Ciencia y Educación
(L-ISSN: 2790-8402 E-ISSN: 2707-3378)
Vol. 7 No. 12.1
Edición Especial XII 2026

BARRERAS SOCIOCULTURALES Y PERCEPCIONES SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES INDÍGENAS DE COTOPAXI
SOCIOCULTURAL BARRIERS AND PERCEPTIONS REGARDING THE PAPANICOLAOU TEST AMONG INDIGENOUS WOMEN IN COTOPAXI

Autores: [1]Melanie Gabriela Achote Chugcho y [2]Andrea Elizabeth Yanangómez Benavides.
[1]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-7832-002X
[2]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-7605-8865
[1]E-mail de contacto: machote9077@uta.edu.ec
[2]E-mail de contacto: ae.yanangomez@uta.edu.ec
Afiliación:[1*2*]Universidad Técnica de Ambato (Ecuador).
Artículo recibido: 21 de Octubre del 2026
Artículo revisado: 31 de Octubre del 2026
Artículo aprobado: 21 de Noviembre del 2026
[1]Interna Rotativa de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).
[2]Doctora en Medicina, egresada de la Escuela Latinoamericana de Medicina, (Cuba). Con 13 años de experiencia laboral. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, egresada de la Escuela Latinoamericana de Medicina, (Cuba).

Resumen

El objetivo fue analizar las barreras socioculturales y las percepciones sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres indígenas de la zona rural y la zona urbana del cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, para lo cual se realizó un estudio observacional de corte transversal con enfoque mixto entre el 01/05/2026 y el 15/09/2026, en el que 200 mujeres de 20 a 55 años (100 rurales y 100 urbanas) respondieron una encuesta que incluyó el cuestionario CPC-28, basado en el Modelo de Creencias en Salud, y 20 participantes fueron entrevistadas con una guía semiestructurada y analizadas mediante análisis temático. La edad media fue 33,81±8,61 años y el 61,0% se había realizado el Papanicolaou, con una diferencia entre el 82,0% de las urbanas y el 40,0% de las rurales (χ^2=37,074; p<0,001; OR=6,83); quienes se habían realizado el examen obtuvieron mayores rangos en gravedad, beneficios, señales de acción y requisitos, y quienes no lo habían hecho en barreras y susceptibilidad (p<0,05 en las seis dimensiones), mientras que las entrevistas identificaron miedo (14), vergüenza (12), creencias familiares, silencio sobre la salud sexual y dificultades de citas, horarios y transporte, junto con la explicación previa, el trato respetuoso y las campañas comunitarias como facilitadores. Se concluye que la decisión de realizarse el examen depende menos de reconocer la gravedad de la enfermedad que de las emociones, las creencias y las condiciones de acceso, con una brecha marcada en la zona rural que exige estrategias educativas interculturales y servicios más cercanos y flexibles.

Palabras clave: Prueba de papanicolaou, Neoplasias del cuello uterino, Pueblos indígenas, Barreras de acceso a los servicios de salud, Población rural.

Abstract

The objective was to analyze sociocultural barriers and perceptions regarding the Pap smear among indigenous women in rural and urban areas of the Pujilí canton, Cotopaxi province. A cross-sectional observational study with a mixed-methods approach was conducted between May 1, 2026, and November 15, 2026. Two hundred women aged 20 to 55 (100 rural and 100 urban) completed a survey that included the CPC-28 questionnaire based on the Health Belief Model while 20 participants were interviewed using a semi-structured guide, with data analyzed via thematic analysis. The mean age was 33.81 ± 8.61 years, and 61.0% had undergone a Pap smear; a significant difference was observed between urban (82.0%) and rural (40.0%) women (χ^2=37.074; p<0.001; OR=6.83). Women who had undergone the exam scored higher on perceived severity, benefits, cues to action, and requirements, whereas those who had not scored higher on barriers and susceptibility (p<0.05 across all six dimensions). Interviews

identified fear (14), shame (12), family beliefs, silence regarding sexual health, and difficulties with appointments, scheduling, and transportation as barriers, while prior explanations, respectful treatment, and community campaigns were identified as facilitators. The study concludes that the decision to undergo the exam depends less on recognizing the severity of the disease than on emotions, beliefs, and access conditions; a marked gap exists in rural areas, necessitating intercultural educational strategies and more accessible, flexible services.

Keywords: Papanicolaou test, Uterine cervical neoplasms, Indigenous peoples, Barriers to access of health services, Rural population.

Sumário

O objetivo foi analisar as barreiras socioculturais e as percepções sobre o exame de Papanicolau em mulheres indígenas das zonas rural e urbana do cantão de Pujilí, província de Cotopaxi. Para isso, realizou-se um estudo observacional de corte transversal com abordagem mista entre 01/05/2026 e 15/09/2026, no qual 200 mulheres de 20 a 55 anos (100 rurais e 100 urbanas) responderam a uma pesquisa que incluiu o questionário CPC-28, baseado no Modelo de Crenças em Saúde; além disso, 20 participantes foram entrevistadas utilizando um roteiro semiestruturado, com os dados analisados por meio de análise temática. A idade média foi de 33,81 ± 8,61 anos e 61,0% haviam realizado o Papanicolau, observando-se uma diferença entre 82,0% das mulheres urbanas e 40,0% das rurais (χ^2=37,074; p<0,001; OR=6,83); aquelas que haviam realizado o exame apresentaram pontuações mais altas nas dimensões de gravidade, benefícios, sinais de ação e requisitos, enquanto as que não o haviam feito pontuaram mais em barreiras e suscetibilidade (p<0,05 nas seis dimensões). As entrevistas identificaram medo (14), vergonha (12), crenças familiares, silêncio sobre a saúde sexual e dificuldades relacionadas a agendamentos, horários e transporte, apontando, por outro lado, a explicação prévia, o tratamento respeitoso e as campanhas comunitárias como fatores facilitadores. Conclui-se que a decisão de realizar o exame depende menos do reconhecimento da gravidade da doença do que de emoções, crenças e condições de acesso, evidenciando-se uma disparidade acentuada na zona rural que exige estratégias educativas interculturais e serviços mais próximos e flexíveis.

Palavras-chave: Teste de papanicolaou, Neoplasias do colo do útero, Povos indígenas, Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, População rural.

Introducción

Las barreras socioculturales sobre la prueba de Papanicolaou pueden entenderse como el conjunto de creencias, costumbres, temores y condiciones del entorno social que limitan o retrasan la decisión de una mujer de acudir al tamizaje cervical, aunque no actúan solas, ya que se combinan con obstáculos de tipo personal, como el escaso conocimiento o la falta de tiempo, y con deficiencias propias de los servicios de salud. Por esta razón, la literatura las clasifica en barreras personales, culturales e institucionales, categorías que se influyen entre sí y que explican por qué una prueba gratuita y eficaz sigue sin alcanzar a todas las mujeres (Huaranga, D. y Ku, E., 2024).

A partir de lo anterior, las percepciones sobre la prueba de Papanicolaou se definen como las creencias y valoraciones que cada mujer construye acerca de su susceptibilidad al cáncer cervicouterino, de la gravedad de la enfermedad, de los beneficios del examen y de los obstáculos para realizarlo, de modo que la percepción no equivale al simple conocimiento, sino a la interpretación personal y cultural que da sentido a la decisión de realizarse o no la prueba, dimensiones que el Modelo de Creencias en Salud organiza como base explicativa de la conducta preventiva y que la escala CPC-28 permite medir, como lo

demuestra su evaluación psicométrica en mujeres aimaras de Chile (Quintana, G. et al., 2025).

En este contexto, la prueba de Papanicolaou en mujeres indígenas se define como el examen citológico del cuello uterino que se ofrece en los servicios de atención primaria para detectar lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, pero cuya aceptación en estas comunidades no depende solo de su disponibilidad, sino de que el personal de salud reconozca el idioma, la cosmovisión y las formas de decisión propias de cada pueblo, razón por la cual las estrategias educativas construidas mediante investigación-acción participativa, en las que las mujeres intervienen como protagonistas, se plantean como una vía adecuada para acercar el tamizaje a su realidad (Vargas, L. et al., 2025).

Al integrar estos elementos, las barreras socioculturales y las percepciones sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres indígenas de Cotopaxi abarcan los factores culturales, sociales, lingüísticos y estructurales que, en conjunto, orientan la decisión de realizarse el tamizaje en una provincia andina con numerosa población indígena, donde la residencia rural o urbana modifica el acceso y la experiencia con los servicios. Esta definición reúne la distancia a los centros de salud, el limitado conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, los tabúes sobre la sexualidad y la desconfianza hacia el sistema sanitario, factores que condicionan la participación de estas mujeres en la detección temprana (Muslin, C., 2024).

