

**CREENCIAS SOBRE LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL  
EN MUJERES UNIVERSITARIAS EN EDAD REPRODUCTIVA  
DETECTADAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE UNA BATERIA PARA  
EVALUAR “CREENCIAS EN SALUD” EN LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

**JUAN CARLOS SANTACRUZ MONCAYO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA  
2006**

**CREENCIAS SOBRE LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL  
EN MUJERES UNIVERSITARIAS EN EDAD REPRODUCTIVA  
DETECTADAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE UNA BATERIA PARA  
EVALUAR “CREENCIAS EN SALUD” EN LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

**JUAN CARLOS SANTACRUZ MONCAYO  
Código 99200237**

**Trabajo presentado para la asignatura de  
Metodología de la Investigación**

**Mg. Dolly Castro  
Asesora**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA  
2006**

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva, 22 de Agosto de 2006

## **DEDICATORIA**

A mis padres por toda su paciencia, interés y apoyo incondicional brindado hasta el último minuto durante estos seis años de travesía, a todos mis seres queridos por ser fuente clara de fuerza y optimismo renovador que me llenaron de energía para lograr mis objetivos.

Juan Carlos.

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor expresa sus agradecimientos a:

A las 91 mujeres estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud que participaron de manera voluntaria y desinteresada en la realización de este estudio; a mis padres por su apoyo incondicional durante estos seis años de travesía, a Diana Carolina Rubio quien diseñó la Batería para medir “Creencias en Salud”; a la Mg. Dolly Castro mi asesora por su interés, entusiasmo y credibilidad, a mis compañeros de carrera, a la Mg. Maria Consuelo Delgado y al profesor Fabio Salazar por sus valiosos aportes metodológicos, a Pilar por brindarme una sonrisa cálida y llena de positivismo cada vez que la necesité, y finalmente a todos aquellos profesores, médicos, psicólogos y amigos cercanos que decidieron colaborar en la orientación de este trabajo.

## RESUMEN

Este es un trabajo titulado Creencias sobre la toma de citología vaginal en mujeres universitarias en edad reproductiva detectada mediante la aplicación de una batería para evaluar Creencias en Salud en la Facultad de Salud en la Universidad Surcolombiana.

Tiene como objetivo central reconocer cuáles son las Creencias en Salud relativas a la toma de la citología en la población femenina de los programas de Medicina y Psicología de la Universidad Surcolombiana. Se realizó a través de un muestreo de criterios de selección contando con un total de 91 mujeres encuestadas por medio de la Batería de Creencias en Salud.

El procesamiento de la información se ejecutó bajo los lineamientos metodológicos de la investigación de corte descriptivo en la cual se pudo evidenciar que el cáncer de cuello uterino es considerado como una enfermedad real que puede afectarlas en algún momento de su vida, por lo cual es importante asumir conductas preventivas dentro de sus hábitos de salud que conlleven a mantener un bienestar físico.

Sin embargo, el estudio reveló que existen diferentes factores conllevan a la conclusión de que un número significativo de las mujeres no se interesen por temas relacionados con la toma de la citología y la importancia que tiene en la prevención de enfermedades como el cáncer de cuello uterino.

Consecuentemente, se señaló que dentro de la Universidad Surcolombiana el manejo de programas de prevención probablemente carece de impacto dentro del cuerpo estudiantil, lo que implica que aunque esta población está consciente del riesgo, no desarrolla conductas preventivas sobre la periodicidad y la frecuencia de la aplicación de la prueba.

**Palabras clave:** Modelo de Creencias en Salud, citología vaginal, mujeres estudiantes universitarias.

## ABSTRACT

This is a work titled *Beliefs*, about the vaginal cytology test in reproductive age women, detected by a battery application in order to evaluate health beliefs in the Surcolombiana University Health Faculty.

Its Main (central) objective is to recognize which are the health beliefs relatives to the vaginal cytology in the *women population* of the Surcolombiana University Medicine and Psychology programs. That was made taking a criteria selection sample over 91 women who were inquired by the *health beliefs* survey of battery.

The information process was done under the descriptive investigation methodological lineaments, in which were find that uterus cervical cancer is consider as a real disease that can affect them at any moment of their lives; so that's why is very important assume preventive behaviors inside their owns health habits for a welfare keeping.

However, this investigation proved that exist different issues that lead a significant number of women to not acquire interest for subjects related to vaginal cytology and the importance of prevent diseases like the *uterine cancer*.

Consequently it was pointed that in the Surcolombiana University, the management of preventive programs probably lack of impact inside the student body; so, even this population is aware of the risk, don't develop preventive behavior on the periodicity and frequency of the test application.

**Key words:** Health beliefs Model, vaginal cytology, University student's women.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>2</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>7</b>
<b>3. JUSTIFICACION</b>	<b>10</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<b>4.1. GENERAL</b>	<b>12</b>
<b>4.2. ESPECIFICOS</b>	<b>12</b>
<b>5. MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<b>5.1. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD</b>	<b>13</b>
<b>5.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO</b>	<b>14</b>
<b>5.3. CÁNCER DE CUELLO UTERINO</b>	<b>19</b>
<b>5.4. CITOLOGIA VAGINAL</b>	<b>21</b>
<b>6. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>22</b>



<b>6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>22</b>
<b>6.2. ÁREA DE ESTUDIO</b>	<b>22</b>
<b>6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>23</b>
<b>6.3.1 Criterios de inclusión de las participantes</b>	<b>23</b>
<b>6.4. CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSIÓN</b>	<b>23</b>
<b>6.5 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>6.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>6.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS</b>	<b>25</b>
<b>6.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO Y FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>26</b>
<b>6.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>26</b>
<b>7. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>10. RECOMENDACIONES</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>36</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA N° 1. Coeficiente Alpha para las escalas del cuestionario de Creencias en Salud</b>	<b>25</b>
<b>TABLA N° 2. Distribución Sociodemográfica</b>	<b>27</b>
<b>TABLA N° 3. Medidas de tendencia central y percentiles para la escala del cuestionario de Creencias en Salud (resultados Neiva)</b>	<b>28</b>
<b>TABLA N° 4. Medidas Standard de tendencia central y percentiles para la escala del cuestionario de Creencias en Salud</b>	<b>28</b>
<b>TABLA N° 5. Relaciones sexuales</b>	<b>30</b>
<b>TABLA N° 6. Antecedentes de cáncer de cuello uterino</b>	<b>31</b>
<b>TABLA N° 7. Frecuencia de la toma de citología vaginal</b>	<b>31</b>

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>ANEXO A: Cronograma</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO B: Presupuesto</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO C: Batería de instrumentos</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO D: Caracterización de los Percentiles</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO E: Declaración de consentimiento aprobado</b>	<b>50</b>

## INTRODUCCION

El presente estudio adoptó un enfoque metodológico de tipo descriptivo que pretende determinar las creencias de las mujeres universitarias con respecto a la toma de la citología.

Pese a los amplios esfuerzos realizados por las instituciones y organismos encargados de la salud de la población en general, y de las mujeres en particular, se observa que en lo referido a salud sexual y reproductiva, dichas acciones muchas veces han estado limitadas por los comportamientos, creencias y actitudes de las usuarias de estos servicios, frente a temas tales como su cuerpo, su salud, su vida personal y el libre ejercicio de su sexualidad. Además, el hecho de que el cáncer de cuello uterino sea considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, ha llevado a que algunos investigadores realicen grandes esfuerzos por comprender e interpretar el origen y la motivación al desarrollo de conductas saludables, como vehículo para el conocimiento y control de estas, especialmente en lo relacionado con temas que involucran enfermedades potencialmente mortales. Todos ellos han hablado de modelos cognitivos y conductuales, sin embargo, continúa existiendo un gran vacío y un profundo desconocimiento en nuestra ciudad, acerca de la complejidad de la toma de decisiones frente a la realización de los exámenes médicos.

Así, la presente investigación se orientó al estudio de la relación entre las variables propuestas por el Modelo de Creencias en salud y la realización de la citología vaginal en una muestra de 91 mujeres estudiantes universitarias de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana. Para la realización del mismo se hizo uso de una batería de Creencias en Salud, la cual permitió evaluar variables tales como percepciones individuales, factores modificantes de comportamiento y probabilidades de desarrollar una acción. Este tipo de variables fueron determinantes para analizar cuales son las causas principales que impiden a la población femenina realizar de forma periódica la toma de la citología vaginal.

Esta investigación no busca ser conclusiva, en términos de buscar causas únicas para explicar la toma de decisiones frente al examen de la citología vaginal, sino que por el contrario es más bien sugestivo, ya que al interpretar las Creencias en Salud de las mujeres universitarias estudiantes de carreras afines al campo propio de la salud, tales como los programas de medicina y psicología, se ofrece la posibilidad no solo de entender porque las mujeres jóvenes de la universidad no se realizan la citología vaginal; sino también de promover posteriores investigaciones que contribuyan al conocimiento y diseño de programas de promoción y prevención del cáncer de cuello uterino en nuestra ciudad y en el departamento del Huila.

## 1. ANTECEDENTES

Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial, según Boyle y Cols, 2000, se encuentra que el cáncer de cuello uterino es una de las más importantes, ya que presenta altas cifras de incidencia y prevalencia<sup>1</sup>. Así, estadísticamente se considera que este es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el mundo, precedido por el cáncer de seno y que aproximadamente el 80% de los casos se presenta en países en vía de desarrollo. Sin embargo, la situación en nuestro país es diferente, ya que según las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C.), institución receptora de casos de todas las regiones del país, se reporta que del total de casos atendidos durante los años 2002, 2003 y 2004 el cáncer de cuello uterino constituye el 17% de los casos nuevos, lo que la ubica como la primera enfermedad oncológica según su alta tasa de incidencia.

Respecto a la etiología de la enfermedad se ha planteado que los factores predisponentes más importantes se relaciona con comportamientos sexuales de riesgo, tales como inicio temprano de la actividad sexual, varios compañeros sexuales, y el uso inconsistente del condón; también se han señalado otros comportamientos de riesgo tales como consumo de cigarrillo, uso de contraceptivos orales, multiparidad, inmunidad biológica reducida, y dieta baja en vitaminas A y C; sin embargo, no hay evidencia concluyente sobre la actuación de estos últimos factores<sup>2</sup>.

