 – 1.659	1,047	0.656 – 1.669
Nacionalidad (referencia: chilena)						
Extranjera	1,09	0.613 – 1.938	1,045	0.586 – 1.860	1,205	0.662 – 2.191
Empleo (referencia: ocupada)						

Desocupada			0,958	0.602 – 1.525	0,985	0.615 – 1.578
Inactiva			0.68*	0.472 – 0.981	0.655*	0.450 – 0.952
Ingreso familiar (referencia: 0-450.000)						
350.001-500.000					0,831	0.361 – 1.909
500.001-1.000.000					0,716	0.367 – 1.395
1.000.001+					0,692	0.362 – 1.322
Aseguradora de salud (referencia: FONASA)						
ISAPRE					1.589*	1.065 – 2.368
Fuerzas Armadas y de Orden					1,167	0.287 – 4.738
Ninguno (particular)					0,755	0.297 – 1.916
Otro sistema					0,671	0.104 – 4.299
Tratamiento médico (referencia: si)						
No					0.673*	0.498 – 0.910

Observaciones	972	972	954
Pseudo R2	0,0925	0,0963	0,1089
Chi²	124,21	129,33	143,52
Prob>Chi²	0	0	0
McFadden R²	0,07	0,064	0,065
Devianza	1218,778	1213,668	1174,439
AIC	1240,778	1245,668	1216,439
BIC	1294,451	1323,738	1318,513

*p < .05 **p < .01 ***p < .001.

La Tabla 4 resume las razones por las cuales las mujeres no se tomaron el examen papanicolaou. Se puede analizar, respecto a la toma del examen Papanicolaou, hay más mujeres lesbianas/bisexuales que señalaron no saber dónde realizarse el examen (1,7%), en comparación con las mujeres heterosexuales (0,9%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En cuanto al ítem información, hay un 2,7% de mujeres lesbianas/bisexuales que no conocen el examen, en comparación a las mujeres heterosexuales 1,1%, diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En el ítem motivos personales, un 24,1% de las mujeres heterosexuales creen que no les corresponde realizarse el examen, en comparación con las mujeres lesbianas/bisexuales con un 19,8%, diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$). En relación al ítem razones institucionales, hay más mujeres heterosexuales que no han podido conseguir hora (6,6%), en comparación a las mujeres lesbianas bisexuales (4,4%), diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$).

Tabla 4. Razones de las mujeres lesbianas/bisexuales y mujeres heterosexuales por las cuales no se tomaron el examen Papanicolau

	Mujeres heterosexuales	Mujeres lesbianas/bisexuales
Razón	N (%)	N (%)
Información		
No sabe dónde hacérselo	185 (0,9%)	9 (1,7%)
No sabía que tenía que hacerse ese examen	551 (2,6%)	25 (4,8%)
No conoce ese examen	227 (1,1%)	14 (2,7%)
Personales		
Le da miedo o le disgusta	1.570 (7,3%)	46 (8,9%)
Se le olvida hacérselo	3.580 (16,6%)	91 (17,5%)
No cree que lo necesite	4.224 (19,6%)	93 (17,9%)
No tiene tiempo	2.363 (10,9%)	58 (11,2%)
No tiene dinero	227 (1,1%)	13 (2,5%)
No le corresponde	5.203 (24,1%)	103 (19,8%)
Institucionales		
El horario del consultorio no le sirve	250 (1,2%)	2 (0,4%)
No ha podido conseguir hora	1.426 (6,6%)	23 (4,4%)
Otra razón	1.529 (7,1%)	31 (6,0%)
No sabe	265 (1,2%)	11 (2,1%)
Observaciones (total)	21.600	519

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue analizar los factores asociados a la toma de PAP en mujeres lesbianas y bisexuales comparándolas con las mujeres heterosexuales, en base a los datos recabados por la encuesta CASEN 2022. Los hallazgos indican que las mujeres lesbianas/bisexual tienen 43% menos odds de realizarse el examen Papanicolaou en comparación con las mujeres heterosexuales. Además, las mujeres lesbianas/bisexuales se sienten en mayor proporción discriminadas por su orientación sexual e identidad de género (14%), a diferencia de las mujeres heterosexuales (0,4%) ($P < .001$). Dentro de las razones por las que las mujeres no se tomaron el Papanicolaou, existe un mayor porcentaje de mujeres lesbianas/bisexuales que no saben dónde tomarse el Papanicolaou (1,7%), en comparación a las mujeres heterosexuales (0,9%) ($P < .001$). Por otro lado, las mujeres pertenecientes a minorías sexuales que se encuentran entre 25 y 64 años, tienen más odds de tomarse el Papanicolaou, en comparación con las mujeres que se encuentran en el rango 18-25 años, del mismo grupo.