Una vez delimitados estos conceptos, la evidencia internacional muestra que la participación de las mujeres indígenas en el tamizaje cervical está condicionada por factores históricos y contextuales que se traducen en un diagnóstico más tardío y en mayor morbimortalidad, razón por la cual una revisión sistemática con metasíntesis de nueve estudios cualitativos, que integró la perspectiva occidental con la cosmovisión indígena mediante un enfoque de doble mirada, describió las barreras y los facilitadores sistémicos y temáticos señalados por las propias mujeres y concluyó que mejorar su experiencia exige cambios en todos los niveles de atención (Kandasamy, S. et al., 2022).

Al observar la realidad de América Latina, un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad a 21 mujeres de dos comunidades rurales de Guatemala mostró que, pese a que el tamizaje se ofrece sin costo, las participantes enfrentaban gastos adicionales, control por parte de sus parejas, comunicación deficiente con el personal de salud y limitaciones de recursos en los servicios, mientras que el deseo de conocer el propio estado de salud, las conversaciones con otras mujeres, incluidas las promotoras comunitarias, y las campañas de salud facilitaban el acceso, por lo que los autores recomendaron mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y aprovechar esos facilitadores (Bevilacqua, K. et al., 2022).

En Ecuador, un estudio cualitativo con ocho grupos focales y 46 participantes de grupos étnicos mixtos de la parroquia rural El Valle encontró que la percepción del cáncer cervicouterino se centraba en su gravedad, en su origen infeccioso y en la periodicidad del tamizaje, aunque las personas indígenas no lo relacionaban con el virus del papiloma humano y existía cierta resistencia a la citología por la inaccesibilidad de los servicios y por la forma de toma de la muestra, motivo por el cual los autores plantearon programas educativos y alternativas diagnósticas para las poblaciones de difícil acceso (Bautista-Valarezo, E. et al., 2022).

Asimismo, en la provincia vecina de Tungurahua, una revisión documental con enfoque cualitativo sobre las mujeres indígenas en edad reproductiva del cantón Pelileo identificó barreras socioculturales y estructurales que limitan el acceso a los servicios de salud preventiva, y planteó como respuesta la implementación de programas interculturales, campañas de sensibilización y el fortalecimiento de la atención primaria con enfoque de equidad, apoyados en la participación activa de las mujeres y de los líderes comunitarios, que se consideran decisivos para la eficacia de estas estrategias (Laica, S. et al., 2025).

Frente a este panorama, el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres ecuatorianas, con una incidencia de 17,8 por 100000 mujeres, y solo 58,4% de las mujeres en edad reproductiva se ha realizado alguna vez el tamizaje, a pesar de que existe una estrategia nacional de prevención, mientras que hasta 2022 la baja cobertura había sido abordada por apenas dos estudios, uno sobre los retos y las oportunidades de acceso en poblaciones indígenas y otro, de 2009, sobre las actitudes de mujeres urbanas y rurales (Vega, B. et al., 2022).

En cuanto a la percepción sobre el examen, la evidencia disponible sobre mujeres kichwas del Ecuador señala desconfianza hacia el sistema de salud y barreras de idioma, de modo que la citología cervical se interpreta como un procedimiento invasivo y no solo como una medida de cuidado. A ello se suma la herencia de la colonización, que devaluó los saberes tradicionales y generó un recelo histórico que influye en la disposición a someterse a una inspección ginecológica, junto con la sensibilidad de la comunidad frente a los temas de salud sexual (Muslin, C., 2024).

Por lo tanto, el problema central radica en que las mujeres indígenas ecuatorianas combinan una carga elevada de infección por virus del papiloma humano, con una prevalencia de 28,3% en un estudio realizado con mujeres kichwas y shuar (Ortiz, J. et al., 2023), mientras que en Cotopaxi se desconoce cómo perciben la prueba de Papanicolaou las mujeres rurales y urbanas y qué obstáculos socioculturales influyen en su decisión de realizarla, lo que impide planificar una prevención con pertinencia cultural.

Este estudio se justifica porque, en América Latina, la carga real del cáncer cervicouterino en las mujeres indígenas no puede cuantificarse con precisión debido a que la condición étnica se registra en pocos sistemas de información (Muslin, C., 2024), y porque en el Ecuador las mujeres con tamizaje insuficiente identifican barreras organizativas como la espera prolongada, el difícil acceso a los centros de salud y la comunicación inadecuada con el médico (Vega, B. et al., 2022), sin que en Cotopaxi se hayan comparado las percepciones de las mujeres indígenas rurales y urbanas.

Además, al comparar a las mujeres rurales y urbanas del cantón Pujilí, sus resultados permitirán diseñar estrategias de educación y comunicación construidas junto con la comunidad, tal como lo muestra la experiencia de investigación-acción participativa con mujeres indígenas orientada a prevenir el cáncer de cuello uterino (Vargas, L. et al., 2025), y contribuirán a que los servicios de salud reconozcan que las barreras individuales y las sistémicas se refuerzan entre sí y deben abordarse de forma conjunta para aumentar la participación en el tamizaje (Farajimakin, O., 2024).

Por último, la investigación aporta un instrumento adaptado al contexto indígena y

basado en la escala CPC-28, cuya evaluación psicométrica en mujeres aimaras respalda su utilidad para explorar las percepciones sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino (Quintana, G. et al., 2025), y permite analizar, mediante la clasificación en barreras personales, culturales e institucionales, las diferencias entre las mujeres rurales y urbanas de Pujilí, de modo que el estudio genere evidencia local útil para planificar acciones de prevención con pertinencia cultural (Huaranga, D. y Ku, E., 2024).

Por todo ello, el objetivo del estudio fue analizar las barreras socioculturales y las percepciones sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres indígenas de la zona rural y la zona urbana del cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, mediante un enfoque mixto que integró una encuesta con el cuestionario CPC-28 y entrevistas semiestructuradas, con el fin de describir las características sociodemográficas, los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y las prácticas de control ginecológico y de Papanicolaou de las participantes de ambas zonas; comparar la realización del Papanicolaou entre la zona rural y la urbana, y las puntuaciones de las dimensiones del CPC-28 (susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras, señales de acción y requisitos) entre las mujeres que se realizaron el examen y las que no; y explorar, mediante entrevistas semiestructuradas, las percepciones, las barreras socioculturales y de acceso y los facilitadores relacionados con la prueba, e integrarlos con los resultados cuantitativos.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, con alcance descriptivo, correlacional y comparativo y con enfoque mixto: el componente cuantitativo permitió caracterizar a las participantes y contrastar la realización de la prueba de Papanicolaou entre zonas de residencia, mientras que el componente cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas, sirvió para comprender con mayor profundidad las percepciones, las creencias, las emociones y las experiencias que influyen en esa decisión. La investigación se desarrolló en la comunidad indígena Alpamalag de Vásconez, que representó la zona rural, y en el barrio Chimbacalle, que representó la zona urbana, ambos del cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, y se ejecutó entre el 01/05/2026 y el 15/09/2026, periodo en el que se aplicaron la encuesta y las entrevistas con la carta de interés institucional de la presidencia de cada uno de estos territorios.

Una vez definidos los escenarios, se tomó como referencia la población del cantón, ya que Pujilí es el cantón con mayor proporción de población indígena de la provincia y, según el VIII Censo de Población y VII de Vivienda 2022 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023), registró 66980 habitantes, de los cuales 51,78% se autoidentificó como indígena, es decir, cerca de 34684 personas. Además, comparar una comunidad rural y un barrio urbano de un mismo cantón permitió examinar el contexto territorial dentro de una misma población indígena, de modo que las diferencias entre zonas pudieran interpretarse con menor interferencia de otras condiciones administrativas.

A partir de esa población de referencia, el tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para poblaciones finitas, $n = (N \times Z^2 \times p \times q) / [e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q]$, en la que N representa el tamaño de la población, Z el nivel de confianza, p la proporción esperada, q su complemento $(1 - p)$ y e el margen de error. Al aplicarla con un nivel de confianza de 95%, una proporción esperada de 50% y un margen de error de 7% (N=34684; Z=1,96; p=0,50; q=0,50; e=0,07), el resultado fue n=194,90, que

se aproximó a 195 participantes; sin embargo, para compensar posibles pérdidas de información y facilitar la comparación entre zonas, se incluyó a 200 mujeres indígenas, 100 de la zona rural y 100 de la urbana, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó a las mujeres de 20 a 55 años que se autoidentificaron como indígenas, que residían en la comunidad Alpamalag de Vásconez (zona rural) o en el barrio Chimbacalle (zona urbana) del cantón Pujilí, que aceptaron participar de forma voluntaria y que firmaron el consentimiento informado. En cambio, se excluyó a las mujeres que no se autoidentificaron como indígenas, a las que no residían en las zonas de estudio, a las que presentaron limitaciones cognitivas que les impedían responder la encuesta y a las que no aceptaron participar o no desearon firmar el consentimiento, de manera que la muestra quedó conformada solo por mujeres que cumplieron todos los criterios al mismo tiempo.

