

ARTÍCULO ORIGINAL

Barreras en detección oportuna de cáncer cervicouterino en un hospital público de Honduras

Barriers to timely detection of cervical cancer in a public hospital in Honduras

Olga Alejandra Bejarano Torres¹  <https://orcid.org/0009-0005-3766-7700>, Andrea Elizabeth Córdova Ardón²  <https://orcid.org/0000-0002-3736-2246>, Seneida Nicolay López Martínez³  <https://orcid.org/0009-0008-9185-3020>.

¹Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Departamento de Vigilancia del Marco Normativo; Tegucigalpa, Honduras.

²Hospital Regional del Norte, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Unidad de Epidemiología; Cortés, Honduras.

³Centro Integral de Salud Las Crucitas; Francisco Morazán, Honduras.

RESUMEN. Introducción: Los antecedentes de cáncer cervicouterino se remontan desde los 460 a.C. con Hipócrates en su “*Corpus Hippocraticum*”. Por su ubicación anatómica y las posibilidades de detección oportuna, este cáncer es potencialmente prevenible. **Objetivo:** Analizar las barreras relacionadas a la detección oportuna en mujeres de 18 a 64 años con cáncer cervicouterino, atendidas en un hospital público de Honduras, durante mayo y junio de 2024. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal con componente analítico. La población estuvo constituida por mujeres de 18 a 64 años con cáncer cervicouterino atendidas en el área de oncología. Se incluyeron 124 participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento Barreras Cáncer Cervicouterino (BACACE), bajo la técnica de encuesta. Se realizaron análisis univariable, bivariable y multivariable en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). **Resultados:** En la barrera individual se encontró asociación estadísticamente significativa entre el desconocimiento de que la citología permite detectar cáncer cervicouterino y la no realización de la citología. En la barrera cultural, la inquietud ante la realización de la citología por un hombre y la preocupación por el resultado se asociaron significativamente con la no realización de la prueba. En cuanto a la barrera de servicios de salud no se encontró asociación estadísticamente significativa. **Discusión:** Las principales barreras asociadas con la no realización de la citología correspondieron a las dimensiones individual y cultural, destacando el desconocimiento sobre la detección del cáncer cervicouterino mediante citología, la inquietud ante la realización del procedimiento por un hombre y la preocupación por el resultado. **Palabras clave:** Accesibilidad a los servicios de salud; Detección precoz del cáncer; Neoplasias uterinas; Salud de la mujer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una enfermedad caracterizada por alteraciones celulares en el epitelio del cuello uterino, asociadas principalmente a la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), presente en la mayoría de los casos. Se desarrolla a partir de lesiones premalignas de evolución progresiva, lo que permite su prevención mediante la detección temprana.¹ El éxito del tamizaje en países de ingresos medios y bajos se ve limitado por diversas barreras, tales como la falta de conocimiento, creencias culturales, temor al resultado, vergüenza ante el personal de salud y percepciones erróneas, así como deficiencias en los servicios de salud.²

Según el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), para el año 2022 se reportaron 662,301 casos nuevos de cáncer cervicouterino a nivel mundial y 348,874 muertes.³ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en las Américas, después de las enfermedades cardiovasculares.⁽⁴⁾

Según la Secretaría de Salud, en Honduras la tasa de incidencia del cáncer cervicouterino es de 17 por cada 100,000 mujeres entre los años 2018 al 2022 y fallecieron 254 mujeres por esa causa en el mismo período de tiempo. El cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública en la mujer hondureña, debido a su impacto y relevancia en los programas de prevención y detección temprana.⁵

El tamizaje reduce la morbilidad por cáncer cervicouterino, a largo plazo, es más económico y beneficioso que el tratamiento médico-quirúrgico.⁶ Los programas para detección del cáncer cervicouterino en América Latina han presentado desafíos significativos desde deficiencias en la calidad de

Recibido: 16-09-2025 Aceptado: 29-07-2026 Primera vez publicado en línea: 09-09-2026
Dirigir correspondencia a: Olga Alejandra Bejarano Torres
Correo electrónico: olgaalejandra06@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Bejarano-Torres OA, Córdova-Ardón AE, López-Martínez SN. Barreras en detección oportuna de cáncer cervicouterino en un hospital público de Honduras. Rev Méd Hondur. 2026; 94(2). Xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94i2.23696>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

la recolección de muestras hasta la existencia de barreras demográficas, individuales y socioculturales que obstaculizan el acceso a estos programas.⁷ El objetivo de este estudio fue analizar las barreras individuales, culturales y relacionadas con los servicios de salud asociadas con la no realización de la citología para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 18 a 64 años atendidas en un hospital público de Honduras, durante mayo y junio de 2024.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con componente analítico. La población estuvo constituida por mujeres de 18 a 64 años con diagnóstico de cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital General San Felipe, en Tegucigalpa, Honduras en el período de mayo a junio del 2024. El estudio se llevó a cabo en las salas de Oncología de Mujeres, Radioterapia y Quimioterapia Ambulatoria.

El tamaño de la muestra fue de 124 participantes, se calculó utilizando STATCALC Epi Info 7.2.6.0, con nivel de confianza del 95%, proporción esperada de 50% ya que no se contaba con estudios similares en la región, margen de error del 5% y 20% por posibles pérdidas. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en la accesibilidad de las participantes en el servicio de oncología, lo que facilitó la recolección de datos en un contexto clínico específico.