Los resultados obtenidos mediante una regresión logística representados en la tabla 2, indican que las mujeres lesbianas/bisexuales tienen menor probabilidad de realizarse el examen Papanicolaou en comparación a las mujeres heterosexuales (OR: 0.573, IC 95% 0.497-0.662). Estudios realizados en otros países muestran resultados similares, por ejemplo, un estudio de cohorte longitudinal, realizado en Estados Unidos el año 2020, presentó que las mujeres lesbianas (OR=0,58, CI=0,42–0,78) tienen menos probabilidad de hacerse el PAP en comparación con las mujeres heterosexuales (OR=0,75, CI=0,64–0,87) (Solazzo et al, 2020). Resultados similares se encontraron en un estudio de revisión sistemática, el año 2022, en el que se obtuvo que las mujeres lesbianas se hicieron en menor frecuencia la prueba del Papanicolaou en comparación a las heterosexuales (OR 0,46, IC del 95 % 0,37-0,56, 17 estudios, 9595 mujeres lesbianas y 516.760 mujeres heterosexuales) (McDonald et al, 2022). Uno de los factores del porqué no se realizan este examen sigue siendo la falsa creencia de

que, al no tener relaciones sexuales con hombres, no corren riesgo de contraer el virus del papiloma humano (Douglas et al, 2015). Otro estudio realizado en Australia también indica que hay disparidades importantes entre las tasas del PAP en mujeres lesbianas y heterosexuales, donde queda demostrado que el 66,6% de las mujeres lesbianas encuestadas, no se habían tomado el Papanicolaou con la frecuencia recomendada (Curmi et al, 2014). En este contexto, un estudio descriptivo retrospectivo realizado en Estocolmo evidenció que las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres asisten en menor medida a exámenes ginecológicos (9,4%) en comparación con las mujeres heterosexuales (1,1%) ($P = .001$). A pesar de ello, el 12,6% de las mujeres que han tenido relaciones sexuales con mujeres presenta antecedentes de atipia cervical. Además, un mayor porcentaje de mujeres lesbianas (15,4%) nunca se ha realizado el examen de Papanicolaou, en comparación con las mujeres heterosexuales (8,6%) ($P < .028$) (Moegelin et al, 2010). También, otro estudio de tipo transversal realizado en Chicago en el año 2023, indica que la población LGBT tiene menos probabilidad de tomarse el examen Papanicolaou (71,14%), en comparación a mujeres heterosexuales (76,95%) (OR, 0.90; IC: 95% 0.82 - 1.00), siendo un factor importante para reducir esta brecha el acceso a establecimientos de atención primaria en salud (Baumann et al, 2024). Por otro lado, un estudio realizado el año 2011 en Estados Unidos, indica que las mujeres bisexuales tuvieron un 30% menos de probabilidades de tomarse el Papanicolaou en comparación a las mujeres heterosexuales. Además, el mismo estudio reportó que las mujeres lesbianas tienen menos probabilidades de tomarse el PAP a lo largo de su vida (OR: 0,13; $P \leq .0001$) (Charlton et al, 2011). Otro estudio de tipo transversal realizado en Estados Unidos en el año 2022, demuestra que las mujeres pertenecientes a las minorías sexuales tuvieron menos probabilidad de someterse a la prueba de Papanicolaou (OR: 0,54; IC: 95% 0,42 - 0,70) en comparación a las mujeres heterosexuales (Stenzel et al, 2022).