Con los criterios de selección establecidos, las variables se definieron en función de los objetivos específicos del estudio. Las variables independientes fueron la edad, el nivel educativo, la zona de residencia, el estado civil, la ocupación, el número de hijos, la afiliación al sistema de salud, el idioma que hablaban, el tiempo de traslado al centro de salud más cercano, el tipo de servicio de salud utilizado, el historial ginecológico y la autoidentificación como indígena, mientras que las variables dependientes fueron el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de Papanicolaou, las percepciones agrupadas en las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud y la realización previa del examen, que se registró por autorreporte; estas variables permitieron describir a las participantes según su lugar de residencia y relacionar sus características con la realización de la prueba.

Para acceder a las participantes, la investigadora principal coordinó con los líderes de la comunidad y del barrio y realizó una charla explicativa dirigida a todo el grupo de estudio, en la cual se expuso el propósito de la investigación y se subrayó que la participación era voluntaria y confidencial. Como la población de estudio era indígena, se adoptó un enfoque intercultural durante todo el proceso, que respetó las costumbres, los valores, las creencias y las formas de comunicación de las mujeres, y, cuando alguna tenía el kichwa como lengua materna, el objetivo del estudio, las preguntas de la encuesta y el consentimiento informado se explicaron en ese idioma con el apoyo de personas bilingües español-kichwa, de modo que cada mujer firmó el documento después de comprender lo que se le proponía.

Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta estructurada de cuatro secciones (Anexo 2). La primera recogió los datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, lugar de residencia, estado civil, ocupación, número de hijos, afiliación al sistema de salud, servicio de salud utilizado, idioma y tiempo de traslado al centro de salud), la segunda exploró los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de Papanicolaou (haber oído hablar de ambos, utilidad del examen, mujeres que deben realizarlo, periodicidad y métodos de prevención) y la tercera indagó las prácticas, que incluyeron los controles ginecológicos, la realización y la fecha del último Papanicolaou, la recomendación recibida de un profesional de salud, el motivo de no realizarlo y la edad de inicio de la vida sexual, mientras que la cuarta sección correspondió al cuestionario CPC-28.

El cuestionario CPC-28 (Creencias sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino) se fundamenta en el Modelo de Creencias en Salud y se ha empleado antes para explorar las creencias sobre esta prueba en mujeres chilenas (Urrutia, 2012). Consta de 28 afirmaciones agrupadas en seis dimensiones: susceptibilidad percibida (3 ítems), gravedad percibida (4), beneficios percibidos (3), barreras (9), señales de acción (6) y requisitos (3), que las participantes valoraron en una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde 1 (en total desacuerdo) hasta 4 (en total acuerdo), de modo que una puntuación más alta indicó mayor acuerdo con la dimensión correspondiente.

Antes de su aplicación, el instrumento se adaptó al contexto lingüístico y cultural de la población indígena sin alterar su estructura original y se sometió a validación de contenido mediante juicio de expertos, entendido como la opinión informada de personas con trayectoria en el tema, reconocidas como expertas cualificadas, que pueden emitir juicios y valoraciones sobre el instrumento (Escobar, J. & Cuervo, A., 2008). En este caso, los expertos en salud pública, ginecología e investigación valoraron la pertinencia, la claridad y la coherencia de cada apartado; después se realizó una prueba piloto con cerca de 10% de la muestra para verificar la comprensión, la aceptación y el lenguaje de las preguntas, y la consistencia interna se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores entre 0,70 y 0,95 se consideran aceptables (Tavakol, M. & Dennick, R., 2011).

Para el componente cualitativo se elaboró una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 3), orientada a profundizar en las percepciones y en las barreras socioculturales relacionadas con el cáncer cervicouterino y el Papanicolaou, que reunió 16 preguntas abiertas organizadas en ocho ejes que siguieron la lógica del Modelo de Creencias en Salud: conocimiento general, percepción de riesgo, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras socioculturales, acceso a los servicios de salud, experiencias previas y señales de acción. Esta estructura permitió que los relatos de las participantes pudieran contrastarse con las dimensiones del CPC-28, es decir, que la información cualitativa complementara los puntajes obtenidos en la encuesta.

La encuesta se aplicó de forma presencial por la investigadora principal, en un espacio privado y con una duración de entre 15 y 20 minutos, y cada formulario recibió un código alfanumérico que combinó la zona de residencia con un número consecutivo (RU-001 para la zona rural y UR-001 para la urbana), de modo que no se registraron nombres ni números de identificación. Las respuestas se digitaron en una base de datos protegida con contraseña y bajo custodia de la investigadora principal, y, para reducir el sesgo de deseabilidad social, se garantizó el anonimato y se procuró un ambiente de confianza durante la aplicación.

De manera complementaria, se realizaron entrevistas semiestructuradas a un subgrupo de 20 participantes (identificadas como P01 a P20), seleccionadas mediante muestreo intencional con el fin de profundizar en las percepciones, las creencias y las experiencias previas relacionadas con el Papanicolaou. Las entrevistas se llevaron a cabo en un espacio privado, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, se grabaron con el conocimiento y la autorización de las participantes para su posterior transcripción y análisis, y las grabaciones se eliminaron al concluir ese proceso, de modo que en el material cualitativo cada intervención quedó identificada solo por el código asignado.

Una vez recolectada la información, los datos de la encuesta se codificaron y se procesaron con un programa estadístico, y se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y medias con desviación estándar para las cuantitativas. La asociación entre la zona de residencia y la realización del Papanicolaou se evaluó con la prueba chi-cuadrado de Pearson, complementada con la razón de momios (OR) y la V de Cramér como medidas de la magnitud de la asociación; las puntuaciones de las seis dimensiones del CPC-28 se compararon entre las mujeres que se habían realizado el examen y las que no con la prueba U de Mann-Whitney, elegida por el carácter ordinal de las puntuaciones, y el tamaño del efecto se calculó como $r=Z/\sqrt{N}$ y se interpretó según los criterios de Cohen (1988), con un valor de $p<0,05$ como umbral de significancia.

En paralelo, las entrevistas se transcribieron y se analizaron mediante análisis temático: se realizó una lectura exhaustiva de las transcripciones, se codificaron los fragmentos con contenido relevante, se agruparon los códigos en categorías y subcategorías y se identificaron patrones y relaciones entre ellas, lo que dio lugar a siete categorías (conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, percepción de riesgo y gravedad, beneficios atribuidos al examen, barreras socioculturales, acceso a los servicios de salud, experiencias previas y señales de acción). Se registró el número de entrevistas en que apareció cada subcategoría, los testimonios más representativos se citaron de forma literal con el código de la participante, y ambos componentes se integraron en una matriz conjunta que contrastó, por cada dimensión del Modelo de Creencias en Salud, los puntajes del CPC-28 con los relatos para Los resultados se presentan en dos apartados que siguen el diseño mixto del estudio. El establecer si estos los confirmaban, los ampliaban o los contradecían.

Por último, el protocolo se clasificó como de riesgo mínimo, porque la participación consistió en responder una encuesta y una entrevista, y fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Ambato (CEISH-UTA) antes de iniciar la recolección de datos. Como paso previo a su participación, cada mujer recibió una hoja de información y firmó el consentimiento informado, en el cual constaban el carácter voluntario de la participación, la ausencia de incentivos económicos y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna, y se previó devolver los resultados a la comunidad mediante charlas informativas, carteles y material educativo, sin que se recolectaran muestras biológicas.

La investigación se guio por los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y respetó la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud y la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, que obligan a un trato digno, confidencial y respetuoso hacia las participantes. Los datos se manejaron con códigos alfanuméricos y se almacenaron en archivos digitales con contraseña, bajo custodia de la investigadora principal, por un plazo de tres años, tras el cual se eliminarán de forma segura; además, como las participantes fueron mujeres adultas de 20 a 55 años, no se incluyó a menores de edad ni a adultas mayores, y se incorporó un enfoque de género que reconoció las desigualdades estructurales que limitan el acceso al tamizaje.

