

Cecilia Lizeth Ibarra-Campos^{1a}, Alma Benita Lazcano-Castellanos^{2b}, Laura Patricia Limón-Toledo^{3c}, Ricardo Gutiérrez-Jauregui^{3d}, Diana Laura Franco-Curiel^{1e}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia "Ing. Ignacio García Tellez", Residencia Médica Especialidad Ginecología y Obstetricia. Guadalajara, Jalisco, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia "Ing. Ignacio García Tellez", Dirección de Educación e Investigación en Salud. Guadalajara, Jalisco, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia "Ing. Ignacio García Tellez", Servicio de Ginecología Oncológica. Guadalajara, Jalisco, México

Comité de Ética para la Investigación en Salud 13108 y Comité Local de Investigación en Salud 1310: R-2023-1310-040

Doi: 10.5281/zenodo.23165578

Resumen

ORCID

0009-0002-3529-155X^a

0009-0007-2705-1894^b

0000-0001-5852-2416^c

0009-0001-4224-7998^d

0009-0001-0775-4273^e

Palabras clave (DeCS):

Barreras de Acceso a los
Servicios de Salud
Detección Precoz del Cáncer
Neoplasias del Cuello Uterino
Prueba de Papanicolaou
Virus del Papiloma Humano

Keywords (DeCS):

Barriers to Access of Health Services
Early Detection of Cancer
Uterine Cervical Neoplasms
Papanicolaou Test
Human Papillomavirus Viruses

Correspondencia:

Alma Benita Lazcano Castellanos

Correo electrónico:

alma.lazcas@gmail.com,
alma.lazcano@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

22/02/2026

Fecha de aceptación:

07/07/2026

Introducción: las barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino constituyen un fenómeno multidimensional, donde interactúan factores relacionados con el conocimiento, las creencias culturales y el acceso a los servicios de salud,

Objetivo: describir las barreras de conocimiento, culturales y de acceso para la detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en un hospital de tercer nivel del occidente de México.

Metodología: estudio transversal descriptivo en un hospital de gineco-obstetricia. Mediante muestreo no probabilístico consecutivo se incluyó a 384 mujeres. Se aplicó un cuestionario *Barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México (BACACE)* estructurado con las dimensiones de conocimiento, barreras culturales y de acceso ($\alpha = 0.71$). Análisis de datos con estadística descriptiva.

Resultados: la mayoría de las participantes presentó conocimiento general sobre cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano (94.3%). Las principales barreras culturales fueron el miedo (36.2%) y la preocupación ante un resultado anormal (53.1%), respecto al acceso, la incompatibilidad de los horarios de atención (33.3%) fue el obstáculo organizacional más relevante.

Conclusión: en las mujeres de 25 a 64 años que son atendidas en un hospital de tercer nivel para la detección oportuna del cáncer cervicouterino las principales barreras son de conocimiento, barreras culturales y barreras de acceso.

Abstract

Introduction: Barriers to the timely detection of cervical cancer constitute a multidimensional phenomenon involving the interaction of factors related to knowledge, cultural beliefs, and access to health services.

Objective: To describe knowledge-related, cultural, and access barriers regarding the timely detection of cervical cancer among women aged 25 to 64 at a tertiary-care hospital in western Mexico.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted at a gynecology and obstetrics hospital. A total of 384 women were included using consecutive non-probability sampling. The "Barriers to Access for Cervical Cancer Screening Tests in Mexico" (BACACE) questionnaire was administered; it is structured around the dimensions of knowledge, cultural barriers, and access barriers ($\alpha = 0.71$). Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Many participants possessed general knowledge regarding cervical cancer and the human papillomavirus (94.3%). The primary cultural barriers were fear (36.2%) and worry about an abnormal result (53.1%); regarding access, incompatible service hours (33.3%) were the most significant organizational obstacle.

Conclusion: Among women aged 25 to 64 receiving care at a tertiary-care hospital for the timely detection of cervical cancer, the main barriers identified relate to knowledge, culture, and access.