Respecto a los factores asociados a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres lesbianas/bisexuales en la tabla 3 se observa que el modelo 3 es el que mejor ajusta. En relación a los factores sociodemográficos, se puede observar que las mujeres que se encuentran en los grupos de edad entre 25 y 64 años tienen mayor probabilidad de tomarse el Papanicolaou, en comparación a las mujeres lesbianas/bisexuales entre 18 y 24 años (25-34 años OR:3.703, IC: 95% 2.567–5.341; 35-49 años OR: 3.755, IC:95% 2.439–5.783; 50-64 años OR:2.388, IC:95% 1.262–4.519). En otro estudio realizado en Chicago el año 2024, se encontró que la mayoría de las mujeres lesbianas que se tomaron el PAP se encuentran entre las edades 30 y 44 años (49,88%) ($P < .001$) (Baumann et al, 2024). En Chile, la tercera causa de muerte en la población femenina entre 20 y 44 años es el Cáncer de Cuello uterino (Ferlay et al, 2024), por lo cual se creó un tamizaje universal que permite la detección de este cáncer mediante la toma del PAP. Este programa se realiza a través del sistema público cada 3 años a las mujeres entre 25 a 64 años, y es de carácter gratuito, lo que explica que mujeres entre este rango de edad se tomen el Papanicolaou en mayor proporción que las mayores de 64 años (MINSAL, 2015). En los resultados obtenidos en la tabla 3, no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a la toma de Papanicolaou de mujeres lesbianas/bisexuales Chilenas y extranjeras (OR: 1.047, IC: 95% 0.656 - 1.669), lo que no concuerda con otras experiencias reportadas en el mundo. En Estados Unidos, en el cual existe una diferencia significativa entre las mujeres lesbianas que se tomaron el Papanicolaou nacidas en este país (OR: 0.62; IC: 95%, 0.49 0.91) y las mujeres lesbianas no nacidas en Estados Unidos (OR: 0.26; IC: 95%, 0.15 - 0.43) (Stenzel et al, 2022). En la sección de estado civil, se obtuvo como resultado que las mujeres lesbianas/bisexuales solteras, tienen menos probabilidad de tomarse el Papanicolaou, en comparación a las mujeres lesbianas/bisexuales casadas (OR: 0.297; IC 95% 0.146–0.640; $P < 0,01$), lo que se contradice con los resultados encontrados en una investigación realizada en Carolina del Norte el año 2024, en el que se encontró que las mujeres lesbianas casadas tienen menor probabilidad de tomarse el PAP (10,1%), en comparación a las mujeres lesbianas solteras (75,4%) ($P < .001$) (Spencer et al, 2024). Por otro lado, en la

sección de empleo, se encontró que las mujeres lesbianas/bisexuales que se encuentran ocupadas (trabajo), tienen mayor odds de realizarse el Papanicolaou en comparación a las inactivas (OR: 0.655, IC 95% 0.450–0.952, $P < 0.05$), resultado similar al encontrado en un estudio realizado el año 2022 en Estados Unidos, en el que las mujeres lesbianas blancas desempleadas se tomaron el PAP en un 28,9%, mientras que las ocupadas se tomaron este examen en un 71,1% ($P < .0001$) (Stenzel et al, 2022).

Respecto a los factores económicos del modelo 3 de la tabla 3, realizada mediante regresión logística usando el examen Papanicolaou como variable dependiente, en la sección ingreso familiar, se obtuvo que este no es un factor relevante a la hora de realizarse el Papanicolaou, lo que no concuerda con un estudio realizado mediante revisión sistemática con investigaciones desarrolladas en el año 2020, que demuestra que mujeres lesbianas de bajos ingresos se toman menos el examen del Papanicolaou en comparación a las de mayores ingresos (McDonald et al, 2022). En la sección aseguradora de salud, se obtuvo que las mujeres lesbianas/bisexuales afiliadas a ISAPRE tienen más probabilidades de realizarse el examen (OR: 1.589, IC 95% 1.065–2.368, $P < 0.05$) en comparación con aquellas afiliadas a FONASA, y que no tener seguro médico no es un factor. Estudios similares muestran que no tener seguro médico si es un factor importante; una encuesta realizada en Carolina del Norte obtuvo como resultado que las mujeres pertenecientes a la comunidad LGBT y las heterosexuales perciben como la mayor barrera para tomarse el Papanicolaou, la falta de seguro médico (Spencer et al, 2024). En Chile, esto se debe a que desde 2005, el cáncer cervicouterino (CC) está incluido en las Garantías Explícitas en Salud (Ministerio de Salud, 2015), por lo cual no existe una relación significativa entre el ingreso familiar y la toma de Papanicolaou, ya que las mujeres lesbianas/bisexuales de bajos ingresos pueden acceder de manera gratuita a la toma de este examen, independientemente de su previsión, por lo tanto, observamos que la realización del Papanicolaou no representa un