Resultados

primero recoge el análisis cuantitativo de las 200 mujeres que respondieron la encuesta y el

CPC-28, organizado en seis tablas que van del perfil sociodemográfico a la comparación de las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud según la realización del Papanicolaou. El segundo expone el análisis cualitativo de las 20 entrevistas semiestructuradas (P01 a P20) y lo integra con los datos anteriores en una matriz conjunta; los porcentajes se calcularon sobre el total de cada grupo y se adoptó un nivel de significancia de $p<0,05$.

Resultados cuantitativos

Tabla 1. *Características sociodemográficas de las participantes según zona de residencia (N=200)*

		Rural n (%)	Urbano n (%)	Total n (%)
Edad	20–29 años	43 (43,0)	39 (39,0)	82 (41,0)
	30–39 años	31 (31,0)	39 (39,0)	70 (35,0)
	40–49 años	12 (12,0)	19 (19,0)	31 (15,5)
	50–55 años	14 (14,0)	3 (3,0)	17 (8,5)
Nivel educativo	Ninguna	17 (17,0)	5 (5,0)	22 (11,0)
	Escuela	25 (25,0)	14 (14,0)	39 (19,5)
	Colegio	43 (43,0)	57 (57,0)	100 (50,0)
	Universidad	15 (15,0)	24 (24,0)	39 (19,5)
Estado civil	Soltera	19 (19,0)	30 (30,0)	49 (24,5)
	Casada	37 (37,0)	46 (46,0)	83 (41,5)
	Unión libre	31 (31,0)	16 (16,0)	47 (23,5)
	Divorciada	7 (7,0)	7 (7,0)	14 (7,0)
	Viuda	6 (6,0)	1 (1,0)	7 (3,5)
Número de hijos	0	22 (22,0)	30 (30,0)	52 (26,0)
	1	33 (33,0)	15 (15,0)	48 (24,0)
	2	29 (29,0)	24 (24,0)	53 (26,5)
	3	12 (12,0)	18 (18,0)	30 (15,0)
	4	4 (4,0)	10 (10,0)	14 (7,0)
	5	0 (0,0)	3 (3,0)	3 (1,5)
Afiliación al sistema de salud	Sí	11 (11,0)	15 (15,0)	26 (13,0)
	No	89 (89,0)	85 (85,0)	174 (87,0)
Servicio de salud utilizado	Centro de salud público (MSP)	61 (61,0)	79 (79,0)	140 (70,0)
	Clínica privada	1 (1,0)	3 (3,0)	4 (2,0)
	Seguro social (IESS)	11 (11,0)	16 (16,0)	27 (13,5)
	Medicina ancestral o tradicional	27 (27,0)	2 (2,0)	29 (14,5)
Idioma	Español	23 (23,0)	39 (39,0)	62 (31,0)
	Español y kichwa	77 (77,0)	61 (61,0)	138 (69,0)
Distancia al establecimiento de salud	Menos de 30 minutos	25 (25,0)	68 (68,0)	93 (46,5)
	30 a 60 minutos	66 (66,0)	32 (32,0)	98 (49,0)
	Más de 1 hora	9 (9,0)	0 (0,0)	9 (4,5)

Fuente: *elaboración propia. Nota. Edad media=33,81±8,61 años. Los porcentajes de las columnas rural y urbano se calcularon sobre 100 participantes por zona y los del total sobre 200.*

Participaron 200 mujeres indígenas de 20 a 55 años (Tabla 1), con una edad media de 33,81±8,61 años, distribuidas en partes iguales entre la zona rural (n=100) y la zona urbana (n=100). El grupo de 20 a 29 años fue el más numeroso (41,0%), seguido del de 30 a 39 años (35,0%), y la proporción de mujeres de 50 a 55 años fue mayor en la zona rural (14,0%) que en la urbana (3,0%).

En cuanto a la instrucción, la mitad de las participantes había cursado colegio (50,0%), aunque el patrón difirió según el lugar de residencia: el 17,0% de las mujeres rurales no tenía ninguna instrucción formal frente al 5,0% de las urbanas, y el 24,0% de las urbanas había llegado a la universidad frente al 15,0% de las rurales. El estado civil más frecuente fue casada (41,5%), si bien la unión libre fue casi el doble de común en el área rural (31,0%) que en la

urbana (16,0%), y el número de hijos más habitual fue dos (26,5%), con un 26,0% de mujeres sin hijos.

La cobertura de aseguramiento fue baja, pues el 87,0% no estaba afiliada a ningún seguro de salud, y el centro de salud público del MSP fue el servicio más utilizado (70,0%), seguido de la medicina ancestral o tradicional (14,5%) y del seguro social (13,5%). El uso de la medicina ancestral se concentró en el área rural (27,0% frente a 2,0%), y el 69,0% de la muestra hablaba español y kichwa, con una proporción mayor entre las rurales (77,0%) que entre las urbanas (61,0%). El acceso geográfico mostró la brecha más marcada entre ambas zonas. El 68,0% de las mujeres urbanas llegaba al establecimiento en menos de 30 minutos, mientras que el 66,0% de las rurales tardaba entre 30 y 60 minutos y el 9,0% más de una hora, un tiempo que no se registró en ninguna participante urbana; en el total de la muestra, el 49,0% requería entre 30 y 60 minutos.

Tabla 2. *Conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y su prevención (N=200)*

	n	%
Ha escuchado sobre cáncer cervicouterino	184	92,0
Ha escuchado sobre la prueba de Papanicolaou	175	87,5
Identifica a las mujeres con vida sexual iniciada como grupo que debe realizarse el examen	125	62,5
Considera que existen formas de prevenir el cáncer cervicouterino	156	78,0
Conoce las revisiones o el Papanicolaou como método preventivo	141	56,4
Conoce la vacuna contra el VPH como método preventivo	67	26,8
Conoce el condón como método preventivo	42	16,8

Fuente: *elaboración propia. Nota. Pregunta de respuesta múltiple; los porcentajes se calcularon sobre las 250 respuestas registradas.*

El 92,0% de las participantes había escuchado hablar del cáncer cervicouterino y el 87,5% de la prueba de Papanicolaou (Tabla 2), lo que indica una familiaridad amplia con ambos términos. Sin embargo, el conocimiento sobre la finalidad del examen fue más limitado, ya que el 47,5% lo asoció con la detección oportuna de enfermedades y el 31,0% con su prevención.

Respecto a la población a la que se dirige la prueba, el 62,5% reconoció que deben realizársela las mujeres que ya iniciaron su vida sexual, y el 34,5% sostuvo que solo corresponde hacerlo cuando hay síntomas, una creencia que contradice el carácter preventivo del tamizaje. El 78,0% afirmó que existen formas de prevenir el cáncer cervicouterino, y entre los métodos mencionados predominaron las revisiones periódicas o el Papanicolaou (56,4%), por delante de la vacuna contra el VPH (26,8%) y el condón (16,8%).

Tabla 3. *Prácticas relacionadas con el control ginecológico y el Papanicolaou (N=200)*

	Sí n (%)	No n (%)
Control ginecológico	163 (81,5)	37 (18,5)
Realización de Papanicolaou	122 (61,0)	78 (39,0)
Recomendación para realizarse el Papanicolaou	110 (55,0)	18 (9,0)

Fuente: *elaboración propia.*

El 81,5% de las participantes refirió haber acudido alguna vez a un control ginecológico, y el 61,0% (n=122) declaró haberse realizado el Papanicolaou, de modo que 78 mujeres (39,0%) nunca se habían sometido al examen. La edad media de inicio de la vida sexual fue 19,06±2,04 años, un dato que sitúa a la mayoría de las participantes dentro del grupo al que se dirige el tamizaje. El 55,0% (n=110) indicó haber recibido la recomendación de realizarse el examen y el 9,0% (n=18) señaló no haberla recibido; como algunas preguntas fueron condicionales, estos porcentajes deben leerse con cautela.