Introducción

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema prioritario de salud pública a nivel mundial. En 2022, se estimaron más de 600,000 nuevos casos y aproximadamente 340,000 muertes, concentrándose más del 85% en países de ingresos bajos y medianos, donde persisten brechas en el acceso a vacunación, tamizaje y tratamiento oportuno.¹ La infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) constituye el principal factor etiológico, especialmente los genotipos oncogénicos 16 y 18.²

En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Estrategia Global para eliminar el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, con el objetivo de reducir la incidencia a menos de 4 casos por 100,000 mujeres-año.^{2,3} La meta 90-70-90 exige que el 90% de las niñas sean vacunadas contra el VPH antes de los 15 años, el 70% de mujeres tamizadas a los 35 y 45 años con pruebas de alto desempeño, y el 90% de mujeres con lesiones o cáncer cervicouterino tratadas oportunamente. Modelos predictivos han demostrado que alcanzar estas metas podría evitar millones de casos y muertes durante el presente siglo.^{4,5,6}

En México, aunque se han implementado programas de vacunación y detección oportuna, la cobertura de tamizaje continúa siendo heterogénea entre regiones e instituciones. Incluso donde el servicio existe, persisten fallas en la organización, el seguimiento y el registro, por lo que no se alcanzan los niveles óptimos recomendados.^{7,8,9} La evidencia sugiere que la participación en programas de detección no depende únicamente de la disponibilidad del servicio, sino también de factores individuales, culturales y estructurales.^{10,11}

Diversos estudios han documentado que el desconocimiento sobre el VPH y el cáncer cervicouterino, el miedo al resultado, la vergüenza durante el procedimiento y las dificultades organizativas del sistema de salud influyen negativamente en la adherencia al tamizaje.^{12,13,14} Asimismo, investigaciones recientes en América Latina destacan que las barreras emocionales y las limitaciones en la organización de los servicios constituyen obstáculos persistentes, incluso en contextos urbanos con infraestructura disponible.^{15,16}

La evidencia disponible indica que las barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino constituyen un fenómeno multidimensional, donde interactúan factores relacionados con el conocimiento, las creencias culturales y el acceso a los servicios de salud, todos rele-

vantes para la participación de las mujeres elegibles en los programas de tamizaje para cáncer cervicouterino. La identificación de estas dimensiones permite comprender los factores que condicionan la participación de las mujeres en los programas de tamizaje. En conjunto, la literatura muestra que la detección oportuna no falla por una sola causa, sino por la interacción entre baja alfabetización en salud, normas de género y limitaciones organizacionales.^{17,18}

Aunque diversos estudios han descrito las barreras relacionadas con la detección del cáncer cervicouterino en distintos contextos, existe limitada evidencia sobre la interacción de estas dimensiones en mujeres atendidas en hospitales de tercer nivel en México. La identificación de estas barreras permitirá generar evidencia para orientar intervenciones dirigidas a mejorar la cobertura y adherencia al tamizaje en este nivel de atención.

Comprender estas dimensiones resulta fundamental para fortalecer las estrategias preventivas y avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales. Por ello, el presente estudio tuvo como propósito describir las barreras de conocimiento, culturales y de acceso para la detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en un hospital de tercer nivel del occidente de México.

Metodología

Se realizó un estudio transversal y descriptivo durante el periodo de enero a octubre de 2024 en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO). La población de estudio estuvo constituida por mujeres entre 25 y 64 años que recibieron atención médica en dicha unidad.

Se incluyeron a mujeres que cumplieron con el rango de edad establecido y que, tras recibir información sobre los objetivos y alcances del estudio, aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado. Se excluyeron mujeres con diagnóstico previo de malignidad ginecológica, antecedente de histerectomía total, limitaciones psicomotoras, o que no hablaran o escribieran el idioma español. Se excluyeron cuestionarios con ítems incompletos.

El tamaño de muestra se determinó mediante la fórmula para la estimación de proporciones en poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z\alpha = 1.96$), una proporción esperada de 50% ($p = 0.50$),

su complemento ($q = 0.50$) y una precisión del 5% ($\delta = 0.05$), obteniéndose un tamaño mínimo de muestra de 384 participantes. Este valor se adoptó como el número final de mujeres a incluir en el estudio. El estudio utilizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, lo cual se justifica en función de las características de la población atendida. Este enfoque permitió incluir a todas las mujeres que cumplieran con los criterios de elegibilidad durante el periodo de recolección, garantizando un número suficiente de participantes para alcanzar el tamaño de muestra calculado.