Al respecto recientes investigaciones han aportado evidencia en la que se sugiere que ciertos tipos de VPH (Virus del Papiloma Humano) que son transmitidos sexualmente, especialmente el tipo 16, pueden causar el cáncer de cuello uterino<sup>3</sup>; sin embargo, la presencia de varios cofactores en la etiología de la enfermedad, hace considerar que el VPH es condición necesaria pero no suficiente para la aparición de este tipo de cáncer<sup>4</sup>.

Así mismo, ante la ausencia de acciones efectivas dentro del terreno de la promoción de hábitos saludables y a la luz de la urgencia de este problema de salud pública, la estrategia más frecuente encaminada a la prevención del cáncer de cuello uterino ha sido la realización de la citología vaginal de forma periódica, que permite la reducción de la mortalidad y de las consecuencias de la

---

<sup>1</sup> BOYLE, P. Update on cancer control in women. Estados Unidos, 2000. Journal of Gynecology & Obstetrics. p.70

<sup>2</sup> BRAUN, V & GAVEY, N. What the best reasons: Cervical cancer prevention policy and the suppressions of sexual risk factor information. Estados Unidos, 1999. Social science & medicine. p. 1463 - 1474

<sup>3</sup> *Ibid.* p.1474.

<sup>4</sup> BOYLE. *Op cit.* p. 70

enfermedad, gracias a que posibilita la detección temprana de la enfermedad y el pronto inicio del tratamiento<sup>5</sup>.

Por otra parte, desde su origen en la década de los cincuenta, el Modelo de Creencias de Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en Psicología para explicar los comportamientos en salud y la prevención de las enfermedades. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.

Así, si se considera la realización anual de la citología vaginal como una conducta saludable con respecto a la prevención del cáncer de cuello uterino, es pertinente identificar la forma en la que los componentes propuestos por el modelo de creencias en salud se relacionan con la realización de dicho comportamiento. Por ello, vale la pena citar el estudio de Aiken, Woodward y Reno (1994), en el que se exploró y confirmó la relación existente entre las variables propuestas por el modelo y la realización de un comportamiento saludable, concretamente la realización de la mamografía por parte de mujeres asintomáticas. En estudios previos se ha intentado establecer la relación entre determinadas conductas saludables y los componentes del modelo de creencias en salud<sup>6</sup>, y según sus hallazgos se espera que las creencias en salud reportadas por las mujeres participantes en el presente estudio, tengan relación con la realización o no de la citología vaginal.

Resulta notable el papel del Modelo de Creencias de Salud (MCS) como herramienta educativa en intervenciones preventivas; como las Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca<sup>7</sup>, investigación orientada al conocimiento de las creencias que con respecto a la caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del departamento del Valle del Cauca, Colombia, haciendo uso para tal investigación del Modelo de Creencias en Salud como referente en un estudio descriptivo de corte transversal efectuado en 38 de los 42 municipios del departamento, seleccionando una muestra de 5,400 adolescentes matriculados en instituciones educativas públicas y privadas por muestreo probabilístico, trietápico, estratificado y de conglomerados, aplicando un cuestionario estructurado de 47 puntos para las variables de interés, en el cual, los investigadores concluyeron que el uso del Modelo de Creencias en Salud permitió conocer las creencias básicas que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del Valle del Cauca; las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries y por tanto

---

<sup>5</sup> BRAUN. Op cit. p. 1474

<sup>6</sup> AIKEN, L. WEST, S. WOOSWARD, C & RENO, R. Health beliefs and compliance with mammography-screening in asymptomatic women. Boston, 1994. Health Psychology. p. 122 – 129

<sup>7</sup> ARRIVILLAGA, Marcela y SALAZAR, Isabel Cristina. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Medellín, 2003. p. 186 – 195

es necesario diseñar intervenciones preventivas para mejorar las percepciones y reducir la presencia y efectos de la caries dental.

Igualmente, en el artículo publicado en la Revista Colombia Médica, Vol. 34, No. 4, 2003, pp. 186-195<sup>8</sup>. Se describen las Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. En este artículo se exponen las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; auto cuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño) a partir de un método de Investigación Descriptivo, con diseño transeccional. La muestra que se tomó fue de 754 jóvenes universitarios de Cali, a quienes se le aplicó un cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida. Los resultados dan una alta creencia favorable con la salud, en todas las dimensiones, excepto en el sueño e incongruencias entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Los investigadores concluyen de esta forma, que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud, y por tanto es necesario diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables en jóvenes, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

En el ámbito internacional se encontró un estudio denominado: "EDAD, CREENCIAS DE SALUD Y ASISTENCIA A UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRAFICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA"<sup>9</sup>. El cual se fundamenta en que la edad influye significativamente en las creencias de salud relacionadas con la asistencia a programas de cribado mamográfico. El propósito de este trabajo es analizar las creencias y actitudes hacia el cáncer de mama asociadas a la asistencia a un programa de cribado en diferentes grupos de edad, utilizando para ello un diseño transversal donde se comparan las creencias de salud de un grupo de mujeres que acuden a un programa de cribado con las de las mujeres que no lo hacen, considerando tres intervalos de edad: menores de 50 años (N=279), entre los 50-60 años (N=463) y mayores de 60 (N=271). Se obtuvo como resultado algunas variables que se diferenciaron significativamente entre las mujeres que acudieron y no acudieron al programa sólo en determinados subgrupos: las creencias más específicas, evaluadas por los items de las variables, también alcanzaron la significación estadística ( $p \leq 0,05$ ), aunque sólo para determinados intervalos de edad. Se concluyó, que las creencias y/o las actitudes de las mujeres relacionadas con la asistencia a los programas de prevención del cáncer de mama difirieron en función de la edad.

---

<sup>8</sup> <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm>. p. 186

<sup>9</sup> [http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL71/71\\_4\\_335.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_4_335.pdf)

En el estudio “El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock”<sup>10</sup>, los investigadores pretendieron descubrir las percepciones que tenían los estudiantes de enfermería para la construcción del significado de drogas. En esta investigación el estudiante de enfermería como persona joven y futuro profesional de la salud, está inmerso en un contexto cultural que inexorablemente le facilita el contacto con drogas legales e ilegales. Se trató de un estudio con diseño cualitativo descriptivo, en el cual la recolección de los datos se realizó a ocho estudiantes de enfermería de ambos sexos mediante entrevistas a profundidad semi-estructurada. Para el tratamiento de los datos se utilizó el análisis de temática; se evidenciaron ocho categorías de creencias mediante las cuales el estudiante construye el significado de drogas y en los cuales se plantearon diferentes creencias relativas a que “las personas que consumen drogas tienen nivel educativo bajo”, “las personas estudiadas raramente consumen drogas”, “el cigarrillo y el alcohol no son drogas”, “recomiéndeme algún medicamento para mantenerme alerta”, “están anunciando un nuevo producto para rebajar de peso”, “las drogas están muy lejos de mi realidad”.

Se examinaron ocho categorías de creencias mediante las cuales el estudiante construye el significado de drogas: Vulnerabilidad y entorno; factores de riesgo; daños a la salud; estereotipos; factores protectores; condiciones protectoras; acciones protectoras y saludables; y comportamientos no saludables. Este estudio sirvió para concluir que:

- 1) La creencia sobre la vulnerabilidad y entorno cotidiano riesgoso puede ser explicado por el Modelo de Creencias en Salud como susceptibilidad percibida: la misma refiere que los individuos varían ampliamente en la aceptación de la posibilidad de contraer una determinada condición de salud o de enfermedad. Hay individuos que niegan cualquier posibilidad de contraer esta condición, en cuanto otros admiten una posibilidad estadística de ocurrencia de una enfermedad más una posibilidad no probable. Además, refiere que una persona será motivada a tomar decisiones preventivas en acciones de salud cuando cree realmente en su susceptibilidad de contraer el daño, como también, en las serias consecuencias que podrán venir de tal ocurrencia, y que la acción tomada reducirá la amenaza. En este modelo se presume que la acción tomada en salud es estimulada por la susceptibilidad, en cuanto a la percepción de beneficios que proporciona la evolución del daño ya instalado.
- 2) La creencia que tienen los estudiantes sobre los factores de riesgo y daños a la salud que es descrita como seriedad percibida, la cual se define de la siguiente manera: las convicciones relacionadas a la seriedad de un problema de salud pueden variar de persona a persona. El grado de seriedad puede ser juzgado tanto por el grado de estimulación emocional creado por el pensamiento de una

---

<sup>10</sup> [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000700004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700004)



enfermedad, como por los tipos de dificultades que el individuo cree que una dada condición de salud podría crear para él. La dirección que la acción tomará es influenciada por las creencias al respecto de la efectividad de las alternativas disponibles, conocidas para reducir la amenaza de la enfermedad a que el individuo se siente sujeto. Su comportamiento dependerá entonces de la creencia de cuales beneficios y las alternativas para reducir la amenaza a su condición de salud.

- 3) La creencia que tiene los estudiantes sobre condicionantes protectores y acciones protectoras y saludables es descrita como beneficios percibidos en el cual refiere que: una alternativa puede ser vista como benéfica si ella se relaciona subjetivamente a la reducción de susceptibilidad o de seriedad del daño. La creencia de una persona en la disponibilidad y efectividad de varios cursos de acción, y no los hechos objetivos sobre la efectividad de la acción, determina que curso el tomará. Pero a su vez, sus creencias en esa área son sin duda influenciadas por las normas y presiones de su grupo social.
- 4) La creencia que tiene los estudiantes sobre comportamientos no saludables. Estas acciones no saludables pueden condicionar al estudiante para el consumo de sustancias psicotrópicas. El estudiante para lograr sus objetivos, muchas veces elige el camino con menos esfuerzo pero con mucho riesgo. Esta conducta lo está induciendo al abuso de psicofármacos. Este comportamiento en salud es descrito como barreras percibidas donde un individuo puede creer que una acción será efectiva en reducir la amenaza de la enfermedad mas al mismo tiempo ver que aquella acción es inconveniente, cara, desagradable, dolorosa o requerir mucho tiempo. Esos aspectos negativos sirven como barreras a la acción y crean motivos conflictivos.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, según el “Manual para la Toma de Citología”, el cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres que presenta mayor incidencia y mortalidad, ocupando el segundo lugar de prevalencia, y convirtiéndose en el más frecuente en mujeres de bajo estrato socioeconómico, con vida sexual activa y alta multiparidad, lo cual está fuertemente asociado con la edad temprana de la primera relación sexual y los múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas.<sup>11</sup> De esta manera, la efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, han sido demostrados mediante estudios epidemiológicos en todo el mundo, cuyo tratamiento es técnicamente sencillo y de costo moderado, evitándose los grados invasores de la enfermedad y la muerte, lo que permite considerar que la detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistémico.