obstáculo económico en Chile (Urrutia et al , 2016). El GES, tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad, mejorando la sobrevivencia y la calidad de vida de las mujeres con cáncer. Asimismo, ayuda a proporcionar una base científica sólida y actualizada a los equipos de salud respecto a la prevención, diagnóstico precoz y tratamientos. Esta política pública aborda el sistema público y privado, es un tamizaje universal gratuito desde los 25 a los 64 años (MINSAL, 2015; MINSAL 2016).

Respecto al factor “tratamiento médico”, se encontró que las mujeres que no estaban en tratamiento médico por alguna enfermedad presentaron menos odds de realizarse el Papanicolaou (OR: 0.673, IC 95% 0.498–0.910, $P < 0.05$), en comparación con las mujeres lesbianas/bisexuales que si estaban en tratamiento médico. Al compararlo con estudios internacionales, se obtuvieron resultados similares. En un estudio de tipo transversal realizado el 2013 en Estados Unidos, se obtuvo que aquellas mujeres lesbianas que no se tomaron el Papanicolaou, fundamentaron en un 17,3% que la razón fue el no tener un médico que las derivara (Tracy et al, 2013).

En los resultados obtenidos en la tabla 4, se observa que dentro de los principales motivos por los que las mujeres no se tomaron el examen Papanicolaou, se encuentra la sensación de miedo o angustia, lo cual es referido por un 7,3% de las mujeres heterosexuales y un 8,9% de las mujeres lesbianas/bisexuales. Un resultado similar se encontró en un estudio de tipo transversal realizado el año 2018 en Brasil, en el cual se obtuvo que el 8% de las mujeres lesbianas no acudía periódicamente al ginecólogo y el 19% no acudía nunca, las principales razones por las que las mujeres lesbianas no se tomaron el Papanicolaou, fue por el temor a sentirse maltratadas por parte del personal de salud (9,9%; IC: 95% 5.6–14.3), mientras que el 19,9% no se realizó el examen por miedo a que le pueda doler el procedimiento (19,9%; IC: 95% 14.0–25.8) (Vaitses et al, 2023). En Chile se realizó un estudio descriptivo, transversal y cualitativo en el año 2008, el cual demostró y reiteró que el miedo

es una de las causas más mencionadas por las mujeres, ya que las encuestadas refirieron temor al hablar de los motivos para no realizar el Papanicolaou como para evitar buscar los resultados, algunos de los comentarios destacados fueron: “... miedo al dolor; Creen que les van a sacar un pedacito del útero hacia afuera”, sí “...porque piensan que se van a encontrar con alguna enfermedad y prefieren no saberlo” (Urrutia et al , 2008). Por otro lado, un 17,9% de las mujeres lesbianas/bisexuales creen que no necesitan tomarse el Papanicolaou, lo que se puede comparar con un estudio cualitativo realizado en Australia el año 2014, en donde se obtuvo como resultado que la falta de conocimiento sobre cómo se transmite el VPH es un factor importante por el que las mujeres lesbianas no se toman el Papanicolaou (Curmis et al, 2014). Asimismo, en Estados Unidos se utilizaron datos de 2011-2013 y 2013-2015 de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar, la que dispone una muestra probabilística representativa a nivel nacional de mujeres estadounidenses, demostrando que mujeres que únicamente habían tenido parejas sexuales femeninas a lo largo de su vida presentaban una menor probabilidad ajustada de realizar pruebas de detección de ITS (OR:0,14; IC: 0,07-0,28) y de realizarse el examen Papanicolaou. (OR: 0,10; IC: 0,03-0,27) en comparación con las mujeres que solo habían tenido parejas sexuales masculinas a lo largo de su vida (Agénor et al., 2017), logrando observar otro motivo por los cuales las mujeres no se realizaban el examen preventivo.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se puede mencionar que el diseño de estudio de tipo transversal permite solo asociación entre las variables y no permite analizar causalidad. Sumado a esto, la respuesta a las preguntas fue autorreportadas, por lo que puede haber un sesgo de recuerdo que puede afectar su validez. Por otro lado, al ser un estudio realizado con una base de datos secundaria, no se pudo evaluar otros factores que pudieran haber afectado a la tasa de utilización del Papanicolaou, por ejemplo, el factor pandemia.