La variable principal de estudio fue *barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino*, definida conceptualmente como el conjunto de factores relacionados con el conocimiento, las creencias culturales y el acceso a los servicios de salud que limitan o dificultan la participación de las mujeres en los programas de tamizaje para cáncer cervicouterino.

Asimismo, se registraron variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos con fines de caracterizar la población.

Instrumentos de medición

La variable se evaluó mediante el cuestionario *Barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México (BACACE)*,¹⁹ previamente desarrollado y validado en población mexicana para evaluar barreras relacionadas con la realización de pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino, con una consistencia interna global aceptable ($\alpha = 0.710$).

Dicho instrumento está integrado por 25 reactivos distribuidos en tres dimensiones: I) Conocimiento, II) Barreras culturales y III) Barreras de acceso. Con respuestas en escala tipo Likert en cinco opciones: Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Indeciso (3), En desacuerdo (2) y Totalmente en desacuerdo (1). La puntuación obtenida en cada dimensión se clasificó conforme a los puntos de corte establecidos durante la validación del instrumento para determinar la presencia, posible presencia o ausencia de cada una de las barreras (cuadro I).

La fuente de información fue primaria y se obtuvo mediante entrevista directa realizada por los investigadores. La aplicación del cuestionario se realizó en un tiempo aproximado de 15 minutos y consta de dos partes. En la primera parte se recabaron datos generales, antecedentes gineco-obstétricos y antecedentes personales no patológicos asociados al riesgo de infección por VPH y/o cáncer

Cuadro I Dimensiones y puntos de corte del instrumento BACACE

Dimensiones	Ítems	Puntos de corte
I. Conocimiento	1 a 9	Existe barrera (0 a 27 puntos) Puede existir barrera (28 a 36 puntos) No existe barrera (≥ 37 puntos)
II. Barreras culturales	10 a 20	Existe barrera (≥ 45 puntos) Puede existir barrera (34 a 44 puntos) No existe barrera (0 a 33 puntos)
III. Barreras de acceso	21 a 25	Existe barrera (≥ 21 puntos) Puede existir barrera (16 a 20 puntos) No existe barrera (≤ 15 puntos)

cervicouterino, y en la segunda, se aplicó el cuestionario *Barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México (BACACE)*.

El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS versión 25 y Microsoft Excel versión 16. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), y las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, para facilitar la interpretación de los datos se presentaron en cuadros y figuras.

El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud 13108 y por el comité local de investigación en salud CLIES 1310 de la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia CMNO. El desarrollo de este protocolo respetó en todo momento los aspectos éticos que garantizan la identidad, dignidad, bienestar y privacidad de las mujeres participantes, quienes otorgaron su consentimiento informado por escrito al garantizar la confidencialidad de su información, el anonimato y el respeto a los principios éticos establecidos en la normatividad vigente.

Resultados

Se incluyó una muestra de 384 mujeres, que corresponde a una tasa de participación del 92% (384/417). La edad promedio fue de 31.8 ± 6.4 años. Predominaron las mujeres casadas (49.2%; IC95%: 44.25-54.20), con escolaridad de nivel superior (41.9%; IC95%: 37.0 – 46.9), residentes de la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara (77.1%; IC95%: 72.62-81.01). El 97.4% reportó menos de seis embarazos (cuadro II).

El 79.2% de las mujeres participantes inició vida sexual antes de los 20 años y el 61.7% refirió haber tenido entre dos y cinco parejas sexuales. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el preservativo (18%) y anticonceptivos hormonales orales (16.9%), mientras que

Cuadro II Características generales de la población estudiada (n = 384)

Variable	Frecuencia	%	IC 95%
Estado civil			
Casada	189	49.2	44.25 – 54.20
Unión libre	132	34.4	29.80 – 39.26
Soltera	58	15.1	11.87 – 19.03
Otro	5	1.3	0.56 – 2.99
Escolaridad			
Escolaridad básica	113	29.5	24.9 – 34.0
Media superior	110	28.6	24.1 – 33.2
Superior	161	41.9	37.0 – 46.9
Lugar de residencia			
Zona Metropolitana de Guadalajara	296	77.1	72.62 – 81.01
Zona foránea	88	22.9	18.99 – 27.38

Fuente: elaboración propia

el 16.1% no utilizó ningún método. No se aplicó la vacuna contra el VPH al 75.8%. Respecto al tamizaje, el 84.6% se había realizado al menos una citología cervical, el 68.6% reportó realizarse el tamizaje con una periodicidad de hasta dos años y el 15.4% indicó no haberse realizado nunca una citología cervicovaginal (cuadro III).