Para los criterios de inclusión se consideraron mujeres de 18 a 64 años con diagnóstico de cáncer cervicouterino que acuden al Hospital General San Felipe y las pacientes que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado y de exclusión fueron mujeres con discapacidad intelectual, con diagnóstico de trastornos mentales, con lesiones premalignas o lesiones visibles por VPH y que presentaron dolor al momento de la entrevista.

La recolección de los datos se realizó mediante una encuesta a las mujeres con cáncer cervicouterino basada en un instrumento validado, responsabilidad del investigador quien realizó de forma oral las preguntas en un tiempo aproximado de 10 minutos. En el instrumento de recolección de datos se incluyeron los apartados de datos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos. Se utilizó el instrumento Barreras Cáncer Cervicouterino (BACACE), validado en México, con una fiabilidad global de 0.71, medida mediante el alfa de Cronbach. El instrumento consta de 25 ítems distribuidos en tres dimensiones: conocimiento individual (9), aspectos culturales (11) y acceso a los servicios de salud (5). Los ítems se valoraron mediante una escala tipo Likert de cinco categorías, con puntuaciones de 1 a 5. En el presente estudio, los ítems fueron analizados de manera individual para determinar su asociación con la no realización de la citología previa al diagnóstico.⁸ El concepto de barreras se define como los factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan la atención y el diagnóstico oportuno. Dentro de las variables consideradas barreras para el tamizaje cervicouterino en esta investigación son las individuales, culturales y del servicio de salud.⁹

Los datos se tabularon y analizaron en el software estadístico SPSS 27. Se realizó limpieza de datos mediante la verificación y corrección de información incompleta o errónea y eliminación de datos duplicados, garantizando validez y confiabilidad de los resultados. Las variables se codificaron para facilitar el análisis de datos. Para el análisis univariado, las variables categóricas se resumieron como frecuencias y porcentajes. Con el propósito de facilitar el análisis de asociación y obtener estimaciones más estables en los modelos bivariado y multivariado, algunas variables categóricas fueron recodificadas de forma dicotómica de acuerdo con criterios epidemiológicos y la distribución de la muestra. La edad se agrupó en 18–49 y 50–64 años; el estado civil en soltera (incluyendo viudas y divorciadas) y casada/unión libre; el nivel socioeconómico en bajo y medio; el antecedente familiar de cáncer cervicouterino en sí/no; y la realización de citología previa al diagnóstico en dos grupos de comparación: sin citología (ninguna citología previa al diagnóstico) y con citología (al menos una citología previa al diagnóstico).

Con respecto a las barreras individuales, culturales y de los servicios de salud se analizaron mediante un análisis bivariado utilizando pruebas de hipótesis (prueba de Chi Cuadrado, prueba exacta de Fisher) lo que permitió establecer relación entre las variables independientes con la no realización de la citología. Como medida de asociación se utilizó la razón de prevalencia (RP), con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

En el análisis multivariado, se aplicó un modelo de regresión log-binomial, incorporando inicialmente aquellas variables que mostraron significancia estadística en el análisis bivariado. Posteriormente, se excluyeron del modelo final aquellas variables cuya significancia estadística se disipó tras el ajuste. Se obtuvieron así las razones de prevalencia crudas y ajustadas, cada una acompañada de su respectivo intervalo de confianza al 95% para evidenciar la significancia estadística. Se utilizó como valor de referencia el número 1, denotando ausencia de relación entre variables; un valor superior a 1 indica un incremento en la probabilidad de no realizar la citología, mientras que un valor inferior a 1 indica una disminución en dicha probabilidad. Se aplicó el estadístico de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow el cual fue de 0.724 lo que confirmó el ajuste del modelo a los datos. Se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa), con sus respectivos IC 95%. La RPc correspondió a la asociación entre cada variable independiente y la no realización de la citología sin ajuste por otras variables, mientras que la RPa correspondió a la asociación después del ajuste por las variables incluidas en el modelo multivariado. Las variables confusoras se identificaron a partir de la literatura y el análisis bivariado, y se controlaron mediante su inclusión en el análisis multivariado, ajustando así las estimaciones de asociación.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El estudio respetó la participación voluntaria y se obtuvo consentimiento informado previo a la recolección de datos. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de la información mediante la anonimización

de los datos y evitando el uso de información identificable. Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación y resguardados por el equipo investigador.

RESULTADOS

El 100% de la población fueron 124 mujeres con cáncer cervicouterino, de las cuales el 36% (45) corresponde a mujeres que no se realizaron ninguna citología antes de su diagnóstico, mientras que el 64% (79) representa a las que al menos se realizaron una citología previa a su diagnóstico.

El grupo de edad predominante fue de 18 a 49 años con un 52.4% (65). En las mujeres que no se realizaron citología previa al diagnóstico, predominó el grupo de 50 a 64 años con un 55.5% (25/45), versus al 44.5% (20/45) de 18 a 49 años. En contraste, entre quienes sí se realizaron citología, predominó el grupo de 18 a 49 años con un 57% (45/79), versus al 43% (34/79) de 50 a 64 años.

El 73% (90) de las participantes viven en área rural y se observó que para ambos grupos predominó el área de residencia rural. La religión evangélica predominó con un 63% (78), seguida de la católica con un 33% (41). Se presentó de la misma forma en ambos grupos de comparación.