Pese a las limitaciones expuestas, es necesario investigar más respecto a los factores relacionados a la toma de Papanicolaou en mujeres lesbianas y bisexuales, ya que existe muy poca información en América Latina sobre este tema. Es por esto, que los resultados obtenidos en esta investigación son una base importante para analizar y generar políticas públicas dirigidas a disminuir la brecha en la toma del examen Papanicolaou entre mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas/bisexuales.

En vista de los resultados obtenidos en esta investigación, se proponen que futuras estudios profundicen en el entendimiento de las causas subyacentes por las cuales las mujeres de minorías sexuales presentan una tasa de realización del Papanicolaou más baja. Específicamente, se recomienda realizar más estudios cualitativos que investiguen los obstáculos y barreras que estas mujeres encuentran para acceder a servicios de salud preventiva, además de las percepciones y convicciones que puedan afectar su elección de llevar a cabo el examen. Además, sería beneficioso incluir el factor de la pandemia en futuras estudios, dado que las circunstancias presentes podrían haber agudizado las disparidades en el acceso a servicios de salud y la ejecución de exámenes preventivos. Esto podría abarcar investigaciones que evalúen el impacto de la pandemia en la tasa de realización del Papanicolaou en mujeres de minorías sexuales y cómo las políticas públicas pueden abordar este problema. También se recomienda llevar a cabo investigaciones prospectivas que permitan determinar causalidad entre las variables estudiadas y la tasa de realización del Papanicolaou. Esto podría incluir diseños de estudio como cohortes o ensayos clínicos que midan la eficacia de intervenciones específicas del examen en mujeres pertenecientes a minorías sexuales

Finalmente, se recomienda que las políticas públicas y los programas de salud pública incluyan estrategias específicas para abordar las desigualdades en el acceso a servicios preventivos de salud para mujeres pertenecientes a minorías sexuales. Esto podría incluir la implementación de programas educativos y de

conciencia sobre la importancia del Papanicolaou, la capacitación de proveedores de salud para atender las necesidades específicas de esta población, y la implementación de políticas que garanticen el acceso equitativo a servicios de salud para todas las mujeres, independiente de su orientación sexual o identidad de género.

8. CONCLUSIÓN

El cáncer cervicouterino es la tercera causa de muerte por cáncer en Chile, siendo el tamizaje mediante la toma del Papanicolaou y la detección del virus del Papiloma Humano (VPH) medidas que han logrado disminuir significativamente su mortalidad. Pese a las políticas públicas existentes en Chile que garantizan la toma gratuita del Papanicolaou a todas las mujeres entre 25 y 64 años, aún existe una brecha en cuanto a conocimiento y acceso.