Sin embargo, algunos boletines informativos señalaron que en Colombia durante el año de 1999 se detectaron 2097 muertes causadas por esta enfermedad. En el Departamento del Huila se presentaron entre el año de 1996 y 1998, 679 neoplasias de cuello uterino de las cuales el 44% se encontraban entre las edades de 15 y 44 años, mientras que en el año 2004 se presentaron 178 casos y 96 en el 2005, lo que sitúa a este tipo de cáncer en el segundo con mayor incidencia en la región<sup>12, 13</sup>. Asimismo, vale la pena señalar que la actividad de toma de citología cérvico uterina ha sido adelantada como parte del “Programa Materno Infantil” (Planificación familiar y control prenatal), aunque la ausencia de proyección comunitaria y de planificación en cuanto a la toma y lectura de citologías, seguimiento de las pacientes, remisión para la atención oportuna y la atención misma, han determinado por una parte, bajas coberturas y por otra, que aun cuando se hace la toma de citología, el esfuerzo se pierde ya que todo el proceso que debe venir a continuación como el diagnóstico, tratamiento y seguimiento no se cumplen.

Por otra parte, existe evidencia suficiente que indican que el uso de teorías y de modelos, (sean estos conceptuales, técnicos u operativos), es uno de los factores críticos por medio de los cuales se mejoran significativamente las probabilidades de éxito de las acciones en salud. Igualmente, la Organización Mundial de la

---

<sup>11</sup> ANDRADE, Fanny. Manual para la Toma de Citología Cérvico-vaginal, programa para la detección precoz y control del cáncer cérvico uterino. Neiva, 2004: Liga contra el cáncer -Seccional Huila. p. 5-7

<sup>12</sup> DURAN ESTEBES, Adriana. Trabajo de Grado Titulado “Identificación del Papiloma Virus en Mujeres que Asisten al Servicio de Colposcopia de la Liga de Lucha Contra el Cáncer en la Ciudad de Neiva”. Neiva, 2003: Programa de Medicina, Universidad Surcolombiana. p. 4

<sup>13</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO. Unidad de Cancerología del Huila. Neiva, 2005.

Salud recomienda que los Programas de Control del Cáncer Cérvico Uterino, deban hacer el mayor énfasis en ampliar las coberturas de detección en las mujeres con edades entre los 30 y 50 años, con controles rutinarios cada 2 o 3 años. Sin embargo, para países con tasas de incidencia y mortalidad alta como Colombia, se recomienda que el grupo de edad se extienda y la detección se inicie a partir de los 25 años, con una cobertura mínima del 70% y una óptima del 100% de las mujeres. De esta manera, la detección del carcinoma in situ, considerado como una etapa temprana del carcinoma cervical, ha aumentado de modo considerable; este aumento, tal vez sea el resultado de la mayor frecuencia con que se realizan estudios citológicos<sup>14</sup>. Por tal motivo, se considera que es necesario el desarrollo de más programas de educación para pacientes y médicos, encaminados a alentar la práctica de la prueba de Papanicolaou, debido a que la enfermedad es más común en las mujeres latinoamericanas (y menos común en mujeres judías y europeas) y con mayor prevalencia en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

A pesar de los últimos avances farmacológicos, la mejor herramienta con la que se dispone hoy día en la lucha contra el cáncer de cuello uterino sigue siendo la educación preventiva. Dado que un cambio voluntario de comportamiento a largo plazo es difícil de conseguir, incluso bajo las mejores circunstancias, las intervenciones educativo/preventivas deben considerar toda estrategia que pueda facilitar ese proceso de cambio deseado. Aunque el objetivo final es conseguir una determinada conducta, ciertos modelos teóricos que incorporan componentes cognitivo-perceptivos, podrían resultar de gran utilidad en la consecución de ese objetivo pues cierta cantidad de información, aunque no suficiente para mantenerlos, sí ha demostrado ser un importante elemento predisponente para la iniciación de cambios conductuales.

Por otra parte, es importante señalar que la educación para la salud ha evolucionado rápidamente y se ha enfocado más en el aspecto práctico, dejando de lado el enfoque cognitivo y todos los elementos que lo componen, entre estos el conocimiento y la actitud positiva que favorecen conductas específicas de conservación y promoción en salud para la adopción de hábitos saludables. Por esta razón, teniendo en cuenta que el MODELO DE CREENCIAS EN SALUD (MCS) fue propuesto especialmente para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, este modelo fue construido a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas teóricas directamente referidas a la motivación y percepción del individuo para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas de opción comportamental con implicaciones en la salud<sup>15</sup>, <sup>16</sup>; lo más interesante con respecto al Modelo de

---

<sup>14</sup> <http://www.tutormedico.com/temas/papanicolaou.citologia.html>

<sup>15</sup> SOTO Mas, Francisco. El Modelo de Creencias de Salud, Un Enfoque Teórico para la Prevención del SIDA. Tucson, AZ (EE.UU.), 1997: Arizona Disease Prevention Center. Universidad de Arizona. (Cited by november 3 de 2005) [http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199704/esp\\_sida.html](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199704/esp_sida.html)

<sup>16</sup> CABRERA, Gustavo. Creencias en salud: historia y aportes del modelo. Univalle el Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud. Bogotá, 2000: Revista Facultad Nacional de Salud Publica. p.18.

Creencias en Salud, es la aplicación de una Batería diseñada justamente para precisar las creencias en salud de las mujeres universitarias, pertenecientes a programas de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud y en quienes se asume poseen conocimientos sobre la importancia de la realización de la citología con fines preventivos.

Con respecto a los anteriores planteamientos, surge el siguiente interrogante fundamental para esta investigación, ***¿Cuales son las Creencias en Salud relacionadas con la toma de citología de las mujeres universitarias de la Facultad de Ciencias de la Salud, con las variables contempladas en la batería de instrumentos del Modelo de Creencias en Salud?***

### 3. JUSTIFICACION

Al ser el cáncer de cuello uterino una de las causas más significativas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los países del tercer mundo<sup>17</sup> (tales como Colombia), es de vital importancia que en todas las regiones del país se comience a evaluar e identificar, cuáles son los principales factores que deben ser abordados para mejorar el impacto y la efectividad de las acciones que los profesionales de la salud, entre estos los médicos, enfermeros y psicólogos, deben llevar a cabo con respecto a este tipo de enfermedades.

Sin embargo, este tipo de acciones emprendidas, aun no son muy efectivas si no si no se empieza a contemplar cuáles son las principales razones que impiden a una mujer realizarse este tipo de exámenes para detectar tempranamente la enfermedad, y que en muchas ocasiones son gratuitos dado el gran interés de los promotores de salud hacia la realización de campañas no solo de índole educativo, sino también, de tipo preventivo frente al cáncer de cuello uterino.

De este modo, a menos de que se comience por diseñar programas con mayor efectividad de promoción y prevención del cáncer, no se podría ver un aumento en la probabilidad de supervivencia, debido a que la supervivencia de las pacientes con estadios tempranos a cinco años es del 98.9%, mientras el tratamiento en estadios mas avanzados ofrece globalmente una supervivencia a cinco años de tan solo 50%<sup>18</sup>.

Asimismo, algunos estudios afirman que hay una alta percepción de que el cáncer es una enfermedad grave; por esta razón, es importante diseñar investigaciones que incorporen no solo el máximo de recursos disponibles, con el fin de facilitar la consecución de los objetivos establecidos, sino investigaciones que incluyan modelos para evaluar salud y calidad de vida, tal como el MCS, debido a que estos suponen armas estratégicas que adaptadas a las particulares características de la población, pueden resultar de gran ayuda a los educadores y promotores de salud.

Es así, como el anterior recorrido por los principales antecedentes encontrados, proporcionan un esclarecimiento con respecto al tema de las creencias en salud, que solo ha sido abordado desde disciplinas adyacentes a la medicina (enfermería, psicología), denotando que estos temas no son mencionados, ni son representativos dentro de la investigación médica. Se considera de este modo, que siendo la medicina una disciplina tradicional con gran experiencia en el diseño

---

<sup>17</sup> Informe de la Organización Panamericana de la Salud. 2002

<sup>18</sup> SEGURO SOCIAL. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Santa Fe de Bogotá, 1997: Departamento Nacional de Promoción y Mantenimiento de la Salud. p.12.

y manejo de programas de promoción y prevención en salud, debería dirigirse a conocer las razones que ocasionan que dichos programas no sean eficientes para la prevención del cáncer en la población femenina. Justamente, el interés de este estudio radicó en buscar los análisis que aclaren el panorama de las creencias de la población femenina en la facultad de Ciencias de la Salud, con respecto a la toma de citología, y así comprender y extrapolar los resultados a la ciudad de Neiva. De esta forma, a partir de los resultados obtenidos, formular algunas hipótesis, formular y señalar sugerencias que permitan diseñar y fortalecer los programas de promoción y prevención existentes en el campo de la oncología.

Una vez finalizado este estudio podrá servir para corroborar la importancia del Modelo de Creencias en Salud, y además sería utilizado en otro contexto para indagar la relación entre otros tipos de enfermedades en el que se quiera valorar las creencias en salud de la población y la medida en que las personas buscan ayuda.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Reconocer cuáles son las creencias en salud relativas a la toma de citología en mujeres universitarias de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❏ Identificar las características socio-demográficas de las mujeres en edad reproductiva de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana.
- ❏ Determinar las Creencias en Salud relativas a la toma de citología de las mujeres en edad reproductiva, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana.
- ❏ Establecer los factores de riesgo del cáncer cervico-uterino en las mujeres en edad reproductiva de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana.

## 5. MARCO CONCEPTUAL

Es sabido que entre los modelos inscritos en el enfoque médico clínico, la medicina conductual se fundamenta en el análisis experimental del comportamiento, con el fin de establecer la influencia de los comportamientos aprendidos en el origen y curso de las enfermedades físicas, adicionalmente muestra interés por la modificación de tales conductas mediante la utilización de técnicas de origen diverso (Morales, 1999). Este modelo es marcadamente investigativo ya que tiene como soporte metodológico el análisis funcional de los comportamientos; así al asumir que los problemas de salud son multifactoriales, busca la interdisciplinariedad (Fernández-Ríos, 1994); sin embargo, tiene como limitación el centrarse en el estudio de la patología y la falta de comprensión de la actividad humana como conducta en un ambiente social.