El 50% (62) de las participantes eran solteras (incluyendo viudas y divorciadas) y el 50% (62) como casadas o en unión libre. En el grupo que no se realizó citología previa al diagnóstico, predominó el estado civil solteras con un 58% (26/45), frente al 42% (19/45) de casadas. En contraste, en el grupo que sí se realizó citología, el 54% (43/79) estaban casadas y el 46% (36/79) solteras.

Con respecto a la escolaridad se encontró que del total de participantes la mayoría había cursado algún grado de educación primaria con un 52% (65), seguidas por un 25% (31) de las que no cursaron ningún grado de escolaridad.

La mayoría de las mujeres pertenecían a la etnia mestiza con un 91% (113), eran desempleadas con un 88% (109) y con un nivel socioeconómico bajo con un 88% (110) con base en los ingresos percibidos (**Cuadro 1**).

Del total de la población en su mayoría las mujeres tuvieron menos de 3 compañeros sexuales con un 73% (90), predominando esta condición en ambos grupos de comparación. En el total de mujeres se encontró que la mayoría tuvo 3 o más hijos con un 82% (102). Para ambos grupos de comparación predominó 3 o más gestas.

Del total de participantes se encontró que el 61% (75) inició su vida sexual antes de los 18 años. Para ambos grupos predominó la edad de inicio de vida sexual antes de los 18 años.

Sobre el antecedente de vacunación de VPH se encontró que en su mayoría no habían utilizado la vacuna con un 95% (118). De los cuales en ambos grupos predominó que no tenían el antecedente.

El 50% (61) de las participantes refirió haber padecido infecciones vaginales; de ellas, el 51% (31) presentó una en un año; el 26% (16) dos; y el 23% (14) tres o más. En el grupo que no se realizó la citología, el 51% (23/45) reportó infecciones, de

las cuales el 52% (12/23) tuvo una vez al año; el 26% (6/23) tres veces; y el 22% (5/23) dos veces en un año. Del total de las mujeres el 24% (30) tuvo el antecedente de uso de anticonceptivos orales por más de 5 años.

Con respecto al antecedente familiar de cáncer cervicouterino se encontró que del total de mujeres el 58% (72) no tenía el antecedente. Del grupo que no se realizó la citología se encontró que el 73% (33/45) no tenían el antecedente. De las mujeres que se realizaban la citología se encontró que el 51% tenían este antecedente. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró asociación con significancia estadística con valor de $p < 0.05$. Para la consanguinidad del antecedente familiar de cáncer cervicouterino predominó la madre con 62% (32/52), la cual no mostró significancia estadística (**Cuadro 2**).

En la barrera individual, en la pregunta sobre el grado de conocimiento que el VPH aparece en genitales y boca, se encontró del total de la población que la mayoría de las mujeres estaban de acuerdo con un 71% (88). De las mujeres que no se realizaron citología el 84% (34/45) estaban de acuerdo. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p = 0.013$.

En la barrera individual en la pregunta sobre el grado de conocimiento de que VPH significa virus del papiloma humano el 71% (88) de las participantes estuvieron de acuerdo. De las mujeres que no se realizaron citología el 58% (26/45). En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p = 0.015$.

En la barrera individual se preguntó sobre el desconocimiento si el cáncer cervicouterino solo les da a mujeres, a lo que dentro del grupo expuesto el 56% (25/45) estuvieron de acuerdo. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p = 0.020$.

Con respecto a la pregunta sobre el desconocimiento si la citología sirve para detectar cáncer cervicouterino se encontró que el 27% (34) estuvieron de acuerdo. Dentro del grupo de mujeres que no se realizaron citología se encontró que 42% (19/45) estuvieron de acuerdo. Dentro del grupo que se realizaron citología el 19% (15/79) estuvieron de acuerdo. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p = 0.005$.

Se preguntó sobre el desconocimiento si el hombre es portador del VPH a lo que las mujeres que no se realizaron citología respondieron en su mayoría con un 62% (28/45) estar de acuerdo. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p = 0.029$.

La mayoría de las mujeres dijeron estar de acuerdo de no realizarse la citología por tener pena al personal de salud hombre que le realizaría la citología con un 60% (74). En ambos grupos predominó estar de acuerdo con esta pregunta. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p = 0.050$.

En la pregunta si les causaba inquietud que un hombre les realizara la citología para el grupo expuesto la mayoría respondió estar de acuerdo con un 87% (39/45). En el análisis

Cuadro 1. Caracterización sociodemográfica de las mujeres de 18 a 64 años con cáncer cervicouterino en el Hospital General San Felipe, mayo a junio 2024, n=124.