Nuestro estudio mostró que existe una diferencia significativa entre la realización del examen Papanicolau en mujeres lesbianas/bisexuales (46,6%) y mujeres heterosexuales (60,4%) ($P < .001$). Además, las mujeres lesbianas/bisexuales tenían un 43% menos de probabilidades de realizarse el examen Papanicolaou en comparación con las mujeres heterosexuales (OR: 0.573, IC 95% 0.497-0.662). Los factores relacionados con una menor realización del examen de Papanicolaou entre mujeres lesbianas y bisexuales principalmente son el estado civil, ya que, las mujeres lesbianas/bisexuales solteras tienen menos probabilidades de realizarse el examen de Papanicolaou (OR: 0.297, IC 95% 0.146–0.640, $P < 0,01$) en comparación con las mujeres casadas; Asimismo, podemos observar que existe una diferencia significativa respecto al grupo etario con la toma de PAP, dado que las mujeres lesbianas/bisexuales de entre 25 y 64 años presentan mayores probabilidades de realizarse el examen de Papanicolaou en comparación con aquellas de 18 a 24 años (25-34 años OR: 3.703, IC 95% 2.567–5.341; 35-49 años OR: 3.755, IC 95% 2.439–5.783; 50-64 años OR: 2.388, IC 95% 1.262–4.519); en términos de salud, las mujeres lesbianas/bisexuales afiliadas a ISAPRE tienen una mayor probabilidad de realizarse el examen (OR: 1.589, IC 95% 1.065–2.368, $P < 0.05$), a diferencia de aquellas afiliadas a FONASA; de igual forma las mujeres lesbianas/bisexuales que estaban en tratamiento médico por alguna enfermedad también presentaron mayores probabilidades de realizarse el Papanicolaou (OR: 0.673, IC 95% 0.498–0.910, $P < 0.05$) en comparación con las que no estaban en tratamiento médico.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Agénor, M., Muzny, C. A., Schick, V., Austin, E. L., & Potter, J. (2017). Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States. *Preventive medicine*, 95, 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.023>
- Arnold, E., & Dhingra, N. (2020). Health Care Inequities of Sexual and Gender Minority Patients. *Dermatologic Clinics*, 38(2), 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.det.2019.10.002>
- Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N., & Edwards, L. V. (2017). Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 44(1), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>
- Baumann, K., Matzke, H., Peterson, C. E., Geller, S., Flores, R., Prachand, N. G., & Holt, H. K. (2024). Sexual Orientation and Cervical Cancer Screening Among Cisgender Women. *JAMA network open*, 7(5), e248886. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.8886>
- Charlton, B. M., Corliss, H. L., Missmer, S. A., Frazier, A. L., Rosario, M., Kahn, J. A., & Austin, S. B. (2011). Reproductive health screening disparities and sexual orientation in a cohort study of U.S. adolescent and young adult females. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(5), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.03.013>
- Curmi, C., Peters, K., & Salamonson, Y. (2014). Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC women's health*, 14, 153. <https://doi.org/10.1186/s12905-014-0153-2>

- Douglas, C., Deacon, R., & Mooney-Somers, J. (2015). Pap smear rates among Australian community-attached lesbian and bisexual women: some good news but disparities persist. *Sexual health*, 12(3), 249–256. <https://doi.org/10.1071/SH14210>
- Drescher, J, Cohen-Kettenis, P, & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6) pp568-577 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23244612/>
- Elit, L., Krzyzanowska, M., Saskin, R., Barbera, L., Razzaq, A., Lofters, A., Yeritsyan, N., & Bierman, A. (2012). Sociodemographic factors associated with cervical cancer screening and follow-up of abnormal results. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(1), e22–e31 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22267636/>
- Estay G., Fernanda, Valenzuela V., Amanda, & Cartes V., Ricardo. (2020). Health-care on LGBT+ people: Perspectives from the local community from Concepción. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(4), 351-357. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>
- Eun, T. J., & Perkins, R. B. (2020). Screening for Cervical Cancer. *The Medical clinics of North America*, 104(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.006>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/152-chile-fact-sheet.pdf>
- Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud. (2016, diciembre). *Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud*. <https://doi.org/978-956-368-221-2>