En la figura 1 se muestran las tres dimensiones del cuestionario BACACE: el conocimiento, las barreras culturales y las barreras de acceso para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en la población estudiada.

Con base en los puntos de corte, en la dimensión de barreras de acceso, el 93.8% de las participantes refirió no tener barreras y el 90.6% en barreras culturales. En cuanto a la dimensión de conocimiento, el 65.4% se clasificó sin barreras, el 33.1% presentó posibles barreras y el 1.6% indicó que sí existían barreras. La mayoría de las participantes estuvo de acuerdo en los reactivos relacionados con la periodicidad del Papanicolaou (95.3%) y con el reactivo correspondiente al significado del VPH (94.3%); asimismo, el 84.4% refirió estar de acuerdo con los sitios de aparición del VPH, generalmente en genitales y boca; mientras que el 65.4% reconoció al hombre como portador del virus. Los mayores porcentajes de respuestas indecisas fueron en los reactivos relacionados con el carácter asintomático de la infección por VPH (36.5%) y el riesgo asociado al uso prolongado de anticonceptivos hormonales (47.9%) (cuadro IV).

En la dimensión cultural, el 36.2% expresó miedo al resultado del Papanicolaou y el 53.1% manifestó preocupación ante un resultado anormal. Asimismo, el 29.7%

indicó sentir pena y el 25.3% refirió incomodidad cuando el procedimiento era realizado por personal del sexo masculino. Cabe señalar, que la percepción de dolor estuvo presente en el 19% de las participantes (cuadro V).

En lo que respecta a las barreras de acceso, el 33.3% estuvo de acuerdo en que los horarios del centro no coincidían con su tiempo disponible, y más del 80% no percibió obstáculos relacionados con el trabajo, las ocupaciones cotidianas, la falta de centros de salud cercanos ni la ausencia de personal o material (cuadro VI).

Discusión

Las principales barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el hospital de tercer nivel se relacionan con la dimensión de conocimiento, particularmente en aspectos clínicos del VPH; así como con las barreras culturales relacionadas con el miedo al resultado y la preocupación ante un diagnóstico anormal. Aunque las barreras de acceso fueron menos frecuentes, los horarios de atención representaron el principal obstáculo organizacional.

No obstante que persistieron vacíos importantes respecto a factores de riesgo y características clínicas de la infección, se observó comprensión adecuada en aspectos básicos del VPH. Este patrón coincide con estudios internacionales que señalan que la alfabetización en salud insuficiente se asocia con menor adherencia al cribado.¹² También se ha demostrado que las mujeres que no comprenden la naturaleza asintomática de la infección por el VPH tienden a posponer el tamizaje al no percibir un riesgo inmediato.¹³

En la población estudiada, el miedo al resultado fue una de las barreras culturales más frecuentes, lo que coincide con estudios realizados en Perú y México, así como en revisiones sistemáticas latinoamericanas. Este hallazgo sugiere que la disponibilidad del servicio no garantiza por sí misma la participación en el tamizaje cuando persisten factores emocionales.^{14,16} Se ha demostrado que el componente emocional del procedimiento ginecológico influye significativamente en la decisión de participar en programas de detección;¹⁵ estos hallazgos resaltan la necesidad de incorporar intervenciones psicoeducativas dentro de los programas preventivos.