Variable	n=124 (100%)	Sin Citología N=45 (36.3%)	Con Citología N=79 (63.7%)	Valor p
Edad				
18 a 49 años	65 (52.4)	20 (44.5)	45 (57)	0.195 ^c
50 a 64 años	59 (47.6)	25 (55.5)	34 (43)	
Área de residencia				
Rural	90 (72.6)	34 (75.6)	56 (70.9)	0.575 ^c
Urbana	34 (27.4)	11 (24.4)	23 (29.1)	
Religión				
Evangélica	78 (62.9)	27 (60)	51 (64.6)	0.487 ^f
Católica	41 (33.1)	17 (37.8)	24 (30.4)	
Mormona	2 (1.6)	1 (2.2)	1 (1.3)	
Ninguna	3 (2.4)	0	3 (3.7)	
Estado Civil				
Soltera	62 (50)	26 (57.7)	36 (45.6)	0.191 ^c
Casada	62 (50)	19 (42.3)	43 (54.4)	
Escolaridad				
Ninguna	31 (25)	14 (31)	17 (22)	0.568 ^f
Primaria	65 (52.4)	22 (49)	43 (54.4)	
Secundaria	24 (19.4)	7 (16)	17 (22)	
Universitaria	4 (3.2)	2 (4)	2 (2)	
Estado laboral				
Desempleada	109 (88)	39 (86.6)	70 (88.6)	0.750 ^c
Empleada	15 (12)	6 (13.4)	9 (11.4)	
Etnia				
Mestizo	113 (91.2)	40 (88.8)	73 (92.4)	0.508 ^c
Otra	11 (8.8)	5 (11.2)	6 (7.6)	
Nivel socioeconómico				
Bajo	110 (88.7)	38 (84.4)	72 (91.2)	0.257 ^c
Medio	14 (11.3)	7 (15.6)	7 (8.8)	

^c Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% ($p < 0.05$) obtenidas con el Chi Cuadrado. ^f Test de Fisher.

con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p < 0.001$.

La mayoría de las participantes respondieron estar de acuerdo ante tener preocupación ante el resultado de la citología con un 54% (67). Del grupo que no se realizó ninguna citología el 93% (42/45) respondió estar de acuerdo. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa con valor de $p < 0.001$ (**Cuadros 3 y 4**).

El antecedente familiar de cáncer cervicouterino presentó asociación significativa con la no realización de la citología, con una RP cruda de 0.355 (IC 95%: 0.160–0.785; $p = 0.011$). Después del ajuste por otras variables, se obtuvo una RP ajustada de 0.270 (IC 95%: 0.073–0.997; $p = 0.049$), lo que indica que, en promedio, las mujeres con antecedente familiar de cáncer cervicouterino tuvieron 73% menos probabilidad de no realizarse la citología en comparación con aquellas que no tenían el antecedente.

Las mujeres en desacuerdo si la citología detecta cáncer cervicouterino se asoció significativamente con la no realización de la citología, con una RP cruda de 3.118 (IC 95%: 1.379–7.052; $p = 0.006$) después de ajustar con otras variables se obtuvo una RP de 8.363 (IC 95%: 1.826–38.299; $p = 0.006$) observándose que, en promedio las mujeres que no tienen conocimiento sobre que la citología detecta el cáncer cervicouterino tienen 8 veces más probabilidad de no realizarse la citología vaginal en comparación con las que sí tienen conocimiento, cuando las demás variables permanecen constantes.

Con respecto a las mujeres que tuvieron inquietud de que un hombre les realizara la citología se asoció significativamente con la no realización de la citología, con una RP cruda de 25.594 (IC 95%: 9.232–70.956; $p < 0.001$) después de ajustar con otras variables, se obtuvo una RP de 26.667 (IC 95%: 6.684–106.398; $p < 0.001$) lo que evidencia que, en promedio las mujeres que

Cuadro 2. Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres de 18 a 64 años con cáncer cervicouterino en el Hospital General San Felipe, mayo a junio 2024. n=124.

Variable	n=124 (100%)	Sin citología N=45 (36.3%)	Con citología N=79 (63.7%)	Valor p
Compañeros sexuales				
Mayor o igual a 3	34 (27.4)	11 (24.4)	23 (30)	0.677 ^c
Menos de 3	90 (72.6)	34 (75.6)	56 (70)	
Gestas				
3 o más	102 (82.3)	37 (82.3)	65 (82.3)	0.994 ^c
2 o menos	22 (17.7)	8 (17.7)	14 (17.7)	
Edad inicio vida sexual				
Antes de 18 años	75 (60.5)	29 (64.5)	46 (58.2)	0.569 ^c
Desde los 18 años	49 (39.5)	16 (35.5)	33 (41.8)	
Vacuna VPH				
Sí	6 (4.8)	1 (2.2)	5 (6.3)	0.416 ^f
No	118 (95.2)	44 (97.8)	74 (93.7)	
Infecciones vaginales				
Sí	61 (49.2)	23 (51.2)	38 (48.2)	0.747 ^c
No	63 (50.8)	22 (48.8)	41 (51.8)	
Número de infecciones vaginales en un año	N=61 (100%)	N=23(38%)	N=38(62%)	
3 ó más	14 (22.9)	6 (26.1)	8 (21.1)	0.796 ^c
2	16 (26.3)	5 (21.7)	11 (28.9)	
1	31 (50.8)	12 (52.2)	19 (50)	
Antecedente de uso de ACOS por más de 5 años				
Sí	30 (24.2)	12 (26.6)	18 (22.8)	0.627 ^c
No	94 (75.8)	33 (73.4)	61 (77.2)	
Antecedente familiar de CaCu				
Sí	52 (41.9)	12 (26.6)	40 (50.6)	0.009 ^c
No	72 (58.1)	33 (73.4)	39 (49.4)	
Consanguinidad del antecedente familiar de CaCu	N=52 (100%)	N=12 (23%)	N=40 (77%)	
Abuela	10 (19.2)	2 (16.6)	8 (20)	0.086 ^f
Madre	32(61.6)	8 (66.8)	24 (60)	
Hermana	10(19.2)	2 (16.6)	8 (20)	

^c Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% ($p < 0.05$) obtenidas con el Chi Cuadrado. ^f Test de Fisher.

tuvieron inquietud de que un hombre les realizara la citología tienen 27 veces más probabilidad de no realizarse la citología vaginal en comparación con las que no tuvieron inquietud.