Tabla 4. *Puntuaciones descriptivas de las dimensiones del CPC-28 (N=200)*

	Ítems	Rango posible	Mínimo	Máximo	Media	DE	Media/máximo (%)
Susceptibilidad percibida	3	3–12	3	12	7,10	1,76	59,2
Gravedad percibida	4	4–16	4	16	13,60	2,04	85,0
Beneficios percibidos	3	3–12	3	12	10,58	1,56	88,2
Barreras	9	9–36	9	36	25,86	5,59	71,8
Señales de acción	6	6–24	6	24	20,29	2,88	84,5
Requisitos	3	3–12	3	12	10,03	1,73	83,6

Fuente: *elaboración propia. Nota. DE=desviación estándar. La última columna expresa la media como porcentaje de la puntuación máxima posible de cada dimensión.*

Los rangos observados coincidieron con los rangos posibles de cada dimensión (Tabla 4), y las medias más cercanas al máximo se registraron en beneficios percibidos (10,58 de 12; 88,2%), gravedad percibida (13,60 de 16; 85,0%) y señales de acción (20,29 de 24; 84,5%). Los requisitos alcanzaron 10,03 de 12 (83,6%), de modo que, en conjunto, las participantes reconocieron la utilidad del examen y la seriedad de la enfermedad.

La susceptibilidad percibida obtuvo la media más baja (7,10 de 12; 59,2%), cercana al punto medio de la escala, lo que refleja una percepción de riesgo moderada. La dimensión de barreras alcanzó 25,86 de 36 (71,8%) y mostró la mayor desviación estándar (5,59), es decir, las participantes percibieron obstáculos de magnitud considerable y con diferencias marcadas entre unas y otras.

La realización del Papanicolaou se asoció con la zona de residencia (Tabla 5; χ^2=37,074; gl=1; p<0,001): el 82,0% de las mujeres urbanas (n=82) se había realizado el examen frente al 40,0% de las rurales (n=40), una diferencia de 42 puntos porcentuales. En consecuencia, el 60,0% de las mujeres rurales nunca se había realizado la prueba, frente al 18,0% de las urbanas.

Tabla 5. *Asociación entre la zona de residencia y la realización del Papanicolaou (N=200)*

Residencia	Papanicolaou: Sí n (%)	Papanicolaou: No n (%)	χ^2	gl	p
Rural	40 (40,0)	60 (60,0)	37,074	1	<0,001
Urbana	82 (82,0)	18 (18,0)			
Total	122 (61,0)	78 (39,0)			

Fuente: *elaboración propia. Nota. Prueba chi-cuadrado de Pearson. Razón de momios (OR)=6,83 y V de Cramér=0,43, calculadas a partir de la tabla.*

La razón de momios (OR) fue 6,83, es decir, los momios de haberse realizado el examen resultaron casi siete veces mayores en el grupo urbano que en el rural, y el tamaño del efecto (V de Cramér=0,43) corresponde a una asociación de magnitud entre mediana y grande.

Tabla 6. *Comparación de las dimensiones del CPC-28 según la realización del Papanicolaou (N=200)*

	Rango promedio, PAP sí (n=122)	Rango promedio, PAP no (n=78)	U	Z	p	r
Susceptibilidad percibida	91,89	113,97	3707,50	−2,678	0,007	0,19
Gravedad percibida	117,19	74,40	2722,00	−5,179	<0,001	0,37
Beneficios percibidos	113,24	80,58	3204,00	−4,052	<0,001	0,29
Barreras	82,33	128,92	2541,00	−5,562	<0,001	0,39
Señales de acción	115,69	76,74	2904,50	−4,691	<0,001	0,33
Requisitos	113,09	80,80	3221,50	−3,930	<0,001	0,28

Fuente: *elaboración propia. Nota. Prueba U de Mann-Whitney. $r=|Z|/\sqrt{N}$, calculado a partir de los valores de la tabla.*

Las seis dimensiones del CPC-28 difirieron de forma significativa (Tabla 6) entre las mujeres que se habían realizado el Papanicolaou y las que no ($p<0,05$ en todos los casos). Quienes sí se realizaron el examen presentaron mayores rangos promedio en gravedad percibida (117,19 frente a 74,40), señales de acción (115,69 frente a 76,74), beneficios percibidos (113,24 frente a 80,58) y requisitos (113,09 frente a 80,80).

En cambio, las mujeres sin examen obtuvieron rangos más altos en barreras (128,92 frente a 82,33) y en susceptibilidad percibida (113,97 frente a 91,89). Las mayores diferencias se observaron en barreras ($Z=-5,562$; $r=0,39$) y en gravedad percibida ($Z=-5,179$; $r=0,37$), con tamaños del efecto medianos, mientras que la susceptibilidad mostró la diferencia más modesta ($p=0,007$; $r=0,19$).

Así, una menor percepción de barreras, una mayor valoración de la gravedad y de los beneficios, y la presencia de señales de acción y requisitos acompañaron a la realización del examen, un patrón coherente con el Modelo de Creencias en Salud. La mayor susceptibilidad percibida entre quienes no se realizaron la prueba no siguió la dirección esperada y se analizará en la discusión.

Resultados cualitativos

El análisis temático de las 20 entrevistas (P01 a P20) permitió identificar siete categorías, que corresponden a las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud y a los ejes de la guía de entrevista. 16 participantes ya se habían realizado el Papanicolaou y cuatro no (P04, P06, P10 y P16), de modo que los relatos recogen tanto la experiencia de quienes acudieron al examen como la de quienes lo han postergado; las frecuencias indicadas corresponden al número de entrevistas en que apareció cada idea (Tabla 7).

Tabla 7. *Categorías, subcategorías y frecuencia de menciones en las entrevistas (n=20)*

Categoría	Subcategoría	Entrevistas (n)	Testimonio representativo
Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino	Conocimiento parcial o limitado	10	"No conozco mucho sobre cómo se produce la enfermedad" (P16)
	Creencia previa de que solo aparece con síntomas	4	"Antes pensaba que siempre aparecían síntomas cuando una mujer tenía esta enfermedad" (P18)
	Sabe que existen controles para detectarlo a tiempo	18	"También sé que existen exámenes para detectarla a tiempo" (P01)
Percepción de riesgo y gravedad	Susceptibilidad afirmada	17	"porque una mujer puede sentirse saludable y aun así necesitar controles" (P08)
	Incertidumbre sobre el propio riesgo	3	Entrevistadas P04, P10 y P16
	Gravedad reconocida (consecuencias emocionales y familiares: 20; laborales: 11; económicas: 9)	20	"Puede afectar la tranquilidad, la familia y la economía de una mujer" (P18)
Beneficios percibidos	Prevención y detección temprana	20	"Lo considero incómodo, pero necesario para la prevención" (P03)
Barreras socioculturales	Miedo (al resultado: 9; al dolor: 4)	14	"No me lo he realizado porque tengo miedo y vergüenza" (P10)
	Vergüenza	12	"Aunque al principio me daba vergüenza, ahora considero que es parte del cuidado personal" (P05)
	Creencia de que no se necesita examen sin molestias	8	"Mi abuela decía que si una mujer estaba sana no necesitaba hacerse tantos exámenes" (P10)
	Silencio familiar sobre salud sexual	8	"En mi familia no se hablaba mucho sobre salud sexual o exámenes ginecológicos" (P06)
Acceso a los servicios	Horarios y obligaciones laborales o familiares	18	"Cuando tengo trabajo, me cuesta pedir permiso para acudir" (P14)
	Disponibilidad de citas o turnos	16	"En mi caso no es que no quiera hacerlo, sino que a veces es difícil conseguir una cita" (P03)
	Transporte, distancia o costo del traslado	8	"No siempre tengo tiempo ni dinero para movilizarme" (P06)
	Tiempos de espera	7	"El problema aparece cuando hay mucha demanda y tengo que esperar" (P09)

Experiencias previas	Valoración aceptable o buena entre quienes se realizaron el examen (n=16)	16	"La experiencia fue buena porque me explicaron el procedimiento y recibí un trato respetuoso" (P07)
	Explicación previa o trato respetuoso como favorecedores	15	"La experiencia fue mejor de lo que esperaba porque recibí una explicación previa" (P18)
Señales de acción y propuestas	Recomendación de un profesional de salud	20	Entrevistadas P01 a P20
	Campañas, charlas o jornadas comunitarias	19	"Sería bueno realizar campañas en las comunidades y explicar el examen de una manera sencilla" (P01)
	Más citas, horarios flexibles o agendamiento sencillo	15	"Sería conveniente ampliar los horarios de atención y realizar campañas dirigidas a mujeres que trabajan" (P11)
	Recordatorios	11	Entrevistadas P01, P03, P05, P07, P09, P11, P12, P15, P17, P19 y P20
	Apoyo de la familia	2	"Me motivarían la información, los recordatorios y el apoyo de mi familia" (P20)

Fuente: *elaboración propia a partir del análisis temático de las entrevistas. Nota. Una misma participante puede aparecer en más de una subcategoría. Los testimonios son transcripciones literales de las entrevistas.*

Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino

Todas las participantes dijeron haber escuchado hablar del cáncer del cuello del útero, pero la profundidad del conocimiento varió: 10 entrevistadas (P02, P04, P06, P08, P10, P12, P13, P15, P16 y P20) describieron un saber parcial, centrado en que se trata de un cáncer grave que afecta a las mujeres, sin precisión sobre sus causas, sus factores de riesgo o su prevención. Las fuentes de información mencionadas fueron el centro de salud, las campañas y charlas comunitarias y el entorno cercano, como una amiga (P09) o un caso conocido (P05). Cuatro entrevistadas (P02, P04, P12 y P18) reconocieron haber creído que la enfermedad solo se manifestaba con síntomas, una idea que modificaron al recibir información: "Antes pensaba que siempre aparecían síntomas cuando una mujer tenía esta enfermedad" (P18). 18 de las 20 sabían que existen exámenes que permiten detectar la enfermedad a tiempo, con las excepciones de P10, quien señaló que no sabía que pudiera detectarse mediante controles, y de P04, quien dijo no conocer bien cómo prevenirla.