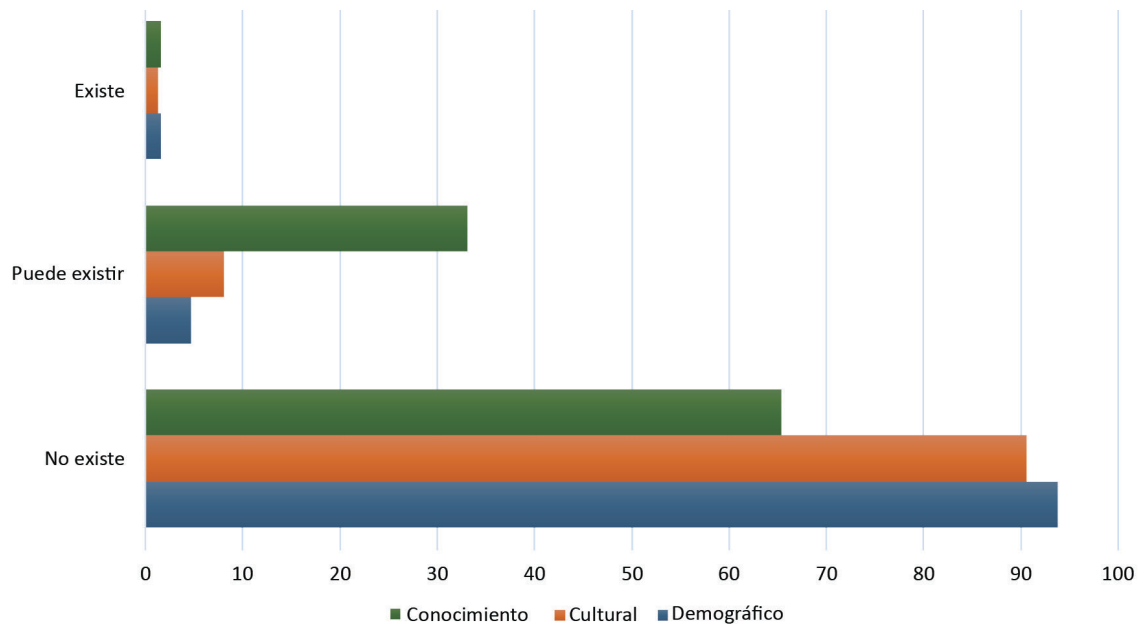
Aunque la mayoría de las participantes no reportó limitaciones geográficas, los horarios de atención y la organización institucional fueron señalados como obstáculos relevantes. Este fenómeno se ha documentado en estu-

Cuadro III Características reproductivas, comportamiento sexual y prácticas preventivas en la población estudiada (n = 384)

Variable	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Edad de primer contacto sexual			
< 18 años	142	37	32.2 – 41.8
18 – 20 años	162	42.2	37.3 – 47.1
> 20 años	78	20.3	16.3 – 24.3
Nunca	2	0.5	0.0 – 1.2
Número de parejas sexuales			
Ninguna	2	0.5	0.0 – 1.2
Una	120	31.3	26.7 – 35.9
Dos a cinco	237	61.7	56.8 – 66.6
Mayor o igual a seis	25	6.5	4.0 – 9.0
Uso de método anticonceptivo			
Preservativo	69	18	14.2 – 21.8
No usan método	62	16.1	12.4 – 19.8
Hormonales orales	65	16.9	13.1 – 20.7
DIU T cobre	59	15.4	11.8 – 19.0
DIU medicado	43	11.2	8.0 – 14.4
Implantes subdérmicos	43	11.2	8.0 – 14.4
Hormonales inyectables	26	6.8	4.3 – 9.3
Parches	17	4.4	2.3 – 6.5
Número de embarazos			
≥ 6 embarazos	10	2.6	1.0 – 4.2
< 6 embarazos	374	97.4	95.8 – 99.0
¿Se ha aplicado la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?			
Si	93	24.2	19.9 – 28.5
No	291	75.8	71.5 – 80.1
¿Se ha realizado alguna vez una citología cervical (Papanicolaou)?			
Si	325	84.6	81.0 – 88.2
No	59	15.4	11.8 – 19.0
¿Con qué frecuencia se realiza la citología cervical?			
Nunca me la he realizado	57	14.8	11.2 – 18.4
Cada 6 meses	21	5.5	3.2 – 7.8
Cada año	173	45.1	40.1 – 50.1
Cada 2 años	69	18	14.2 – 21.8
Cada 3 años	17	4.4	2.3 – 6.5
Cada 5 años	12	3.1	1.4 – 4.8
Cada que me indica el médico	35	9.1	6.2 – 12.0

Fuente: elaboración propia

Figura 1 Barreras de conocimiento, culturales y demográficas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino (n = 384)



Fuente: elaboración propia

Cuadro IV Respuestas sobre el conocimiento del VPH y cáncer cervicouterino de las mujeres participantes (n = 384)