Con respecto a las mujeres que tuvieron preocupación sobre el resultado de la citología se asoció significativamente con la no realización de la citología, con una RP cruda de 30.240 (IC 95%: 8.547-106.996; $p < 0.001$) después de ajustar con otras

variables se obtuvo una RP de 24.272 (IC 95%: 5.100-115.519; $p < 0.001$) lo que nos dice que en promedio las mujeres que tuvieron preocupación sobre el resultado de la citología tienen 24 veces más probabilidad de no realizarse la citología vaginal en comparación con las que no tuvieron preocupación del resultado (**Cuadro 5**).

Cuadro 3. Barreras individuales que impidieron la realización de citologías para diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino según el cuestionario BACACE en mujeres con cáncer cervicouterino de 18 a 64 años en el Hospital General San Felipe, mayo a junio 2024.

Variable	n=124 (100%)	Sin citología n=45 (36.3%)	Con citología n=79 (63.7%)	Valor p
Desconocimiento				
VPH se transmite por relaciones sexuales				
De acuerdo	51 (41.2)	23 (51.2)	28 (35.5)	0.088 ^c
Desacuerdo	73 (58.8)	22 (48.8)	51 (64.5)	
Desconocimiento				
VPH aparece genitales y boca				
De acuerdo	88 (70.9)	38 (84.4)	50 (63.3)	0.013 ^c
Desacuerdo	36 (29.1)	7 (15.6)	29 (36.7)	
Desconocimiento VPH significa Virus del Papiloma Humano				
De acuerdo	88 (70.9)	26 (57.8)	62 (78.5)	0.015 ^c
Desacuerdo	36 (29.1)	19 (42.2)	17 (21.5)	
Desconocimiento Cáncer Cervicouterino solo se da en mujeres				
De acuerdo	52 (41.9)	25 (55.6)	27 (34.2)	0.020 ^c
Desacuerdo	72 (58.1)	20 (44.4)	52 (65.8)	
Desconocimiento citología detecta Cáncer Cervico uterino				
De acuerdo	34 (27.4)	19 (42.2)	15 (19)	0.005 ^c
Desacuerdo	90 (72.6)	26 (57.8)	64 (81)	
Desconocimiento ACOS más de 5 años como factor de riesgo				
De acuerdo	98 (79)	38 (84.4)	60 (75.9)	0.264 ^c
Desacuerdo	26 (21)	7 (15.6)	19 (24.1)	
Desconocimiento				
hombre portador VPH				
De acuerdo	61 (49.2)	28 (62.2)	33 (41.7)	0.029 ^c
Desacuerdo	63 (50.8)	17 (37.8)	46 (58.3)	
Desconocimiento				
VPH no presenta síntomas				
De acuerdo	90 (72.6)	35 (77.7)	55 (69.6)	0.328 ^c
Desacuerdo	34 (27.4)	10 (22.3)	24 (30.4)	
Desconocimiento				
citología 1 vez al año				
De acuerdo	21 (16.9)	11 (24.4)	10 (12.6)	0.092 ^c
Desacuerdo	103 (83.1)	34 (75.6)	69 (87.4)	

^c Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% (p<0.05) obtenidas con el Chi Cuadrado ¹ Test de Fisher.

Cuadro 4. Barreras culturales que impidieron la realización de citologías para diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino según el cuestionario BACACE en mujeres con cáncer cervicouterino de 18 a 64 años en el Hospital General San Felipe, mayo a junio 2024.

Variable	n=124 (100%)	Sin citología n=45 (36.3%)	Con citología n=79 (63.7%)	Valor p
Pena ante un hombre para realización de citología				
De acuerdo	74 (59.6)	32 (71.2)	42 (53.2)	0.050^c
Desacuerdo	50 (40.4)	13 (28.8)	37 (46.8)	
Inquietud que un hombre realizara citología				
De acuerdo	55 (44.4)	39 (86.6)	16 (20.3)	<0.001^c
Desacuerdo	69 (55.6)	6 (13.4)	63 (79.7)	
Molestia por parte de la pareja al ver sus partes íntimas				
De acuerdo	29 (23.4)	14 (31.2)	15 (19.0)	0.125 ^c
Desacuerdo	95 (76.6)	31 (68.8)	64 (81.0)	
Miedo al resultado de la citología				
De acuerdo	92 (74.2)	32 (71.2)	60 (76.0)	0.554 ^c
Desacuerdo	32 (25.8)	13 (28.8)	19 (24.0)	
Preocupación por el resultado de la citología				
De acuerdo	67 (54.0)	42 (93.4)	25 (31.6)	<0.001^f
Desacuerdo	57 (46.0)	3 (6.6)	54 (68.4)	
Miedo a que la pareja se molestara por realización de citología				
De acuerdo	37 (29.8)	13 (28.8)	24 (30.4)	0.862 ^c
Desacuerdo	87 (70.2)	32 (71.2)	55 (69.6)	
Permiso de la pareja para realización de citología				
De acuerdo	15 (12.1)	9 (20.0)	6 (7.6)	0.042^c
Desacuerdo	109 (87.9)	36 (80.0)	73 (92.4)	
Creencia de que realizarse la citología causaba dolor				
De acuerdo	85 (68.5)	32 (71.2)	53 (67.0)	0.643 ^c
Desacuerdo	39 (31.5)	13 (28.8)	26 (33.0)	
Religión prohibía la realización de citología				
De acuerdo	6 (4.8)	2 (4.4)	4 (5.0)	1.000 ^f
Desacuerdo	118 (95.2)	43 (95.6)	75 (95.0)	
Creencia que la citología solo se realizaba a mujeres con hijos				
De acuerdo	73 (58.8)	27 (60.0)	46 (58.2)	0.847 ^c
Desacuerdo	51 (41.2)	18 (40.0)	33 (41.8)	
Creencia que la citología solo se realizaba si era indicada por personal de salud				
De acuerdo	58 (46.7)	26 (57.7)	32 (40.5)	0.064 ^c
Desacuerdo	66 (53.3)	19 (42.3)	47 (59.5)	