No obstante, en el momento en que aparece el interés por el desarrollo de programas de promoción y prevención de cobertura más amplia, aparece la comunidad como objeto de intervención y de estudio, susceptible de ser abordada mediante un enfoque social de la salud. De ello, que para llevar a cabo el diseño de este estudio se eligió el Modelo de Creencias en Salud como forma de abordaje de las variables que pueden estar relacionadas con la intención de las mujeres universitarias de realizar o llevar a cabo una conducta en salud como es la realización de la citología vaginal. Para ello, se aborda a continuación el Modelo de Creencias en Salud a través de una descripción detallada de sus principales características.

### 5.1. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD (MCS)

Consiste en una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo más conocido como **Health Belief Model**. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de auto exámenes exploratorios o el uso de tabaco.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> <http://www.msc.es>. Op, cit.



En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje, en particular en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado, aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. Así, el modelo de creencias en salud pretende describir los determinantes de la conducta preventiva, mientras se centra sobre variables psicosociales bien establecidas<sup>20</sup>. El MCS se desarrollo así para explicar y predecir las conductas en salud preventiva y como ventaja especifica las cogniciones del sentido común que aparecen mediante los efectos de las variables demográficas como la importancia que la investigación y la teoría social cognitiva

## 5.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

La representación individual de la salud y los conceptos en salud se ven relacionados con el concepto de amenaza y de la evaluación conductual. Así mismo, la percepción de amenaza depende de dos creencias, la susceptibilidad percibida de la enfermedad y la severidad anticipada de las consecuencias adquiridas por la enfermedad, mientras que la evaluación conductual nos habla de los beneficios y recomendaciones que toma la persona además de las barreras que esta pueda enfrentar.

Según Rosenstock en 1974, la hipótesis original consistía en que generalmente los individuos no llevaban a cabo conductas en salud, a menos que tuvieran unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, pues estos se ven a sí mismos como potencialmente vulnerables y ven a la condición (en este caso la enfermedad en cuestión) como amenazante, no están convencidos de la eficacia de la intervención y vean pocas dificultades en la puesta en practica de la conducta en salud.

De ahí que esto último organicé los factores en las siguientes hipótesis:

1. La probabilidad de realizar la acción de salud recomendada es función, por una parte, de la intención (estado subjetivo de disponibilidad del individuo) de llevarla a cabo.

---

<sup>20</sup> FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío. Cátedra de Evaluación Psicológica, capítulo 17, Evaluación en Prevención y Promoción de la Salud. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Editorial Pirámide. p. 652-659

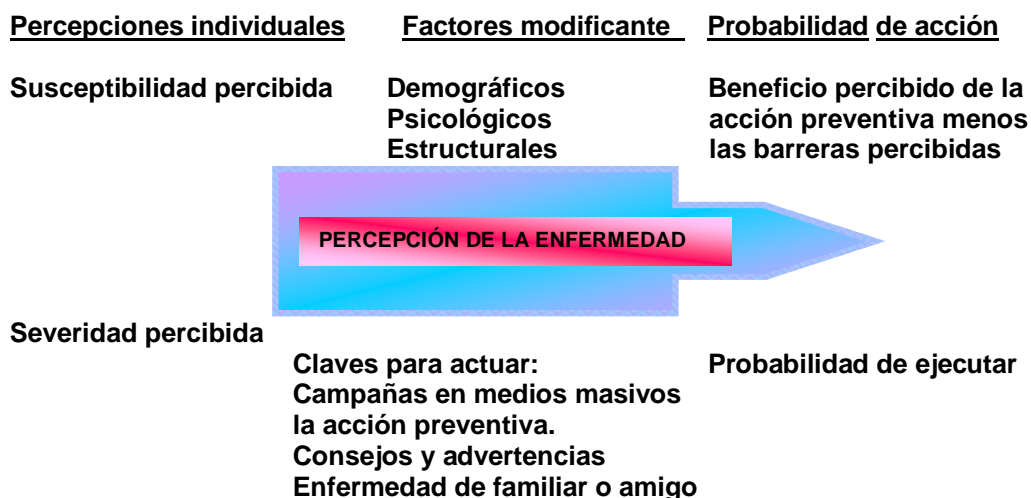
- ❏ La intención de llevar a cabo la acción, esta determinada por la amenaza que la persona percibe que representa para ella la enfermedad en cuestión.
  - ❏ La amenaza percibida por la enfermedad X, esta de determinada por la probabilidad percibida por el individuo de su “susceptibilidad” a la enfermedad particular que se trate, sus percepciones de la probable “gravedad” de las consecuencias (orgánicas y o sociales) de contraer tal enfermedad, además de “las claves para la acción” que disparan las conductas en salud apropiada, las cuales pueden provenir de fuentes internas, como síntomas, o externas como interacciones interpersonales.
2. La probabilidad de que una persona lleve a cabo la conducta en salud preventiva recomendada esta determinada, por otra parte, por la evaluación que la persona hace de la conducta en salud propuesta en términos de su viabilidad y eficacia (es decir, la estimación subjetiva de los beneficios potenciales de la acción para reducir la susceptibilidad o gravedad, contrapesada con las percepciones de los costos físicos, económicos y de otro tipo, las cuales se constituirían en barreras para la acción propuesta.)<sup>21</sup>

Por otro lado, parece importante señalar que el MCS se consolido cuando BECKER (1977) publico un informe sobre **de curnegie grant subcomité** sobre modificación del comportamiento para el mantenimiento de la salud y el control de las enfermedades. Además, también señaló como los factores demográficos, personales y sociales pueden influir en las conductas en salud, aun cuando sabemos que estas variables trabajan a través de sus efectos sobre la motivación y percepciones propuestas a cerca de la salud que tenga el individuo, mas que como causas directas de las acciones saludables, lo cual es explicado gráficamente por Becker y Maiman 1974.

---

<sup>21</sup> FERNÁNDEZ. Op.cit. p.654

**Figura 1. Modelo de creencias en salud (Becker y Maiman 1974)**



**Fuente:** Fernández, Ballesteros Rocío. Cátedra de Evaluación Psicológica. Capítulo 17: Evaluación en prevención y de la salud. Universidad Autónoma de Madrid.

El MCS se construyó sobre propuestas teóricas directamente referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque se reconoce la fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, relacionando por tanto teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud.

Desde el punto de vista global podríamos decir que el modelo es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa; en términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa es la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud.

Por otra parte, la más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (TBC, cáncer, caries dental) e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad.

La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona. Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia.

El concepto de amenaza percibida se entiende como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Con respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, como la citología cervicouterina estas creencias son necesarias; al igual que los constructos denominados factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) y los de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico.

De esta manera, el MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción,<sup>22</sup> donde la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

1. La creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
2. La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema
3. La creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

Así, de acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en

---

<sup>22</sup> CABRERA. Op.cit. p.18

nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico.<sup>23</sup> Además de la percepción de gravedad y riesgo, el individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Dado que en ciertos grupos de nuestra sociedad actual el beneficio de no seguir un comportamiento de riesgo pudiera ser visto como anormal e incluso producir críticas que lleven a la discriminación o marginación, la percepción de un positivo coste-beneficio puede resultar dificultosa en determinadas circunstancias. Esto puede resultar especialmente cierto en jóvenes adolescentes, donde el temor a la presión del grupo puede ser un importante condicionante de ciertos comportamientos.

En otras palabras, la percepción de la gravedad del proceso tiene relación con el subsecuente comportamiento, de ahí que el MCS fuera construido a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas teóricas dominantes de la época, directamente referidas a la motivación y percepción del individuo, todas con fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta; relacionó teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud<sup>24</sup>. Por ello, lo que buscamos con este modelo de creencias es encontrar con esta investigación un eslabón ideal entre la socialización y el comportamiento dependiendo de la percepción de creencias como la susceptibilidad la cual consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer el cáncer cérvicouterino. Por su parte, la severidad se relaciona con la percepción individual de cuan severa es la enfermedad de cáncer cérvicouterino o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. Sin embargo, los autores originales del MCS, así como diversos estudios de aplicación del modelo se refieren al concepto de amenaza percibida como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Respecto de pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias; sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía creer que él podría tener la enfermedad aún en la ausencia de síntomas de la misma<sup>25</sup>.

Finalmente, se puede afirmar que el MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales donde se encuentran la susceptibilidad y la severidad,

---

<sup>23</sup> <http://www.msc.es>. Op, cit.

<sup>24</sup> CABRERA. Op,cit. p.18

<sup>25</sup> .ROSENSTOCK, I. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. EE.UU. 1974. p.328-335.

los factores modificantes los cuales serian las claves para la acción y la motivación y por ultimo la probabilidad de acción, en la cual se encuentra la evaluación conductual que contiene los beneficios y barreras de la citología.

### **5.3. CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

Es el segundo tumor más frecuente en mujeres en el mundo, después del cáncer de seno. Las tasas de incidencia de cáncer cervical, al igual que las de mortalidad muestran una amplia variación geográfica, siendo más altas en los países en desarrollo, particularmente en Latinoamérica y el Caribe.

La gran mayoría (95%) de los carcinomas del cuello uterino está asociada a infección por virus del papiloma humano (VPH), pero no es factor único para explicar la etiología de este cáncer. Los serotipos virales más frecuentemente asociados son el 16 y el 18 entre otros. Otros factores de riesgo identificados hasta ahora son:

- Promiscuidad sexual.
- Primer coito antes de los 17 años.
- Tabaquismo.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Multiparidad.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Inmunodeficiencia (VIH entre otras).

El diagnóstico es histológico. El esquema diagnóstico de las lesiones preinvasoras e invasoras del cuello uterino incluye la realización de citología, colposcopia y biopsia. La citología es la prueba de tamizaje más efectiva y se considera el factor más importante para la disminución de las formas invasoras. Debe realizarse anualmente a todas las mujeres mayores de 18 años o a las mujeres que tienen vida sexual activa, independientemente la edad. Si es normal por 3 años consecutivos, se puede realizar posteriormente cada dos a tres años, excepto en pacientes con múltiples factores de riesgo, en quienes se aconseja control anual. La citología debe ser reportada de acuerdo al Sistema Bethesda (US National Cancer Institute), que es el más aceptado universalmente.