Ítem	Escala Likert		
	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas	23.9	36.5	39.6
Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino	22.9	47.9	29.2
El hombre es el portador del VPH	12.2	22.4	65.4
El cáncer cervicouterino les da solo a las mujeres	6.5	10.7	82.8
El VPH generalmente aparece en genitales y boca	4.6	10.9	84.4
Me debo realizar el Papanicolaou una vez al año	2.8	1.8	95.3
El VPH significa Virus del Papiloma Humano	1.8	3.9	94.3

Fuente: elaboración propia

Cuadro V Barreras culturales relacionadas con la realización del Papanicolaou en mujeres participantes de 25 a 64 años (n = 384)

Ítem	Escala Likert		
	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou	34.3	12.5	53.1
Tengo miedo del resultado del Papanicolaou	52	11.7	36.2
Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou	61.7	8.5	29.7
Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou	65.6	9.1	25.3
Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso	66.9	14	19
El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos	80.4	10.1	9.3
Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda	82.5	6.5	10.9
Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas	86.2	6.2	7.5
A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería	86.2	4.6	9.1

Fuente: elaboración propia

Cuadro VI Barreras demográficas relacionadas con la realización del Papanicolaou en mujeres participantes de 25 a 64 años (n = 384)

Ítem	Escala Likert		
	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que me realicen el Papanicolaou	33.3	17.2	49.5
Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma	80.4	8.8	10.6
En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos	86.2	3.9	9.9
En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material	80.7	9.3	9.9
Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou	83.3	8	8.5

Fuente: elaboración propia

dios urbanos recientes, donde la accesibilidad práctica, más que la simple disponibilidad del servicio, constituye la principal limitante.²⁰ La evidencia sugiere que modelos con horarios extendidos, estrategias extramuros y autónomas para la detección del VPH pueden mejorar la cobertura en poblaciones con limitaciones de tiempo.²¹

Desde una perspectiva global, estos resultados adquieren especial relevancia en el marco de la estrategia 90-70-90 de la OMS.^{4,6} Si bien en México se ha avanzado en la vacunación, alcanzar el 70% de cobertura en el tamizaje requiere superar barreras estructurales y emocionales, como las aquí identificadas. Modelos epidemiológicos indican que el cumplimiento integral de esta estrategia podría reducir sustancialmente la incidencia y mortalidad en las próximas décadas.⁵

En este escenario, tanto el personal médico como de enfermería desempeñan un papel fundamental como agentes educadores y facilitadores del acceso, contribuyendo a disminuir temores, mejorar la comunicación y promover la participación informada en los programas de detección.²²

Conclusiones

En las mujeres de 25 a 64 años que son atendidas en un hospital de tercer nivel para la detección oportuna del cáncer cervicouterino, las principales barreras son de conocimiento, barreras culturales y barreras de acceso.

Aunque la mayoría de las participantes mostró conocimiento general adecuado, persiste la incertidumbre sobre la historia natural de la infección y factores de ries-

go relacionados. El miedo al resultado y la preocupación ante un diagnóstico anormal son las principales barreras culturales. Por su parte, los horarios de atención representaron el obstáculo organizacional más frecuente.

Entre las fortalezas del estudio se destaca el empleo de un instrumento previamente validado y la inclusión de una muestra suficiente para cumplir con los objetivos planteados. Se recomienda desarrollar estudios multicéntricos y longitudinales que evalúen la efectividad de las intervenciones dirigidas a fortalecer el conocimiento, disminuir las barreras culturales y optimizar la organización de los servicios de salud para incrementar la participación en los programas de tamizaje.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, así como el muestreo no probabilístico consecutivo, lo cual puede limitar la generalización de los resultados. Asimismo, el uso de cuestionarios autoaplicados puede implicar sesgo de recuerdo o deseabilidad social. Además, los resultados deben interpretarse considerando que la población corresponde a un hospital de tercer nivel en un contexto urbano.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los revisores de la revista por sus valiosas recomendaciones destinadas a mejorar la calidad del presente artículo.