^c Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% ($p < 0.05$) obtenidas con el Chi Cuadrado. ^f Test de Fisher.

Cuadro 5. Barreras relacionadas con la no realización de la citología para un diagnóstico oportuno en mujeres con cáncer cervicouterino en el Hospital General San Felipe, mayo a junio 2024.

Variable	n=124 (100%)	Sin citología N=45(36.3%)	Con citología N=79(63.7%)	RP Crudo (IC 95%)	Valor p	RP Ajustado (IC 95%)	Valor p	Diferencia de RP (%)
Antecedente familiar CaCu								
Sí	52 (41.9)	12 (26.6)	40 (50.6)	0.355 (0.160- 0.785)	0.011	0.270 (0.073- 0.997)	0.049	31
No	72 (58.1)	33 (73.4)	39 (49.4)					
Desconocimiento citología detecta CaCu								
Desacuerdo	34 (27.4)	19 (42.2)	15 (19)	3.118 (1.379- 7.052)	0.006	8.363 (1.826- 38.299)	0.006	62
De acuerdo	90 (72.6)	26 (57.8)	64 (81)					
Inquietud que un hombre realizara citología								
De acuerdo	55 (44.4)	39 (86.6)	16 (20.3)	25.594 (9.232- 70.956)	<0.001	26.667 (6.684- 106.398)	<0.001	4
Desacuerdo	69 (55.6)	6 (13.4)	63 (79.7)					
Preocupación resultado citología								
De acuerdo	67 (54)	42 (93.4)	25 (31.6)	30.240 (8.547- 106.996)	<0.001	24.272 (5.100- 115.519)	<0.001	24
Desacuerdo	57 (46)	3 (6.6)	54 (68.4)					

* Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% ($p < 0.05$) obtenidas con el Chi Cuadrado. † Test de Fisher.

DISCUSIÓN

A pesar de medidas de prevención, el cáncer cervicouterino continúa siendo una carga importante para la salud pública.¹⁰ Esta enfermedad sigue representando un reto significativo lo que ha motivado que este estudio se centre en la identificación de las barreras que impiden a las mujeres someterse a la realización de pruebas de citología.¹¹

Se encontró que el 52% (65) de las mujeres correspondía al rango de edad de 18 a 49 años, lo que evidencia una proporción considerable de casos en mujeres en edad reproductiva. Este hallazgo es relevante desde el punto de vista epidemiológico, ya que implica un impacto significativo en la calidad de vida y en la carga social de la enfermedad en este grupo poblacional. Estos resultados son consistentes con la literatura, donde se ha descrito que el cáncer cervicouterino afecta con mayor frecuencia a mujeres en edades intermedias de la vida. Estudios reportados en Dialnet señalan que el grupo etario

más afectado suele concentrarse entre los 30 y 54 años, lo que coincide parcialmente con los hallazgos del presente estudio y refuerza la importancia de enfocar las estrategias de detección en mujeres en edad reproductiva.¹² Aunque la mayor frecuencia de cáncer cervicouterino también se ha documentado en mujeres de mayor edad, los resultados del presente estudio podrían estar relacionados con la exposición temprana a factores de riesgo y con limitaciones en el acceso oportuno al tamizaje. Por otra parte, el estudio de Marlow reporta que la cobertura de tamizaje en mujeres de 50 a 59 años es subóptima, lo que, más que contradecir los hallazgos del presente estudio, sugiere la existencia de brechas en diferentes grupos etarios. En conjunto, esta evidencia indica que las deficiencias en la cobertura del tamizaje pueden presentarse tanto en mujeres jóvenes como en grupos de mayor edad.¹³

En las mujeres que no se realizaron citología, predominó la residencia en áreas rurales con un 76%. Este hallazgo es consistente con una revisión de 40 publicaciones en Colombia, que

reporta mayor riesgo de cáncer cervicouterino en zonas rurales, de frontera y de escasos recursos, asociado a limitaciones en la movilidad y el transporte.¹⁴

En cuanto a la escolaridad, entre las participantes que no se realizaron citología predominó el nivel de primaria con un 49%. Este resultado coincide con lo reportado por Barrionuevo en un estudio en áreas rurales de Perú, donde se señala que el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos constituyen barreras importantes para el acceso al tamizaje de cáncer cervicouterino.¹⁵