Percepción de riesgo y gravedad

17 entrevistadas consideraron que podían llegar a padecer la enfermedad y lo justificaron con el argumento de que esta puede no dar señales al inicio: "porque una mujer puede sentirse saludable y aun así necesitar controles" (P08). Las tres restantes (P04, P10 y P16) expresaron incertidumbre sobre su propio riesgo y las tres pertenecían al grupo que aún no se había realizado el examen, lo que sugiere un vínculo entre la percepción de riesgo y la decisión de acudir. La gravedad fue reconocida por las 20 participantes, que calificaron la enfermedad como grave, seria o preocupante, y describieron consecuencias que van más allá de lo físico: afectaciones emocionales y familiares (20 entrevistas en cada caso), dificultades laborales (11) y gastos asociados al tratamiento (9). Un testimonio sintetiza esta visión integral: "Puede afectar la tranquilidad, la familia y la economía de una mujer" (P18).

Beneficios percibidos del Papanicolaou

Las 20 participantes asociaron el Papanicolaou con la prevención y con la detección temprana de cambios en el cuello uterino, y lo describieron como un examen necesario o como una forma de cuidar la salud: "Lo considero incómodo, pero necesario para la prevención" (P03). Esta valoración coexistió con referencias a la incomodidad del procedimiento, que algunas entrevistadas consideraron un costo menor frente al beneficio ("No considero que la incomodidad sea motivo suficiente para

evitarlo", P13; "Para mí la incomodidad es menor comparada con el beneficio de controlar la salud", P19), mientras que otras lo calificaron de invasivo (P04 y P16).

Barreras socioculturales

El miedo apareció en 14 entrevistas, ya fuera como temor al resultado (nueve de ellas), al dolor del procedimiento (cuatro) o como nerviosismo ante lo desconocido, y la vergüenza asociada con la exposición de una zona íntima se mencionó en 12. Las cuatro participantes sin examen (P04, P06, P10 y P16) refirieron ambos sentimientos y los señalaron como razón de la postergación: "No me lo he realizado porque tengo miedo y vergüenza" (P10). Las creencias del entorno funcionaron como un segundo tipo de barrera: ocho entrevistadas refirieron la idea, presente en la familia o la comunidad, de que una mujer sin molestias no necesita realizarse exámenes ("Mi abuela decía que si una mujer estaba sana no necesitaba hacerse tantos exámenes", P10), y otras ocho mencionaron el silencio familiar sobre la salud sexual ("En mi familia no se hablaba mucho sobre salud sexual o exámenes ginecológicos", P06). Varias señalaron que esta situación está cambiando porque ahora se conversa más sobre prevención (P05, P09, P12, P19 y P20), de modo que las barreras culturales se describieron como un proceso en transformación y no como una condición fija.

Acceso a los servicios de salud

Las dificultades de acceso fueron las más frecuentes, ya que las 20 participantes mencionaron al menos una: la disponibilidad de citas o turnos (16), la incompatibilidad entre los horarios del servicio y las obligaciones laborales o familiares (18), el transporte, la distancia o el costo del traslado (8) y los tiempos de espera (7). Varias entrevistadas separaron la voluntad de la posibilidad real de acudir: "En mi caso no es que no quiera hacerlo, sino que a veces es difícil conseguir una cita" (P03). Los permisos laborales se repitieron como obstáculo ("Cuando tengo trabajo, me cuesta pedir permiso para acudir", P14), y las dificultades de transporte, distancia o dinero fueron mencionadas por las cuatro participantes sin examen y por otras cuatro que sí se lo habían realizado (P01, P02, P08 y P18): "No siempre tengo tiempo ni dinero para movilizarme" (P06). Estos relatos muestran que, aun con disposición para realizarse la prueba, las condiciones concretas del servicio pueden llevar a postergarla.

Experiencias relacionadas con el Papanicolaou

Las 16 participantes que ya se habían realizado el examen lo describieron como aceptable o bueno, y quince atribuyeron esa valoración a la explicación previa del procedimiento o al trato respetuoso del personal. Varias recordaron incomodidad, vergüenza o nervios en la primera vez, que disminuyeron cuando recibieron información: "La primera experiencia fue incómoda, pero el personal me trató con respeto y eso ayudó bastante" (P05). En contraste, las participantes sin examen describieron una orientación insuficiente aun cuando habían recibido la recomendación: "no recibí mucha explicación" (P04), "no recuerdo que me hayan explicado mucho sobre el procedimiento" (P10) y "Me gustaría que primero me explicaran paso a paso el procedimiento" (P16). P06 añadió la necesidad de saber que no será juzgada, lo que sugiere que la calidad de la comunicación podría influir tanto en la experiencia como en la decisión inicial de acudir.

Señales de acción y propuestas para favorecer el examen

Las 20 entrevistadas recordaron haber recibido alguna recomendación de un médico o una

enfermera para realizarse el examen o mantener sus controles, aunque en algunos casos la indicación no incluyó una explicación suficiente (P04, P10 y P16). Como factores que favorecerían la realización de la prueba, 19 propusieron campañas, charlas o jornadas en barrios y comunidades, 15 pidieron más citas, horarios flexibles o procesos de agendamiento más sencillos y 11 pidieron recordatorios.

Otras propuestas fueron ampliar los horarios para las mujeres que trabajan ("Sería conveniente ampliar los horarios de atención y realizar campañas dirigidas a mujeres que trabajan", P11), acercar los servicios a las comunidades (P02, P06, P08, P12, P16 y P18) y explicar el examen de manera sencilla ("Sería bueno realizar campañas en las comunidades y explicar el examen de una manera sencilla", P01). Dos entrevistadas (P05 y P20) incorporaron además el apoyo de la familia como factor de motivación, de modo que la prevención se concibió también como una responsabilidad compartida: "Me motivarían la información, los recordatorios y el apoyo de mi familia" (P20).

Integración de los resultados cuantitativos y cualitativos

La Tabla 8 contrasta, dimensión por dimensión, lo observado en el CPC-28 y en la encuesta con lo expresado en las entrevistas. En la mayoría de las dimensiones ambos tipos de datos apuntan en la misma dirección, y las entrevistas aportan el significado y los mecanismos que las cifras no permiten captar.

Tabla 8. *Matriz de integración de resultados cuantitativos y cualitativos según las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud.*