En términos del curso del cáncer de cuello uterino se habla de una enfermedad neoplásica caracterizada por la proliferación inadecuada de células morfológica y funcionalmente inmaduras, que tiene la capacidad de invadir tejidos vecinos por extensión directa o por diseminación a través de los vasos linfáticos o sanguíneos del organismo. Las etapas de dicha neoplasia cervical son: a) neoplasia intracervical – NIC grado 1, que cubre el tercio inferior o profundo del epitelio cervical, corresponde a un tumor localizado; b) NIC II, sustitución de células de los dos tercios inferiores del epitelio cervical, se refiere como una región tumoral; c)

NIC III, sustitución celular de más de dos tercios del epitelio cervical, diseminación extensa del tumor; y d) carcinoma in situ, todo el epitelio está sustituido por células no diferenciadas o displasia.

Respecto a la incidencia de la enfermedad se reporta, que la mayoría de los casos de NIC III, se diagnostican entre los 20 y 34 años con un pico de incidencia entre los 25 y 29 años, mientras que el pico de edad para el diagnóstico de carcinoma cervical invasivo está hacia los 40-50 años; sin embargo, se ha reportado que la mayor incidencia de infección con los tipos 16 y 18 del VPH, asociados con el cáncer de cuello uterino, se da entre los 18 y 28 años de edad.

Ya en lo relacionado con el examen citológico, se le atribuye una alta especificidad, proporción de pacientes libres de enfermedad que tiene una prueba negativa, sin embargo su sensibilidad, proporción de pacientes con enfermedad que tiene una muestra positiva, en ocasiones ha resultado ser baja, se ha establecido un porcentaje de falsos negativos entre 8% y 50% de los casos; sin embargo, ha resultado ser un examen muy útil en el tamizaje y detección temprana de la infección con VPH y del cáncer de cuello uterino.

Lo anterior indica que existe la necesidad y urgencia de desarrollar estrategias de promoción de hábitos y comportamientos saludables, y de prevención primaria de la enfermedad desde una aproximación interdisciplinaria, donde dicha necesidad surge de la consideración de cifras epidemiológicas, en las cuales se evidencia que el grupo que presenta mayor incidencia de la enfermedad comprende mujeres entre los 30 y 45 años, población económicamente activa y productiva. Así, la Organización Panamericana de la Salud O.P.S. (2002), calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino a nivel mundial, y que anualmente mueren 231.000 mujeres a causa de esta enfermedad, de las cuales el 80% proceden de países en desarrollo, regiones en las que además se ha encontrado una mayor proporción de casos nuevos<sup>26</sup>.

La situación en Colombia se evidencia según las cifras de reporte epidemiológico presentadas por el Instituto Nacional de Cancerología I.N.C. (2004), en la cual se encuentra que la primera fuente de casos nuevos, que representa un 17%, es debida al cáncer Cervico-uterino, con 698 casos de un total de 4398 casos recibidos de todo el país.

Así, el método universalmente aceptado como estrategia de prevención primaria del cáncer de cuello uterino es el examen citológico, que permite detectar anomalías en el cerviz mediante la exfoliación de células del tejido según la técnica inicialmente propuesta por Papanicolau en 1928, y que posteriormente ha sido estudiada y mejorada. La citología vaginal no garantiza que la persona no

---

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa mujer, salud y desarrollo. Colombia, 2002. Hoja informativa.

desarrollara cáncer de cuello uterino durante su vida, pero al ser realizada periódicamente si permite la detección de anormalidades precursoras del cáncer, especialmente la infección con VPH, y la puesta en marcha de tratamientos para las mismas.

#### **5.4. LA CITOLOGIA VAGINAL**

Para efectos de este estudio se considera la citología vaginal como la conducta saludable objetivo en referencia a la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, con el objetivo de identificar la relación entre su realización y las creencias en salud identificada en una muestra de mujeres universitarias.

Ahora bien, tras haber presentado y reseñado algunos conceptos indispensables para fundamentar y sustentar la presente investigación, se procederá a explicar el método y el procedimiento mediante los cuales se abordo el problema formulado.



## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

Para la ejecución de este trabajo se tuvo en cuenta los fundamentos de los estudios descriptivos, debido a que estos se proponen describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés<sup>27</sup>; de igual forma las investigaciones descriptivas son las de mayor idoneidad para identificar las Creencias en Salud debido a que su objetivo es caracterizar a la población según las variables planteadas<sup>28</sup>. Esto establece que para indagar dentro de la población escogida, en este caso las estudiantes femeninas de los programas de medicina y psicología, es importante determinar el grado de relación de las estudiantes del sector salud con la realización continua de la prueba de citología para prevenir el cáncer de cuello uterino, debido, a que estos estudiantes están constantemente relacionados con temas que involucran la prevención y el manejo de las enfermedades.

### 6.2. AREA DE ESTUDIO

El área de estudio en la cual se obtuvieron los datos de interés para esta investigación fue conformada por las instalaciones de la Universidad Surcolombiana, fundada el día 17 de diciembre de 1968, mediante la ley 55<sup>29</sup>; y que se encuentra actualmente en la Avenida Pastrana Borrero - Carrera 1, en el Municipio de Neiva, departamento del Huila.

La Universidad Surcolombiana actualmente se encuentra conformada por facultades, en este caso la Facultad de Salud fue el escenario principal donde se desarrolló esta investigación, la cual hoy día se encuentra ubicada en la calle 9 con carrera 14 y esta conformada con un plano urbanístico general de localización con siete bloques. El bloque 50 corresponde a los Laboratorios de morfología y enfermería; el bloque 51 a otros laboratorios, aulas, oficinas y a la biblioteca; el bloque 52 a la Cafetería, decanatura y otras oficinas; el bloque 53 corresponde al programa de Psicología; el bloque 54 al área del bioterio; en el bloque 55 se encuentran las instalaciones de cirugía experimental; en el bloque 56 no hay un área específica asignada y en el bloque 57 se encuentra la portería.

---

<sup>27</sup> TAMAYO TAMAYO, Mario. Serie Aprender a Investigar. Modulo 2 "La Investigación". Tercera Edición. Bogotá D.C. 1999. p. 44

<sup>28</sup> Instituto nacional de cancerológica. Cáncer de cuello uterino. Guías de la práctica clínica en enfermedades neoplásicas. Ministerio de protección social. Segunda Edición. Bogota DC. 2001. p.428-444

<sup>29</sup> UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. Sinopsis Histórica de la Universidad Surcolombiana. (Cited 3 de junio de 2006). [http://pagina.usco.edu.co/~flamonso/public\\_doc/plan%20usco/2020031/CAPITULO%20II.doc](http://pagina.usco.edu.co/~flamonso/public_doc/plan%20usco/2020031/CAPITULO%20II.doc)

Esta Facultad está conformada por los programas de Medicina (fundada en el año de 1983), Enfermería (primer programa de la facultad, fundado en 1973) y Psicología (el más joven de los programas creado a mediados de los 90); para el estudio se tuvo en cuenta la población femenina de los programas de Medicina y Psicología, debido a que este tipo de población tiene un contacto más estrecho con asuntos relacionados con la prevención y manejo de las enfermedades tanto de tipo fisiológico como de tipo psicológico.

### **6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Los elementos que se seleccionaron para este estudio pretendieron buscar la representatividad de la población estudio, es decir, que la población femenina de la Facultad de Ciencias de la Salud por estar en continuo contacto con el tratamiento y la prevención de la enfermedad, presuntamente asumen conductas que señalan que ellas están al tanto de su salud física realizando controles y evitando factores que pueden ocasionarle adquirir algún tipo de enfermedad.

Es por esto que a través de un muestreo de criterios de inclusión con un total de 91 mujeres encuestadas, con el fin de analizar las respuestas de la batería de Creencias en Salud sobre la citología de forma descendente en 50 mujeres de cada uno de los programas de la facultad de salud iniciando con los semestres más altos hasta cumplir con el parámetro establecido.

#### **6.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION DE LAS PARTICIPANTES:**

1. Pertenecer a un programa de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud y ser estudiante activo.
2. Ubicarse entre el rango de edad comprendido entre 18 y 27 años.
3. Participar de manera voluntaria.

### **6.4. CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSIÓN**

Para el control de sesgos de selección, se utilizó un marco de muestreo completo para disminuir al máximo los rechazos por parte de los individuos participantes en el estudio, así como una actitud imparcial y objetiva frente a la investigación por parte del investigador; además, se contó con un instrumento de medición validado para evitar sesgos de información y se establecieron algunos criterios de inclusión de las participantes.

## 6.5. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la obtención de la información, fue fundamental hacer uso de la encuesta la cual es una herramienta de recolección de información de tipo cuantitativa, de lo cual se puede deducir que aporta datos numéricos sobre alguna situación particular: cuantas personas, cuanto tiempo, cuantas veces; además las encuestas se diseñan para levantar información de grandes cantidades de personas<sup>30</sup>. A partir de esta herramienta, en este trabajo se utilizó para la recolección de la información una Bateria Psicométrica, la cual se compone de cuatro cuestionarios, distribuido de la siguiente manera:

1. **Cuestionario socio demográfico:** compuesto por cuatro ítems correspondientes a la edad, carrera, semestre y estado civil.
2. **Cuestionario de Creencias en salud en mujeres universitarias:** consiste en un cuestionario de autoreporte, compuesto por 44 ítems que se distribuyen en seis escalas que corresponden a cada una de las variables psicosociales propuestas por el modelo de creencias en salud. Los ítems que constituyen este cuestionario son de tipo Likert con cinco opciones de respuesta según el acuerdo o desacuerdo de la afirmación.
3. **Cuestionario de auto-reporte de factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino:** esta compuesto por seis ítems de preguntas abiertas, que evalúan la presencia de factores que han mostrado asociación con el desarrollo del cáncer de cuello uterino (haber iniciado actividad sexual, edad de inicio de la actividad sexual, haber tenido hijos, número de hijos, edad en que tuvo el primer hijo y antecedentes familiares de cuello uterino).
4. **Cuestionario de auto-reporte de información específica sobre la realización de la citología vaginal:** consta de 8 ítems que evalúan variables relacionadas con la conducta criterio; haberse realizado por lo menos una citología, fecha de la primera toma, número de citologías realizadas, fecha de la última citología, frecuencia de la realización y resultados.