En los antecedentes gineco obstétricos, el 61% de las participantes inició su vida sexual antes de los 18 años, resultado comparable con un estudio sobre lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado que reportó un 94.7% de inicio antes de los 20 años.¹⁶

Se encontró que el antecedente familiar de cáncer cervicouterino se asoció significativamente con la no realización de la citología. En el análisis crudo se obtuvo una RP de 0.355 (IC 95%: 0.160–0.785; $p=0.011$) y, tras el ajuste por otras variables, una RP ajustada de 0.270 (IC 95%: 0.073–0.997; $p=0.049$), lo que indica una menor probabilidad de no realizarse la citología en mujeres con antecedente familiar. Este hallazgo difiere parcialmente de lo reportado en un estudio realizado en un centro poblado rural de Perú, donde el antecedente familiar presentó una RP cruda de 0.25 (IC 95%: 0.06–0.98), mientras que en el análisis multivariado la asociación no fue significativa (RP ajustada: 1.12; IC 95%: 0.14–8.41). Por otro lado, Urrutia describe el antecedente familiar como uno de los motivos referidos por las mujeres para realizarse pruebas de tamizaje. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la relación entre el antecedente familiar y la realización de la citología puede variar según el contexto y las características de la población estudiada.¹⁷

En el presente estudio, las mujeres que estaban en desacuerdo con que la citología detecta cáncer cervicouterino presentaron una asociación significativa con la no realización de la prueba, lo que evidencia que el desconocimiento influye negativamente en la adherencia al tamizaje. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Zamberlin y colaboradores, quienes señalan que el reconocimiento de la citología como parte del cuidado de la salud femenina favorece su aceptación. Asimismo, estudios realizados en Sincelejo y Cartagena (Colombia) han documentado altos niveles de conocimiento sobre la citología cervicouterina (98%) y su relevancia (75%). En conjunto, estos resultados refuerzan el papel del conocimiento como un determinante clave en la realización de la citología.¹⁸ Un estudio realizado por Bendezu-Quispe en Perú en 2020 reportó que el 52.4% de las mujeres que habían escuchado sobre el cáncer cervicouterino se realizaron la citología en los últimos dos años, lo que sugiere que un mayor conocimiento podría estar asociado con una mayor adherencia al tamizaje.¹⁹

En la barrera cultural se encontró que las mujeres que tuvieron inquietud de que un hombre personal de salud les realizara la citología se asoció significativamente con la no realización de la citología, en concordancia con estudios realizados en contextos rurales de Bolivia, donde la vergüenza fue identificada como una barrera relevante.²⁰ Asimismo, la preocupación por el resultado del examen se asoció significativamente con la no adherencia al tamizaje, coincidiendo con hallazgos reportados en Colombia, donde el temor al diagnóstico y a recibir resultados adversos limita la realización de la citología.²¹

Los hallazgos del estudio evidencian que las barreras individuales, culturales y de los servicios de salud desempeñan un papel determinante en la no realización de la citología, destacando el nivel de conocimiento, la percepción de riesgo y factores socioculturales que influyen en la toma de decisiones en salud. Estas condiciones contribuyen a la persistencia del cáncer cervicouterino como un problema relevante de salud pública, particularmente en contextos donde predominan características como la procedencia rural y el bajo nivel educativo, que reflejan desigualdades en el acceso al tamizaje. En este contexto, resulta necesario fortalecer estrategias de educación en salud, mejorar la accesibilidad y organización de los servicios, y desarrollar intervenciones culturalmente pertinentes orientadas a reducir las barreras identificadas y favorecer el acceso oportuno a la detección temprana, especialmente en poblaciones vulnerables.

No obstante, los resultados deben interpretarse considerando algunas limitaciones. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, permitiendo únicamente identificar asociaciones. Asimismo, el uso de muestreo no probabilístico por conveniencia puede introducir sesgo de selección y limitar la representatividad de la muestra. La recolección de información mediante encuesta también podría estar sujeta a sesgo de memoria o de deseabilidad social.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron al desarrollo de este artículo de acuerdo con los criterios de autoría. OABT realizó la recolección, análisis e interpretación de los datos. Todos los autores revisaron la redacción y aprobación del manuscrito.

DETALLES DE LOS AUTORES

Olga Alejandra Bejarano Torres, médica epidemióloga;
olgaalejandra06@gmail.com

Andrea Elizabeth Córdova Ardón, médica epidemióloga;
andrycordova2710@gmail.com

Seneyda Nicoló López Martínez, médica, especialista en ginecología y obstetricia; dralopezseneyda@gmail.com