Dimensión	Resultado cuantitativo	Resultado cualitativo	Integración
Conocimientos y creencias	El 92,0% había oído hablar del cáncer cervicouterino; el 47,5% asoció el examen con la detección oportuna y el 31,0% con la prevención; el 34,5% considera que solo debe hacerse con síntomas.	10 entrevistadas con conocimiento parcial; 8 refirieron la creencia de que sin molestias no se necesita examen.	Convergencia: el conocimiento general es amplio, pero la finalidad preventiva se comprende de forma parcial.
Susceptibilidad	Media 7,10 (59,2%); rango promedio mayor en mujeres sin examen (113,97 frente a 91,89; p=0,007).	17 aceptaron que podrían padecer la enfermedad; las 3 con incertidumbre no se habían realizado el examen.	Discrepancia por analizar en la discusión: la puntuación mayor entre las mujeres sin examen contrasta con la incertidumbre de las entrevistadas sin examen.
Gravedad	Media 13,60 (85,0%); rango promedio mayor con examen (117,19 frente a 74,40; p<0,001).	Gravedad reconocida por las 20; consecuencias emocionales y familiares (20), laborales (11) y económicas (9).	Convergencia: la enfermedad se percibe como seria, con repercusiones que superan lo físico.
Beneficios	Media 10,58 (88,2%); rango promedio mayor con examen (113,24 frente a 80,58; p<0,001).	Prevención y detección temprana en las 20; la incomodidad se subordina al beneficio.	Convergencia: el beneficio del examen es la dimensión mejor valorada y no distingue por sí sola a quienes no se lo realizan.
Barreras	Media 25,86 (71,8%); rango promedio mayor sin examen (128,92 frente a 82,33; p<0,001); examen en 40,0% de rurales y 82,0% de urbanas; 75,0% de rurales a más de 30 minutos frente a 32,0% de urbanas.	Miedo (14), vergüenza (12), creencias (8), silencio familiar (8), horarios (18), citas (16) y transporte (8).	Convergencia y ampliación: las entrevistas explican cómo operan las barreras emocionales, culturales y de acceso que la encuesta cuantifica.
Señales de acción	Media 20,29 (84,5%); rango promedio mayor con examen (115,69 frente a 76,74; p<0,001); recomendación recibida por el 55,0%.	Recomendación profesional recordada por las 20; campañas (19), citas y horarios (15) y recordatorios (11).	Complemento: la recomendación es frecuente, pero su efecto parece depender de que incluya una explicación comprensible.
Requisitos	Media 10,03 (83,6%); rango promedio mayor con examen (113,09 frente a 80,80; p<0,001).	Explicación previa y trato respetuoso en 15 de 16 experiencias; las mujeres sin examen pidieron información paso a paso.	Complemento: las condiciones que favorecen el examen incluyen la comunicación del personal y la facilidad para obtener la cita.

Fuente: *elaboración propia. Nota. Los porcentajes de la columna cuantitativa corresponden a la media como proporción del máximo de la escala.*

Discusión

Según Vega, B. et al. (2022), el 58,4% de las mujeres ecuatorianas en edad reproductiva se ha realizado alguna vez el tamizaje, una proporción próxima al 61,0% observado en el conjunto de la muestra, aunque la cifra global ocultó una brecha amplia entre zonas: el 82,0% de las urbanas frente al 40,0% de las rurales, con momios casi siete veces mayores en el grupo urbano (OR=6,83). Este rezago rural no parece exclusivo de Cotopaxi, pues Delgado, D. et al. (2026) encontraron que el 42,7% de 1692 mujeres de parroquias rurales de Cuenca tenía un tamizaje insuficiente según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, si bien los criterios de medición de ambos estudios no son equivalentes.

La diferencia entre zonas se acompañó de condiciones de vida y de acceso desiguales, pues el 75,0% de las mujeres rurales tardaba más de 30 minutos en llegar al establecimiento de salud frente al 32,0% de las urbanas, el 42,0% de las rurales no tenía instrucción o solo había cursado escuela frente al 19,0% de las urbanas, y el recurso a la medicina ancestral fue mucho más frecuente en el área rural (27,0% frente a 2,0%). Estos factores coinciden con lo descrito por Bautista-Valarezo, E. et al. (2022), quienes atribuyeron la resistencia a la citología en una parroquia rural de Ecuador a la inaccesibilidad de los servicios, y con lo observado por Delgado, D. et al. (2026) en Cuenca, donde el bajo nivel educativo se asoció con un tamizaje insuficiente, de modo que la zona de residencia parece resumir un conjunto de desventajas acumuladas más que un efecto aislado.

Aunque la mayoría de las participantes había oído hablar del cáncer cervicouterino (92,0%) y del Papanicolaou (87,5%), la comprensión de su finalidad fue limitada: solo el 47,5% asoció el examen con la detección oportuna, el 31,0% con la prevención y el 34,5% consideró que debe hacerse cuando hay síntomas, mientras que en las entrevistas 10 mujeres describieron un conocimiento parcial de la enfermedad. Esta distancia entre familiaridad y comprensión se repite en otros contextos, ya que Bukowski, A. et al. (2023) reportaron un conocimiento bajo sobre el virus del papiloma humano, el propósito de la prueba y el intervalo recomendado en mujeres con tamizaje atrasado de Carolina del Norte, y Mendes, T. et al. (2026) describieron un entendimiento insuficiente del propósito del examen entre mujeres ribereñas de la Amazonía brasileña.

Las dimensiones de gravedad y beneficios percibidos obtuvieron las medias más altas del CPC-28 (85,0% y 88,2% del máximo), y las 20 entrevistadas describieron la enfermedad como seria y el examen como un medio de prevención, lo que concuerda con Bautista-Valarezo, E. et al. (2022), quienes observaron en grupos focales de una parroquia rural ecuatoriana una percepción del cáncer cervicouterino centrada en su gravedad. Sin embargo, estas valoraciones fueron mayores entre quienes se habían realizado el examen (r=0,37 y r=0,29), por lo que reconocer la importancia del tamizaje parece necesario pero insuficiente para que se concrete, un patrón coherente con el Modelo de Creencias en Salud, que sustenta la escala CPC-28 evaluada por Quintana, G. et al. (2025) en mujeres aimaras de Chile.

La susceptibilidad percibida fue la dimensión más baja (59,2% del máximo) y mostró rangos mayores entre las mujeres sin examen, con el menor tamaño del efecto de las seis dimensiones (r=0,19), un resultado que difiere de lo informado por Bukowski, A. et al. (2023), quienes asociaron un mayor riesgo percibido

con haber intentado realizarse la prueba en mujeres con tamizaje atrasado de Carolina del Norte. Esa diferencia también contrasta con las entrevistas, en las que 17 mujeres aceptaron que podrían padecer la enfermedad y las tres con dudas sobre su propio riesgo (P04, P10 y P16) no se habían realizado el examen, de modo que la susceptibilidad fue la dimensión menos consistente entre ambos componentes.

Las barreras fueron la dimensión que mejor diferenció a quienes se habían realizado el examen de quienes no (r=0,39), y las entrevistas permiten entender su contenido: el miedo al resultado o al dolor apareció en 14 relatos y la vergüenza por la exposición de una zona íntima en 12. Esta combinación de miedo y vergüenza ya había sido descrita por Delgado, D. et al. (2026), quienes asociaron la vergüenza durante el examen genital con un tamizaje insuficiente en Cuenca, y por Mendes, T. et al. (2026), según quienes las mujeres ribereñas de Brasil temían el resultado y se sentían más cómodas con profesionales mujeres.

as barreras no se limitaron al plano individual, pues ocho entrevistadas refirieron la idea familiar de que sin molestias no hace falta examinarse y otras ocho el silencio sobre la salud sexual, un patrón que se enlaza con el 34,5% que en la encuesta limitó el examen a la presencia de síntomas y que se asemeja a lo señalado por Muslin, C. (2024) para las mujeres kichwas: sensibilidad comunitaria hacia estos temas, desconfianza hacia el sistema de salud y percepción de la citología como un procedimiento invasivo. No obstante, cinco entrevistadas indicaron que hoy se conversa más sobre prevención, lo que sugiere que estas creencias son cambiantes, y Bevilacqua, K. et al. (2022) mostraron en Guatemala que las promotoras comunitarias y las conversaciones entre mujeres facilitaban el acceso, de modo que el diálogo entre pares puede ser una vía útil.

El acceso a los servicios fue el obstáculo más repetido en las entrevistas, ya que las 20 participantes mencionaron al menos uno, entre ellos la falta de citas (16), los horarios incompatibles con el trabajo o el hogar (18) y el transporte o la distancia (8), problemas que coinciden con los señalados por Vega, B. et al. (2022) en mujeres con tamizaje insuficiente de Cuenca, quienes refirieron espera prolongada, acceso difícil a los centros y comunicación inadecuada con el médico. A ello se suma la calidad de la comunicación, porque 15 de las 16 participantes con examen atribuyeron su experiencia positiva a la explicación previa o al trato respetuoso, mientras que las tres que recibieron la recomendación sin explicación suficiente (P04, P10 y P16) no se habían realizado la prueba, de manera semejante a lo que Mendes, T. et al. (2026) recogieron entre ribereñas brasileñas, quienes refirieron que solo se les entregaba un papel sin aclaraciones.

En conjunto, la integración de ambos componentes sugiere que la decisión de realizarse el Papanicolaou depende menos de reconocer la gravedad de la enfermedad, que fue casi universal, que, de la combinación de emociones, creencias y condiciones de acceso, lo que orienta las propuestas de las propias participantes: campañas comunitarias (19 entrevistas), más citas y horarios flexibles (15) y recordatorios (11). Estas medidas se aproximan a las estrategias interculturales y de sensibilización que Laica, S. et al. (2025) plantearon para mujeres indígenas del cantón Pelileo y a la estrategia educativa que Vargas, L. et al. (2025) construyeron con mujeres indígenas mediante investigación-acción participativa, por lo que en Pujilí resultaría pertinente diseñarlas junto con las comunidades

rural y urbana y con atención a la distancia, que afecta sobre todo a la zona rural.