## 6.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de la aplicación de la Bateria sobre “Creencias en salud relacionadas con la toma de la citología vaginal”. La aplicación de la misma se efectuó durante los meses de abril, mayo y junio de 2006 en la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, por parte del investigador, y que se realizó dentro del

---

<sup>30</sup> CASTRILLÓN Gaviria, Diana Norela. Documento N° 4 “La Encuesta”. (Cited 2 de junio de 2006). <http://www.cta.org.co/ondwLaencuesta.doc>

**campus con 91 mujeres pertenecientes a los programas de medicina y psicología las cuales colaboraron de forma voluntaria.**

## **6.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Es importante señalar que este estudio decidió no realizar una prueba piloto pues al dialogar con la autora del instrumento Diana Carolina Rubio León, psicóloga egresada de la Universidad Nacional, que se aplicó, se contempló innecesario el desarrollo de una prueba piloto, pues el instrumento ya ha sido probado en varias partes del país demostrando que no es necesaria su estandarización debido a que es el mismo instrumento el que va a permitir develar las creencias y su correlación con otros factores sean culturales, sociales, económicos o personales.

La consistencia interna u homogeneidad de las escalas del cuestionario se estimó mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (ver Tabla Nº 1). En general, se puede decir que la confiabilidad de las escalas es moderadamente alta, ya que se encuentra por encima de 55 en todos los casos; hay que aclarar que el cuestionario de creencias en salud en mujeres universitarias, está compuesto por escalas que permiten medir de forma moderadamente consistente las diferencias individuales debidas a las creencias en salud, sobre la citología vaginal y el cáncer de cuello uterino, que tienen las participantes de la investigación.

**TABLA Nº 1.** Coeficiente Alpha para las Escala del Cuestionario de Creencias en Salud

<b>ESCALA</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>COEFICIENTE ALPHA DE CRONBACH</b>
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	8	0.644
SEVERIDAD PERCIBIDA	8	0.656
BENEFICIOS PERCIBIDOS	8	0.551
BARRERAS PERCIBIDAS	10	0.768
SEÑALES PARA LA ACCIÓN	6	0.596
MOTIVACIÓN PARA LA SALUD	4	0.598

FUENTE. RUBIO, Diana Carolina. Bateria de Instrumentos Psicométricos para evaluar Creencias en Salud. Bogotá, 2004.

La validez del cuestionario se controló mediante la revisión de los ítems por parte de 4 jueces expertos en el tema, y posteriormente mediante la realización de análisis factorial confirmatoria, con miras a obtener un balance de las relaciones entre los ítems; los cinco primeros factores extraídos explicaron el 33.148% de la varianza.

## **6.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

Luego de la aplicación de la batería a 91 estudiantes de los programas de psicología y medicina, del sexto al décimo semestre (6 - 10), se procedió a la tabulación de la información haciendo uso del programa Microsoft EXCEL. Cada una de las 6 subescalas se obtuvo por medio de la sumatoria de los ítems dentro de la prueba, correspondientes a la misma. Una vez realizada la tabulación de cada uno de los sujetos, se procedió a procesar los datos de manera grupal, con el fin de obtener la media y la desviación standard de la prueba; también, se realizó con la intención de que a partir de las puntuaciones obtenidas se pudieran establecer las medidas de tendencia central para las 6 escalas del cuestionario aplicado en la ciudad de Neiva, para poder comparar las mismas con los puntajes obtenidos durante la estandarización de la prueba.

## **6.9. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para preservar el principio de Eticidad establecido en el Código de Ética de Medicina, para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

1. El informe y consentimiento previo de los actores involucrados en el estudio.
2. El análisis de la información se realizará fundamentado en los datos obtenidos y no en otras fuentes de estudio.
3. El estudio se compromete a incrementar el conocimiento y a emplear tal conocimiento en pro del conocimiento y mejoramiento de la salud promoviendo en las personas la comprensión de sí mismas y de los demás.
4. Se garantiza la privacidad, pues la información obtenida sólo será discutida con propósitos profesionales y será comunicada a quienes estén claramente relacionados con el caso, pues las hojas del instrumento de recolección de datos, quedaran bajo custodia exclusiva del investigador, bajo absoluta confidencialidad y reserva del secreto profesional.
5. Igualmente, se tuvieron en cuenta los principios básicos que guían la conducta investigativa con el fin de lograr aplicar al máximo todos los conocimientos en el tema y así obtener los mejores resultados posibles.

## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### ITEM N° 1. Cuestionario Sociodemográfico

TABLA N° 2. Distribución Sociodemográfica.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
19	3	3,3%
20	17	18,9%
21	22	24,4%
22	27	30,0%
23	8	8,9%
24	5	5,6%
25	3	3,3%
27	2	2,2%
28	3	3,3%
29	1	1,1%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>
Programas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	45	49,5%
Psicología	46	50,5%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>
Semestre	Frecuencia	Porcentaje
6	17	19,1%
7	26	29,2%
8	21	23,6%
9	15	16,5%
10	13	14,6%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>

### ANÁLISIS.

Dentro de las características sociodemográficas se pudo comprobar que todas las participantes eran solteras, en cuanto a la edad se observó que un mayor porcentaje, representado por un 83,3%, oscilaban entre las edades de 20 a 22 años. También, se encontró que de las 91 mujeres encuestadas 46 de ellas representado por un 50,5% pertenecían al programa de psicología de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana ubicada en la ciudad de Neiva. Por último la población muestra en su mayoría pertenecían al séptimo semestre con un 29,2%. (Ver Tabla N° 2)

### ITEM N° 2. Creencias en Salud en Mujeres Universitarias

TABLA N° 3. Medidas de Tendencia Central y Percentiles para la Escala del Cuestionario de Creencias en Salud (Resultados Neiva)

ESCALA	MEDIA	DESVIACION	PERCENTILES			
			20	40	60	80
Susceptibilidad percibida	28,20	4,01	23.00	25.20	27.80	30.00
Severidad percibida	27,66	4,21	22.00	25.00	28.00	30.40
Beneficios percibido	26,54	4,72	22.00	25.00	28.00	31.00
Barreras percibidas	25,29	5,69	20.00	23.00	27.80	32.00
Señales para la acción	20,02	3,26	18.00	20.00	22.00	25.00
Motivación para la salud	15,30	2,57	10.00	12.00	13.00	16.00

**TABLA N° 4.** Medidas Standard de Tendencia Central y Percentiles para la Escala del Cuestionario de Creencias en Salud

ESCALA	MEDIA	DESVIACIÓN	PERCENTILES			
			20	40	60	80
Susceptibilidad Percibida	26.39	4.7	23.00	25.20	27.80	30.00
Severidad Percibida	26.48	5.1	22.00	25.00	28.00	30.40
Beneficios Percibidos	26.67	4.5	22.00	25.00	28.00	31.00
Barreras Percibidas	25.97	6.8	20.00	23.00	27.80	32.00
Señales Para La Acción	21.32	4.0	18.00	20.00	22.00	25.00
Motivación Para La Salud	12.52	3.1	10.00	12.00	13.00	16.00

## ANÁLISIS

Con el propósito de establecer el significado de la puntuación obtenida por las encuestadas, se procedió a comparar el puntaje con los percentiles obtenidos durante la construcción de la prueba (ver Tabla N° 4). Los puntajes obtenidos se analizaron en términos de “Bajo”, puntajes menores al percentil 20; “Medio Bajo”, puntajes ubicados entre el percentil 20 y el 40; “Medio”, puntajes entre los percentiles 40 y 60; “Medio Alto”, puntajes ubicados entre los percentiles 60 y 80; y, “Alto”, a los puntajes superiores al percentil 80. De este modo, al comparar los puntajes obtenidos con los percentiles establecidos, se presentaron los siguientes datos por escala:

### SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA.

Para la escala de susceptibilidad percibida, cuya media fue de 28.20, ubicada entre los percentiles 60 – 80, el puntaje correspondió a “Medio Alto”, indicando que las mujeres pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana consideran la enfermedad como una posibilidad real que puede afectarlas en algún momento de su vida, manifestando claramente que puede

existir una relación entre esta probabilidad y sus comportamientos actuales. (Ver Tabla N° 3)

#### **SEVERIDAD PERCIBIDA**

En la severidad percibida, cuya media fue de 27.66, ubicada entre los percentiles 40-60, el puntaje correspondió a “Medio”, indicando que las mujeres consideran que al experimentar la enfermedad la severidad de las consecuencias serían moderadamente negativas. (Ver Tabla N° 3)

#### **BENEFICIOS PERCIBIDOS**

En cuestión a los beneficios percibidos, la media fue de 26.54; este resultado se ubicó en la parte “Media”, revelando que las mujeres encuestadas perciben que existen algunas bondades así como algunos inconvenientes asociados a la citología vaginal. (Ver Tabla N° 3)

#### **BARRERAS PERCIBIDAS**

En esta escala se observó que la media se ubicó 25.29, puntaje que se encontró dentro de la “Media”, esto denota que las personas valoran en igual medida las barreras y los facilitadores asociados a la realización de la citología vaginal. (Ver Tabla N° 3)

#### **SEÑALES PARA LA ACCIÓN**

En la escala de señales para la acción, el resultado fue 20.02, puntaje ubicado dentro de la “Media”, obtenido por aquellas mujeres que reconocen las señales internas y externas del cáncer cuello cervical, pero estas no se constituyen como elementos suficientes para decidir realizarse el examen. (Ver Tabla N° 3)

#### **MOTIVACIÓN PARA LA SALUD**

La motivación para la salud observada fue 15.30, puntaje ubicado dentro del rango “Medio Alto”, obtenido por mujeres que están permanentemente motivadas por su salud y están dispuestas a desplegar varias conductas que les aseguren el mantenimiento de esta condición. (Ver Tabla N° 3)

### **ITEM N° 3. Factores de Riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino**

Es importante tener en cuenta que 66 de las mujeres encuestadas tienen vida sexual activa, (ver Tabla N° 5) es posible afirmar que más del 50% de la población femenina dieron inicio a su vida sexual a edades comprendidas entre los 17 y 20 años, sustentado en 48 casos. Con las 66 encuestadas que respondieron de forma positiva (ver Tabla N° 5), se demostró que la edad temprana de estas



mujeres al inicio de las relaciones sexuales es un factor predisponente para el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, al contrastar los porcentajes de mujeres que tienen vida sexual activa con mujeres que se han realizado la citología se puede evidenciar que pese a que la población encuestada posee conocimientos en el campo de la salud y es conciente del riesgo de contraer la enfermedad, esto no se refleja en la practica, ya que las campañas realizadas en la universidad probablemente carecen de impacto dentro de la población.