REFERENCIAS

- Reinante JV, Guerra YH, Reina ZEA, Hernández LN, Alonso JÁG, Méndez MB. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. *Revista Finlay*. 2019 May 16;9(2):138–46. doi:10.1016/S0716-8640(11)70449-7
- Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021 Feb 1;9(2):e161–9. doi:10.1016/S2214-109X(20)30459-9 PubMed PMID: 33212031.
- Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
- Organización Mundial de la Salud. Perfiles del cáncer cervicouterino en los países, Honduras [Internet]. [cited 2023 Nov 14]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-hnd-2021-country-profile-es.pdf?sfvrsn=d6e4ff8f_38&download=true
- El Virus de Papiloma Humano en Honduras: un riesgo mortal sin atención adecuada - Contra Corriente [Internet]. [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://contracorriente.red/2023/05/29/el-virus-de-papiloma-humano-en-honduras-un-riesgo-mortal-sin-atencion-adecuada/>
- Alber JM, Brewer NT, Melvin C, Yackie A, Smith JS, Ko LK, et al. Reducing overuse of cervical cancer screening: A systematic review. *Prev Med (Baltim)*. 2018 Nov 1;116:51–9. doi:10.1016/J.YPMED.2018.08.027 PubMed PMID: 30149037.
- Urdaneta J, Castillo Y, Baabel N. Adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino mediante citología cérvico-vaginal: opinión de mujeres venezolanas [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375674344003/>
- Gutiérrez Monica, Juárez Alberto. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino BACACE [Internet]. Vol. 21. 2021;21:4–21. doi:10.14198/recien.2021.21.02
- Arias López LL, Aramayo A, Flores E. Barreras y Facilitadores de Acceso a la Atención de Salud de la Población de 18 a 70 Años que Vive en el Área de Influencia del Centro de Salud Público Cerro Verde, Cochabamba, 2019. *Revista de Investigación e Información en Salud*. 2020 Dec 31;15(39):24–35. doi:10.52428/20756208.V15i39.334
- Secretaría de Salud Honduras. Lineamientos Técnicos y Operativos de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VHP) en la República de Honduras [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 23]. Available from: <https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=1388>
- Asamblea Mundial de la Salud. Who.int [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 23]. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-sp.pdf
- Ortiz VP, Oca DECM de, Pino MCD, Mena FSR, Obando MCV, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4535312>, et al. Caracterización de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en pacientes diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, ISSN-e 2789-3855, Vol 4, N° 2, 2023 (Ejemplar dedicado a: LATAM VI; 1–13). 2023;4(2):434. doi:10.56712/latam.v4i2.1051
- Rivera-Chavarría A, Calderón-Céspedes A, Rivera-Chavarría A, Calderón-Céspedes A. Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa. *Poblac Salud Mesoam*. 2022 Jul 1;20(1):353–72. doi:10.15517/PSM.V20i1.48983
- Isabel Garces. Barreras para la detección oportuna del Cáncer Cervicouterino en Colombia: una revisión narrativa [Internet]. 2015 [cited 2024 Sep 14]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462016000201647
- Olaza-Maguiña AF, De La Cruz-Ramírez YM. Barriers to the non-acceptance of cervical cancer screenings (pap smear test) in women of childbearing age in a rural area of Peru. *Ecancermedicalscience*. 2019;13. doi:10.3332/ECANCER.2019.901 PubMed PMID: 30915159.
- ABSTRACT. Introduction:** The history of cervical cancer dates back to 460 BC, with Hippocrates in his *Corpus Hippocraticum*. Due to its anatomical location and the possibilities for timely detection, this cancer is potentially preventable. **Objective:** To analyze the barriers related to timely detection among women aged 18 to 64 years with cervical cancer who were treated at a public hospital in Honduras from May to June 2024. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study with an analytical component was conducted. The study population consisted of women aged 18 to 64 years with cervical cancer who were treated in the oncology department. A total of 124 participants were included through non-probabilistic convenience sampling. Data were collected using the Cervical Cancer Barriers (BACACE) instrument through a survey. Univariate, bivariate, and multivariable analyses were performed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Results:** In the individual barrier domain, a statistically significant association was found between lack of knowledge that cytology can detect cervical cancer and failure to undergo cytology. In the cultural barrier domain, concern about having a man perform the cytology and concern about the test result were significantly associated with failure to undergo the test. No statistically significant association was found regarding healthcare service barriers. **Discussion:** The main barriers associated with failure to undergo cytology corresponded to the individual and cultural domains, particularly lack of knowledge about the detection of cervical cancer through cytology, concern about having the procedure performed by a man, and concern about the test result. **Keywords:** Access to healthcare services; Cervical neoplasms; Early cancer detection; Women's health.
- Sarduy Nápoles M. Características clínicas y sociodemográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2008 [cited 2024 Sep 14];34(2):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X200800200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Aldave-Zamora A, Apolaya-Segura M. Factores asociados al incumplimiento del despistaje oportuno con papanicolaou en la detección temprana del cáncer de cérvix en un centro poblado rural. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 15];36(4):259–66. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Urdaneta Machado. Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos [Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 16]. Available from: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=97153>
- Maggi Garcés BL, Tumbaco Villao AE, Villón Lainez NJ, Cacao Bailón ML. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en usuarias del Centro Oncológico Santa Elena. *Revista de Investigación Talentos*. 2023 Jan 1;10(1):68–79. doi:10.33789/TALENTOS.10.1.182
- Huacario-Chambilla JP. Barreras para la toma de papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años de la comunidad rural El Palomar-Municipio Mecapaca, La Paz Bolivia, Segundo Trimestre 2022. *Salud Pública en Acción*. 2022 Aug 24;3(2):1–9. doi:10.53287/IYCK6375DK79K
- Luz M, Juan VS, Alvarez-Najar2 P, Loba-Rodríguez3 NJ, Peña-Pita4 AP. Incertidumbre en la toma de citología cérvico uterina Uncertainty in taking cervical cytology tests Incerteza na realização de testes de citologia cervical [Internet]. doi:10.22463/17949831.3219