Los resultados deben interpretarse considerando algunas limitaciones: el diseño transversal impide establecer relaciones causales o de dirección entre las dimensiones del CPC-28 y la realización del examen, el muestreo no probabilístico por conveniencia en una comunidad y un barrio limita la generalización a otras mujeres indígenas de Cotopaxi, y la realización del Papanicolaou se registró por autorreporte, con posibles sesgos de memoria y de deseabilidad social. Además, el análisis fue bivariado, por lo que la zona de residencia puede confundirse con la distancia, la instrucción o el uso de medicina ancestral; algunas preguntas de la encuesta fueron condicionales, las 20 entrevistas no se analizaron según la zona de residencia y las frecuencias cualitativas son descriptivas, de modo que futuros estudios deberían incorporar modelos multivariados, diseños longitudinales y muestras representativas.

Conclusiones

Las participantes conformaron un grupo joven, con una edad media de 33,81±8,61 años, en el que el 87,0% no tenía afiliación a un seguro de salud y en el que la zona rural concentró mayor distancia al establecimiento de salud, menor instrucción y mayor uso de medicina ancestral, de modo que las condiciones de partida de ambos grupos fueron desiguales. Aunque el 92,0% había oído hablar del cáncer cervicouterino y el 87,5% del Papanicolaou, solo el 47,5% reconoció que permite detectar enfermedades a tiempo y el 31,0% que permite prevenirlas, el 34,5% lo limitó a la presencia de síntomas y el 39,0% nunca se había realizado el examen, con el miedo y la vergüenza como motivos más citados.

La realización del Papanicolaou dependió de la zona de residencia, ya que el 82,0% de las mujeres urbanas se había hecho el examen frente al 40,0% de las rurales, y la percepción de quienes se lo habían realizado se diferenció de la de quienes no lo habían hecho en las seis dimensiones del CPC-28: las primeras presentaron mayores rangos en gravedad, beneficios, señales de acción y requisitos, mientras que las segundas los presentaron en barreras y en susceptibilidad. Las barreras y la gravedad fueron las dimensiones con mayor tamaño del efecto (r=0,39 y r=0,37), lo que indica que reconocer la seriedad de la enfermedad acompaña a la decisión de acudir, pero no la garantiza cuando persisten los obstáculos.

Los relatos de las 20 entrevistadas confirmaron y ampliaron estos resultados al mostrar que el miedo, la vergüenza, la creencia de que sin molestias no hace falta examinarse y el silencio familiar sobre la salud sexual se combinan con dificultades de citas, horarios, transporte y distancia, de modo que la decisión de realizar el examen surge de la suma de factores personales, culturales y de los servicios y no de uno solo. Como elementos favorables se señalaron la explicación previa del procedimiento, el trato respetuoso, la recomendación del personal de salud, los recordatorios y las campañas en las comunidades, por lo que las acciones de prevención en Pujilí deberían construirse con las propias mujeres, con enfoque intercultural y con servicios más cercanos y flexibles.

Referencias Bibliográficas

Bautista, E., Vega, B., Maldonado-Rengel, R., Espinosa, M., Neira, V., & Verhoeven, V. (2022). Knowledge and perceptions about cervical cancer and HPV screening in women in rural areas of Ecuador: A qualitative research study. *International Journal of Environmental Research and*

Public Health, 19(17), 11053. https://doi.org/10.3390/ijerph191711053

Bevilacqua, K., Gottschlich, A., Murchland, A., Alvarez, C., Rivera-Andrade, A., & Meza, R. (2022). Cervical cancer knowledge and barriers and facilitators to screening among women in two rural communities in Guatemala: A qualitative study. *BMC Women's Health, 22(*1), 197. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01778-y

Bukowski, A., Smith, J., Wheeler, S., Sanusi, B., McGuire, F., Zeno, E., Des Marais, A., Barclay, L., Hudgens, M., Jackson, S., & Brewer, N. (2023). Cervical cancer screening knowledge, perceptions, and behaviors in a multiracial cohort of low-income, underscreened women in North Carolina. *Journal of Women's Health (2002), 32*(9), 970–981. https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0412

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2.ª ed.).* Lawrence Erlbaum Associates. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3845582

Delgado, D., Pozo-Palacios, J., Vergara, J., Caulier-Cisterna, R., Vega, B., Verhoeven, V., & Neira, V. (2026). Factors associated with under- and over-screening for cervical cancer in rural areas of Cuenca, Ecuador. *Journal of Primary Care & Community Health, 17*, 21501319251414282. https://doi.org/10.1177/21501319251414282

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición, 6*, 27–36. https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9416/0463/3548/Vol_6._Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf

Farajimakin, O. (2024). Barriers to cervical cancer screening: A systematic review. *Cureus, 16*(7), e65555. https://doi.org/10.7759/cureus.65555

Huaranga, D., & Ku, E. (2024). Barreras asociadas con la falta de interés en el resultado del Papanicolaou. *Ginecología y Obstetricia de México, 92*(3), 97–104. https://doi.org/10.24245/gom.v92i3.9367

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *VIII Censo de Población y VII de Vivienda 2022*: Resultados. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/

Kandasamy, S., Jonathan, Y., Majid, U., Farrah, K., & Vanstone, M. (2022). Indigenous women's experiences of cervical cancer screening: Incorporating Indigenous ways of knowing into a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Global Public Health, 17*(11), 2676–2689. https://doi.org/10.1080/17441692.2021.2010115

Laica, S., Guevara, Y., & Cháchalo, M. (2025). Estrategias comunitarias para la detección temprana del cáncer de cuello uterino en mujeres indígenas en edad reproductiva del cantón Pelileo. *Correo Científico Médico, 29.* https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/5375/2885/55991

Mendes, T., Chagas, L., dos Santos, M., Lima, I., Duarte, B., Rodrigues, I., do Espírito Santo, E., Silva, P., & Nogueira, L. (2026). Riverine women's perceptions of the Pap smear test in light of health literacy. *Healthcare, 14*(2). https://doi.org/10.3390/healthcare14020175

Muslin, C. (2024). Addressing the burden of cervical cancer for Indigenous women in Latin America and the Caribbean: A call for action. *Frontiers in Public Health, 12*, Article 1376748. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1376748

Ortiz, J., Vega, B., Campoverde, A., Salazar, K., Delgado, D., & Ortiz, S. (2023). Human papillomavirus prevalence and associated factors in indigenous women in Ecuador: A cross-sectional analytical study. *Infectious Disease Reports, 15*(3), 267–278. https://doi.org/10.3390/idr15030027

Quintana, G., Herrera, N., Santibáñez-Palma, J., & Escudero-Pastén, J. (2025). Psychometric evidence of the Pap Smear Test and Cervical Cancer Beliefs Scale (CPC-28) in Aymara

women from Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(7), 1025. https://doi.org/10.3390/ijerph22071025

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53–55. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4205511/

Urrutia, M. (2012). Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 77*(1), 3–10. https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000100002

Vargas, L., Velásquez, C., Fandiño, V., Mosalve, M., & Puerto, M. (2025). Estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino en indígenas: Una experiencia de investigación-acción participativa. *Cadernos de Saúde Pública, 41*. https://doi.org/10.1590/0102-311XES170423

Vega, B., Neira, V., Ortíz, J., Andrade, A., Guerra, G., Ortiz, S., Flores, A., Mora, L., Verhoeven, V., Gama, A., Dias, S., Verberckmoes, B., Vermandere, H., Michelsen, K., & Degomme, O. (2022). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: The perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health, 22*(1), 2144. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14601-y

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Melanie Gabriela Achote Chugcho, Yanangómez Benavides Andrea Elizabeth.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo
Contribución de los autores (Taxonomía CRediT) Melanie Gabriela Achote Chugcho: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio. Yanangómez Benavides Andrea Elizabeth: curación y organización de los datos, participación en la recolección de información, validación de los resultados obtenidos y elaboración de representaciones gráficas y visualización de los datos; provisión de recursos académicos y materiales para el desarrollo del estudio, apoyo en la administración del proyecto investigativo y revisión editorial del manuscrito antes de su publicación.
Declaración de conflicto de intereses Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.
Declaración de financiamiento La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.
Declaración del editor El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.
Declaración de los revisores Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.
Declaración ética de la investigación Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.
Declaración sobre el uso de inteligencia artificial Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.
Disponibilidad de datos Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.