**TABLA N° 5. Relaciones Sexuales**

<b>¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	66	72,5%
No	25	27,5%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>

<b>¿A que edad tuvo su primera relación sexual?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
12	1	1,5%
13	2	3,0%
15	4	6,0%
16	5	7,5%
17	14	20,9%
18	16	23,9%
19	10	14,9%
20	8	11,9%
21	4	6,0%
22	1	1,5%
23	1	1,5%
25	1	1,5%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0%</b>

Otros factores de riesgo, los cuales en este estudio no son representativos pero que se deben mencionar, lo constituyen en primer lugar, el hecho de tener hijos que en el caso de las mujeres encuestadas no constituye una proporción significativa ya que tan solo 8 de ellas aseveran tener hijos, 6 de las cuales tienen 1 solo hijo y las restantes 2 hijos. En segundo lugar, se mencionan los antecedentes de cáncer de cuello uterino en la familia, factor que en esta investigación resulto ser poco significativo pues tan solo 8 de las mujeres encuestadas afirman tenerlo (ver Tabla N° 6).

**TABLA N° 6. Antecedentes de Cáncer de cuello uterino.**

<b>¿Alguna mujer de su familia ha desarrollado cáncer de cuello uterino?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	8	8,8%
No	83	91,2%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>

## **INFORMACION ESPECÍFICA SOBRE LA REALIZACION DE CITOLOGÍA VAGINAL**

En el análisis de las respuestas obtenidas en este cuestionario se puede detallar que el 53,8% de las mujeres de la Facultad de Salud se ha realizado la citología vaginal contrastando con un 46,2% que no se ha realizado el examen aun. Esto indica que un alto porcentaje de ellas asumen conductas de prevención.

**TABLA Nº 7.** Frecuencia de la toma de Citología Vaginal

¿Se ha realizado citología vaginal?	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	53,8%
No	42	46,2%
Total	91	100,0%

Igualmente, es importante resaltar que frente a los datos sobre la toma de la última citología, se evidenció una mayor probabilidad de ser realizada entre cada año y cada dos años, es por esto, que durante el último año el 24,2% de las mujeres se realizaron la prueba, y en la frecuencia de este procedimiento el 16,5% de las participantes lo ha realizado por única vez, y 22,0% entre dos a tres veces. Esto determinó que existe un alto porcentaje de mujeres que no cumplen rutinariamente el proceso del examen vaginal. Además de estos inconvenientes, vale la pena recalcar que el resultado de la toma de la citología si fue conocido y reclamado por parte de las encuestadas, sustentado en el 96% de las 49 mujeres con respuesta positiva a la toma de la prueba y en el que su diagnostico salio normal. Equivalentemente en la pregunta en la que se valora los servicios de salud prestados por la Universidad Surcolombiana en la toma de la citología se puede hallar que el 4,4% de las participantes se realizaron la prueba en esta institución.

## **8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

A partir de la codificación de la información obtenida, en la cual, las mujeres de la Facultad de Salud a través de una encuesta sobre Creencias en Salud expresaron sus opiniones y concepciones con respecto a la toma de la citología, con relación al tema estudios tales como el de Ajzen (2001), sostienen que la nueva actitud generada suplanta solo de forma parcial la actitud previa, de carácter implícito y habitual a lo largo de los diferentes contextos, toma mayor fuerza la necesidad de realizar una evaluación más general que de cuenta de la complejidad del proceso salud enfermedad, con miras al planteamiento de acciones en promoción y

prevención<sup>31</sup>, lo que indica que la realización periódica de la citología vaginal impulsa actitudes de prevención y detección de los estadios tempranos en el cáncer de cuello uterino.

Este referente puede ser un factor determinante a la hora de evaluar la actitud de las mujeres, especialmente en aquellas que poseen el acceso a la educación superior, principalmente en el campo de la salud y que están cursando los últimos semestres de su carrera, debido a que ellas aparentemente manejan conocimientos más avanzados sobre el manejo y la prevención de este tipo de patologías.

Con respecto a las creencias acerca de la citología es importante resaltar que para estas mujeres el cáncer de cuello uterino es una enfermedad real que puede afectarlas en algún momento de su vida, es decir, que para ellas es importante asumir conductas preventivas dentro de sus hábitos de salud, que conlleven a mantener un bienestar físico. Este resultado contrasta con estudios como el de Braun & Gavey, 1999<sup>32</sup> quienes en sus investigaciones encontraron que es importante la realización periódica de la citología vaginal para reducir las tasas de mortalidad y las nefastas consecuencias del cáncer de cuello uterino.

Pero dentro de los ámbitos de la Universidad Surcolombiana el manejo de programas de prevención de la misma es deficiente, lo que conlleva a que esta población a pesar de ser consciente del riesgo, no tenga un conocimiento profundo de cómo emplear las conductas preventivas de la enfermedad, es decir, no manejan conocimientos sobre la periodicidad y la frecuencia de la aplicación de la prueba; así, como lo sugiere un artículo publicado en la Revista Colombiana Médica<sup>33</sup> la cual menciona que a pesar de que se tenga un conocimiento con respecto a la enfermedad esto no es suficiente para promover conductas de prevención, es decir, que es importante impulsar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables.

Por medio de este estudio se pudo determinar que aunque hay conocimientos introyectados con respecto a la enfermedad, es indispensable asumir dentro del plano institucional e incluso municipal la realización de campañas que abarque no solo conocimientos sino actitudes sobre el bienestar físico y psicológico para la población femenina.

---

<sup>31</sup> AIZEN, I. Nature and operation of attitudes. Estados Unidos, 2001. Annual review of belief model scales. p. 27 – 58

<sup>32</sup> BRAUN & GAVEY. Op cit. p. 1463

<sup>33</sup> <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm>. Op cit. p. 186

## 9. CONCLUSIONES

- Las Creencias en Salud en la población femenina universitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud, específicamente en los programas de medicina y psicología, fueron de susceptibilidad a la enfermedad de cáncer de cuello uterino y también, motivacionales debido a que para ellas es determinante establecer los parámetros que conllevan a asumir conductas que eviten los factores de riesgos de la misma.

- 📄 Con respecto a las características socio demográficas de las mujeres se determinó que todas son mujeres solteras; de los programas de medicina y psicología; que cursaban séptimo y octavo semestre y, con una edad entre los 20 y 22 años.
  
- 📄 En cuanto a las creencias en salud de esta población se pudo observar que en las creencias en la severidad de adquirir la enfermedad de cáncer de cuello uterino, junto con las barreras y los beneficios percibidos en cuanto la toma de citología y las señales para la acción son escalas que no influyen dentro los conceptos manejados en la cotidianidad de estas mujeres, lo que conlleva a que el manejo de la conducta preventiva de las universitarias a cerca de la toma de la citología no se abarque de forma global con relación al impacto que puede generar la enfermedad.
  
- 📄 Se estimó que dentro de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en las mujeres de la facultad, es determinante el inicio de la relación sexual a edad muy temprana, así como la multiparidad y los antecedentes familiares. Esto quiere decir, que estos factores dentro del estudio no se pueden extrapolar debido a que la muestra no es significativa; sin embargo, en algunas mujeres de la facultad se encontró que sus citologías no obtuvieron resultados normales.

## 10. RECOMENDACIONES

- 📄 A partir de la realización de este trabajo basado en los lineamientos con respecto a las Creencias en Salud en la aplicación de la citología vaginal se considera que el modelo es una buena herramienta a la hora de evaluar las creencias y percepciones en salud.
  
- 📄 En el ámbito de la modificación de comportamientos, el modelo de creencias en salud, además de tratar de explicar porque las personas practican o no comportamientos saludables, también predice la relación entre el

comportamiento y las circunstancias en las cuales dicho comportamiento puede cambiar.

- ❏ Así mismo, es importante considerar que entre las implicaciones de emplear el modelo de creencias en salud como lineamiento de un programa o estrategia de promoción/prevención, se encuentra que las acciones deben estar orientadas al incremento de la susceptibilidad percibida, al tiempo que se incrementa también la percepción de los beneficios y eficacia que puede tener un comportamiento saludable frente a la amenaza de la enfermedad.
- ❏ Sería pertinente, que en posteriores estudios se indagara más profundamente si hay alguna diferencia entre las señales internas y las señales externas, en relación con la realización de la conducta saludable, ya que el cáncer de cuello uterino y la infección con VPH, son enfermedades asintomáticas en los primeros estadios de la enfermedad.
- ❏ Se propone la importancia de incluir algunos de los hallazgos aquí presentados en el diseño de programas de promoción y prevención de enfermedad dirigidos a población universitaria, de modo que mas allá de comunicar conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y sobre sus consecuencias, y de realizar jornadas de toma masiva del examen, se debería procurar el aumento de la valoración positiva de estas mujeres acerca de su propia salud y de los beneficios de la citología como forma de mantenerla.
- ❏ Por último este estudio pudo determinar que aunque hay conocimientos introyectados con respecto a la enfermedad, es indispensable asumir dentro del plano institucional e incluso municipal la realización de campañas que abarque no solo conocimientos sino actitudes sobre el bienestar físico y psicológico para la población femenina.

## **BIBLIOGRAFIA**

AIKEN, L. WEST, S., WOODWARD, C, & RENO, R. 1994. Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. Health Psychology.

ANDRADE, Fanny. 2004. Manual para la toma de citología cervicovaginal, Programa para la detección precoz y control del cáncer Cérvico uterino. Liga contra el cáncer seccional Huila.

AZJEN, I. 2001. Nature and operation of attitudes. Annual Review of Psychology.

BLANCHE, M. & WASILEH, P. 2001. Transcultural adaptation of champion's health belief model scales. Clinical Scholarship.

BOYLE, P. 2000. Update on cancer control in women. Internacional Journal of Gynecology & Obstetrics.