- Graham, S. V. (2017). The human papillomavirus replication cycle, and its links to cancer progression: a comprehensive review. *Clinical Science (London, England: 1979)*, 131(17), 2201–2221. <https://doi.org/10.1042/cs20160786>
- Grassi, M. (2017). Evolución del concepto de género: Identidad de género y la orientación sexual. *Departamento de estudios, extensión y publicaciones BCN*, 1-7. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/24511/1/BCD_Evolucion_del_concepto_de_genero_identidad_sexual_FINAL.pdf
- Greene, M. Z., Meghani, S. H., Sommers, M. S., & Hughes, T. L. (2018). Health Care-Related Correlates of Cervical Cancer Screening among Sexual Minority Women: An Integrative Review. *Journal of midwifery & women's health*, 10.1111/jmwh.12872. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12872>
- Grigore, M., Popovici, R., Pristavu, A., Grigore, A. M., Matei, M., & Gafitanu, D. (2017). Perception and use of Pap smear screening among rural and urban women in Romania. *European journal of public health*, 27(6), 1084–1088. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx112>
- Instituto Nacional del Cáncer. (22 de mayo de 2024). *Detección del cáncer de cuello uterino*. Recuperado el 20 de agosto de 2024 de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/deteccion>
- Martos, A. J., Wilson, P. A., & Meyer, I. H. (2017). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health services in the United States: Origins, evolution, and contemporary landscape. *PloS one*, 12(7), e0180544. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180544>
- McDonald, K. M., Delgado, A., & Roeckner, J. T. (2022). Papanicolaou Test Rates Among Sexual Minority Women: A Systematic Review and

- Meta-Analysis. *LGBT health*, 9(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0423>
- Mejía, A., & Benavides, L. F. (2008). *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.* Gov.co.
https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_lgbt_2008.pdf
 - Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016). *Guía clínica para la prevención y manejo del cáncer cervicouterino.*
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-CaCU-Final.PLdocx.pdf
 - Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Síntesis de Resultados Casen 2022: Pobreza Multidimensional.* Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Cuestionario%20Casen%202022.pdf>
 - Ministerio de salud [MINSAL]. (2015). Guías clínicas AUGE, Cáncer cervico uterino. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf>.
 - Moegelin, L., Nilsson, B., & Helström, L. (2010). Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(2), 205–209.
<https://doi.org/10.3109/00016340903490263>
 - Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., Wells, M., Fetterman, D. M., Garcia, G., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*, 306(9), 971–977.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
 - Ortega Quezada, I. R., Pujol-Cols, L., & Lazzaro-Salazar, M. (2022). Salud general y discriminación percibida y temida en la comunidad LGBTQ+. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31, e20220130.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/fRYzGDJqw3T3njQTRw8q7XR/?lang=en>

- *Pride month 2023: 9% of adults identify as LGBT+*. (2023). IPSOS. <https://www.ipsos.com/en/pride-month-2023-9-of-adults-identify-as-lgbt>
- Schulman, J. K., & Erickson-Schroth, L. (2019). Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women. *Medical Clinics Of North America/The Medical Clinics Of North America*, 103(4), 723-733. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.005>
- Smith, E. R., George, S. H., Kobetz, E., & Xu, X.-X. (2018). New biological research and understanding of Papanicolaou's test. *Diagnostic Cytopathology*, 46(6), 507–515. <https://doi.org/10.1002/dc.23941>
- Solazzo, A. L., Agénor, M., Austin, S. B., Chavarro, J. E., & Charlton, B. M. (2020). Sexual Orientation Differences in Cervical Cancer Prevention among a Cohort of U.S. Women. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 30(4), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.02.002>
- Spencer, J. C., Charlton, B. M., Pretsch, P. K., Schnarrs, P. W., Spees, L. P., Hudgens, M. G., Barclay, L., Wheeler, S. B., Brewer, N. T., & Smith, J. S. (2024). Barriers to Cervical Cancer Screening by Sexual Orientation Among Low-Income Women in North Carolina. *Archives of sexual behavior*, 53(5), 1645–1652. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02844-2>
- Stenzel, A. E., Bustamante, G., Sarkin, C. A., Harripersaud, K., Jewett, P., Teoh, D., & Vogel, R. I. (2022). The intersection of sexual orientation with race and ethnicity in cervical cancer screening. *Cancer*, 128(14), 2753–2759. <https://doi.org/10.1002/cncr.34213>
- Superintendencia de Salud. (2006). *Examen de medicina preventivo para más de dos millones de personas*. <https://www.superdesalud.gob.cl/noticias/2006/04/examen-de-medicina-preventivo-para-mas-de-dos-millones-de-personas/>
- Tracy, J. K., Schluterman, N. H., & Greenberg, D. R. (2013). Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national

survey. *BMC public health*, 13, 442. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-442>