Referencias

- Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
- Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(S1):28-44. doi:10.1002/ijgo.13865.
- Brisson M, Kim JJ, Canfell K, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet.* 2020;395(10224):575-590. doi:10.1016/S0140-6736(20)30068-4.
- Zou Z, Fairley CK, Ong JJ, et al. Impact of achieving WHO's 90-70-90 targets on cervical cancer elimination and potential benefits in preventing other HPV-related cancers in China: a modelling study. *EClinicalMedicine.* 2024;77:102878. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102878.
- Canfell K, Kim JJ, Brisson M, et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet.* 2020;395(10224):591-603. doi:10.1016/S0140-6736(20)30157-4.
- World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020.
- Barquet-Muñoz SA, Arteaga-Gómez C, Díaz-López E, Rodríguez-Trejo A, Marquez-Acosta J, Aranda-Flores C. Current status and challenges in timely detection of cervical cancer in Mexico: expert consensus. *Front Oncol.* 2024;14. doi:10.3389/fonc.2024.1383105.
- Rodríguez OAP, Galarde-López M, Sánchez CQ, Sevilla AR. Spatial Epidemiology of Human Papillomavirus Screening Coverage in Mexico, 2013-2019. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2025;26(1):215-224. doi:10.31557/APJCP.2025.26.1.215.
- Fernández-Deaza G, Serrano B, Roura E, et al. Cervical cancer screening coverage in the Americas region: a synthetic analysis. *The Lancet Reg Health Am.* 2024;30. doi:10.1016/j.lana.2024.100689.
- Sharma J, Yennapu M, Priyanka Y. Screening Guidelines and Programs for Cervical Cancer Control in Countries of Different Economic Groups: A Narrative Review. *Cureus.* 2023;15(6):e41098. doi:10.7759/cureus.41098.
- Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(5):321-346. doi:10.3322/caac.21628.
- León-Maldonado L, Cabral A, Pages G, et al. Barriers and facilitators to a combined strategy of HPV vaccination and cervical cancer screening among Mexican women. *Hum Vaccin Immunother.* 2025; 21(1). doi:10.1080/21645515.2025.2483018.
- Arrivillaga M, Bermúdez PC, García-Cifuentes JP, Rodríguez-López M, Neira D, Vargas-Cardona HD. Women's critical experiences with the pap smear for the development of cervical cancer screening devices. *Heliyon.* 2023;9(3): e14289 doi:10.1016/j.heliyon.2023.
- Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barriers for diagnosis and therapy of cervical cancer in a public hospital in Lima, Peru: A qualitative study. *Acta Med Peru.* 2020;37(4):463-470. doi:10.35663/AMP.2020.374.1835.
- Mosquera I, Barajas CB, Theriault H, et al. Assessment of barriers to cancer screening and interventions implemented to overcome these barriers in 27 countries in Latin American and Caribbean countries. *Int J Cancer.* 2024;155(4):719-730. doi:10.1002/ijc.34950.
- Rivera-Chavarría A, Calderón-Céspedes A. Barriers according to health care access dimensions and cervical cancer in Costa Rica: a qualitative systematic review. *Poblac Salud Mesoam.* 2022;20(1). doi:10.15517/psm.v20i1.48983.
- Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2022;22(1). doi:10.1186/s12905-022-02043-y.
- Morse RM, Brown J, Ríos López EJ, et al. Challenges associated with follow-up care after implementation of an HPV screen-and-treat program with ablative therapy for cervical cancer prevention. *BMC Public Health.* 2024;24(1). doi:10.1186/s12889-024-19436-3.
- Gutiérrez Granados MM, Juárez Lira A. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México. *Rev Cient de Enferm.* 2021;(21):4-21. doi:10.14198/recien.2021.21.02.
- Kedar A, John A, Goala S, et al. Barriers and facilitators in implementing population based common cancer screening through community health workers. *Ecancermedicalscience.* 2021;15:1277. doi:10.3332/ECANCER.2021.
- Aguilar-Linares G, Márquez-Serrano M, Meneses-Navarro S, et al. Barriers and facilitators for adherence to follow-up by HR-HPV-positive women with premalignant cervical lesions: a mixed-design study in Mexico. *BMC Womens Health.* 2024;24(1). doi:10.1186/s12905-024-03379-3.
- Rojas-González EP. Analysis of health programs on cervical cancer in Mexico Análisis de los programas de salud sobre el cáncer cervicouterino en México. doi:10.5281/zenodo.14367077

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Ibarra-Campos CL, Lazcano-Castellanos AB, Limón-Toledo LP et al. Barreras de conocimiento, culturales y de acceso en mujeres de 25 a 64 años para la detección de cáncer cervicouterino. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(4):e1610. doi: 10.5281/zenodo.23165578