- Urrutia, María Teresa, & Gajardo, Macarena. (2016). Población objetivo del tamizaje de cáncer cervicouterino en el sistema público de atención chileno y su relación con la cobertura de PAP: Implicancias en políticas de salud y asignación de recursos públicos. *Revista médica de Chile*, 144(12), 1553-1560. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200006>
- Urrutia, M. Teresa, Concha, Ximena, Riquelme, Giselle, & Padilla, Oslando. (2012). Knowledge and preventive behaviors related to cervical cancer and human papiloma virus in a group of Chilean adolescents. *Revista chilena de infectología*, 29(6), 600-606. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000700003>
- Urrutia S, María Teresa, Poupin B, Lauren, Concha P, Ximena, Viñales A, Daisy, Iglesias N, Cecilia, & Reyes I, Viviana. (2008). ¿POR QUÉ LAS MUJERES NO SE TOMAN EL PAPANICOLAU?: BARRERAS PERCIBIDAS POR UN GRUPO DE MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICOUTERINO AUGE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(2), 98-103. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000200005&script=sci_arttext&tlng=en
- Waitses Fontanari, A. M., Bauer, G. R., Churchill, S. M., & Brandelli Costa, A. (2023). Gynecological Care Among Brazilian Women Who Have Sex with Women: A Respondent-Driven Sampling Study. *LGBT health*, 10(4), 287–295. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0384>
- Waryold, J. M., & Kornahrens, A. (2020). Decreasing Barriers to Sexual Health in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Community. *The Nursing clinics of North America*, 55(3), 393–402. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.003>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and

Gender Nonconforming People (Seventh ed.). *Minneapolis: WPATH.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36238954/>

- Zeeman L, Sherriff N, Browne K, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health* 2019;29(5):974–80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30380045/>
- Zink, D., Fischer, A. H., & Nickerson, J. A. (2004). Nuclear structure in cancer cells. *Nature Reviews.Cancer*, 4(9), 677-87. <https://doi.org/10.1038/nrc1430>

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

1. Identificación del autor.

Nombre (s): Constanza Antonia Bravo Pavez
Dirección: Quempo 3821, Puente Alto
Teléfono: 974083335 Email: conni.bravop@gmail.com

Nombre (s): Andrea Natalia González Capello
Dirección: Malvilla 4635, Puente Alto
Teléfono: 953170745 Email: andreag.capello@gmail.com

Nombre (s): María Ignacia Lobos González
Dirección: Av. Américo Vespucio 672, dpto 1103, Maipú
Teléfono: 957324657 Email: mariaignacialobos17@gmail.com

Nombre (s): Macarena Ruiz Latafat
Dirección: Onofre Jarpa 9778, casa F, La Reina
Teléfono: 969198365 Email: macaruiz27@gmail.com

Nombre (s): Francisca Andrea Olivares Herrera
Dirección: El Líbano Oriente 16819, Maipú
Teléfono: 932008872 Email: francisca.olivares.herrera@gmail.com

2. Identificación del Trabajo de Titulación.

Título: Factores asociados a la toma de Papanicolaou en personas lesbianas y bisexuales. Un estudio transversal de la encuesta CASEN Chile 2022
Facultad: Ciencias para el cuidado de la salud
Carrera: Obstetricia
Título o grado al que opta: Licenciado en Obstetricia
Profesor guía: Dr. © Sergio Jara Rosales

Fecha de entrega: 22 Noviembre 2024

3. A través del presente formulario se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Autorizo su publicación (marcar con una X según corresponda).	
<input checked="" type="checkbox"/>	Inmediata.
<input type="checkbox"/>	Desde esta fecha: _____ (mes/año).
<input type="checkbox"/>	NO autorizo su publicación completa, solo resumen y metadatos.

Nombre, firma y Rut autor (es).		
Constanza Antonia Bravo Pavez 20.819.738-K 	Andrea Natalia González Capello 20.655.076-7 	María Ignacia Lobos González 20.470.029-K 
Macarena Ruiz Latapiat 20.429.895-5 	Francisca Andrea Olivares Herrera 20.652.935-0 	