BRAUN, V. & GAVEY, N. 1999. Whit the best reasons: Cervical cancer prevention policy and the suppressions of sexual risk factor information. Social science & medicine.

BYRD, T., PETERSON, S. 2003. Cervical cancer screening beliefs among young hispanic women. Preventive Medicine.

CABRERA, Gustavo. 2000. Creencias en salud: historia y aportes del Modelo. Univalle el modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista facultad nacional de salud publica.

CUMMINGS, K. & ROSENSTOCK, I. 1978. Construct validation of the health belief model. Health Education Monographs.

CUZICK, J. 1999. Screening for cancer: Future potencial. European Journal of Cancer.

DENZIN, N., LINCLN, Y. 2000. Handbook of qualitative research. Second Edition. Sage publications. Cap. 6. Paradigmatic Controversias, contradictions and Emerging Confluences.

DURAN, Esteves Adriana. 2003. Identificación del papiloma virus en mujeres que asisten al servicio de colposcopia de la liga de lucha contra el cáncer en la ciudad de Neiva. Programa de medicina, Universidad Surcolombiana. Neiva 2003. Biblioteca Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana.

EAKER, S., & ADAMI, H. 2001. Attitudes to screening for cervical cancer: A population-based study in Sweden. *Cancer causes and Control*.

FERNÁNDEZ, Ballesteros Rocío. Cátedra de Evaluación psicológica, Capítulo 17: Evaluación en Prevención y Promoción de la salud. Universidad Autónoma de Madrid. Ed. Pirámide.

HEMPLING, R. 2000. Lesiones preinvasoras del cancer del cerviz: Diagnostico y tratamiento. *Oncologia Ginecologica*. New Cork: Marban.

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm>

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2/cm36n2a2.htm>

[http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdr/om/VOL71/71\\_4\\_335.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr/om/VOL71/71_4_335.pdf)

[http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199704/esp\\_sida.html](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199704/esp_sida.html).

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000700004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700004)

<http://www.tutormedico.com/temas/papanicolao.citologia.html>.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. 2004. Registro Institucional de Cancer del I.N.C. Bogota.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLÓGICA. 2001. Cáncer de cuello uterino. Guías de la práctica clínica en enfermedades neoplásicas. Ministerio de Protección Social. Segunda Edición. Bogota DC.

JIROJWONG, S., & MACLENNAN, R. 2003. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Issues and innovations in Nursing Practice*.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. Programa mujer, Salud y desarrollo. Hoja informativa.

POUPART, DESLAURIERS, GROULX, LAPERRIÉRE, MAYER, PIRES. 1997. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin éditeur. Les critères de scientificité des méthodes qualitatives.

ROSENTOCK, I. 1974. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs.

RUBIO, León Diana Carolina. 2004. Bateria de instrumentos psicométricos para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias en relación con la toma de citología vaginal. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

SEGURO SOCIAL. 1997. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino: Departamento Nacional de promoción y mantenimiento de la salud. Santa fe de Bogotá.

UNIDAD DE CANCEROLOGÍA DEL HUILA. 2005. Datos estadísticos de prevalencia e Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino en: Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva.

# **ANEXOS**

## ANEXO A. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD / TIEMPO	I SEM DE 2005			II SEM DE 2005				I SEM DE 2006				
	ABR	MAY	JUN	SEP	OCT	NOV	DIC	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1. Anteproyecto												
2. Revisión Bibliográfica		X										
3. Sustentación Anteproyecto			X									
4. Construcción Marco Teórico				X	X							
5. Diseño Metodológico						X						
6. Consecución del instrumento						X						
7. Presentación del Proyecto							X					
8. Aplicación Instrumento								X				
9. Recolección de datos									X			
10. Tabulación de Datos										X		
11. Análisis de información										X		
12. Formulación de resultados											X	
13. Evaluación de resultados											X	
14. Presentación de informe												X
15. Difusión de Resultados												X

## ANEXO B. PRESUPUESTO

DETALLE	VALOR UNITARIO	GASTOS RELEVANTES	GASTOS NO RELEVANTES	TOTAL
PERSONAL: 1 año				
Investigadores: 1	100.000		200.000	
Asesores: 2	300.000		600.000	
				<b>800.000</b>
EQUIPOS Y MATERIAL:				
Fotocopias: 500	50	25.000		
Digitación: 100 pág	300	30.000		
Tinta: 1	95.000	95.000		
				<b>150.000</b>
PAPELERIA:				
1 Resma de papel carta	10.000	10.000		
4 Lapiceros	1000	4.000		
				<b>14.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>506.350</b>	<b>\$ 164.000</b>	<b>\$800.000</b>	<b>\$1.470.350</b>

**ANEXO C. CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS EN  
RELACIÓN CON LA TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL®  
Rubio, 2004<sup>34</sup>**

Edad: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Las frases que va a leer a continuación describen lo que algunas mujeres creen, sienten o piensan. Por favor lea cada una de ellas y marque con una **X** el número que indica en qué medida usted esta de acuerdo o en desacuerdo con ella, según las opciones que aparecen a la derecha de cada frase. Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste de forma espontánea cada una de las frases, no emplee mucho tiempo para pensar su respuesta. Trate de no dejar espacios en blanco, y en lo posible trate de no elegir la opción "Neutral" a menos que ninguna de las otras opciones se acomode a usted.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Siempre me mantengo muy interesada por realizarme controles y exámenes médicos regulares.	1	2	3	4	5
2	Me parece normal tener que desnudarme para que me examine el médico.	1	2	3	4	5
3	Me siento vulnerable al cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
4	Las mujeres que se realizan citología vaginal muy seguramente se curarán en caso de tener cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
5	Me parece que la citología vaginal no es un examen muy costoso.	1	2	3	4	5
6	Aunque me enterara de una jornada de toma de citologías en la universidad no me la tomaría.	1	2	3	4	5
7	Mi vida ya no sería la misma si tuviera cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
8	Estoy segura que siempre hago todo lo necesario para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
9	Tengo pocas posibilidades de desarrollar el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
10	Con realizarme periódicamente la citología vaginal prevengo el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
11	Me da vergüenza realizarme la citología vaginal.	1	2	3	4	5
12	En realidad pienso que podría desarrollar cáncer de cuello uterino a pesar de realizarme varias citologías.	1	2	3	4	5
13	No podría cumplir con mis metas si me dijeran que tengo cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
14	Mi vida sexual no tiene nada que ver con la posibilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5

<sup>34</sup> RUBIO, D. Creencias en Salud en Mujeres Universitarias Relacionadas con la Toma de Citología Vaginal. Bogotá, 2004: Tesis de Grado Profesional no Publicada. Universidad Nacional de Colombia. E-mail: dcrubiol@unal.edu.co

15	Si tuviera cáncer de cuello uterino se deterioraría mi vida sexual.	1	2	3	4	5
16	Creo que preferiría realizarme la citología dentro de las jornadas realizadas en la universidad.	1	2	3	4	5
17	Le temo a los resultados de la citología vaginal.	1	2	3	4	5
18	Realmente son pocas las veces que decido realizarme controles médicos periódicos.	1	2	3	4	5
19	No creo que vaya a tener cáncer de cuello uterino alguna vez.	1	2	3	4	5
20	Me avergüenza que los médicos examinen mis órganos genitales.	1	2	3	4	5
21	Creo que si yo tuviera cáncer de cuello uterino me sería una enfermedad fácil de sobrellevar.	1	2	3	4	5

POR FAVOR CONTINÚE AL RESPALDO

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
22	Creo que en algunos casos la citología vaginal no es un examen efectivo en la detección del cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
23	Pienso que las mujeres que no usan condón tienen más riesgo para el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
24	Estoy segura que en caso de presentar flujo o ardor en mis genitales inmediatamente me realizaría la citología vaginal.	1	2	3	4	5
25	Mi vida afectiva no sería la misma si tuviera cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
26	Definitivamente la citología vaginal me traería solo beneficios y ningún inconveniente.	1	2	3	4	5
27	Me desagrada el tener que comentarle al médico sobre mis prácticas sexuales.	1	2	3	4	5
28	Me considero poco vulnerable al cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
29	Realmente solo decidiría realizarme la citología vaginal en el momento que note algo anormal en mis genitales.	1	2	3	4	5
30	Creo que no me afectaría mucho el que mi apariencia física se alterara por el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
31	Realizarse la citología vaginal no evita las posteriores consecuencias asociadas con el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
32	Considero que podría seguir mi vida normal aunque tuviera cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
33	En realidad no me intereso por hacer cosas para tener una buena salud.	1	2	3	4	5
34	Creo que la citología vaginal es realmente el único examen que me permitiría saber si tengo cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
35	Si las campañas de toma de citología fueran anuales, me la haría más fácilmente.	1	2	3	4	5
36	En realidad creo que la citología vaginal es como cualquier otro examen médico.	1	2	3	4	5
37	Pienso que no me preocuparía demasiado sí mi vida sexual se afectara por tener cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
38	No creo que la citología vaginal sea un examen muy doloroso.	1	2	3	4	5
39	He pensado que mis prácticas sexuales pueden aumentar el riesgo de tener cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5

40	Con realizarme la citología vaginal no reduzco la posibilidad de tener cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
41	Creo que entre más parejas sexuales tenga mayor puede ser el riesgo de tener cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
42	La camilla y la posición en la que se realiza la citología vaginal me parecen bastante incómodas.	1	2	3	4	5
43	Al presentar una molestia leve en mis genitales no me preocuparía tanto como para realizarme la citología vaginal.	1	2	3	4	5
44	Me parece fácil realizarme la citología vaginal anualmente.	1	2	3	4	5

¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_

¿Alguna mujer de su familia ha desarrollado cáncer de cuello uterino? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Se ha realizado **citología vaginal**? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE HOJA

**Sí su respuesta anterior fue NO, deje de contestar y entregue el cuestionario. Sí su respuesta anterior fue SI, continúe contestando.**

¿Hace cuánto fue su primera citología? \_\_\_\_\_

**En las siguientes preguntas marque con una X la opción que más se acomode a usted:**

¿Cuántas citologías se ha realizado?				
1	2-3	4-5	6-7	8 o más

¿Hace cuanto fue su <b>última citología</b> ?				
Más de 2 años	1 año y 6 meses	Hace 1 año	Hace 9 meses	Menos de 6 meses

¿Más o menos <b>cada cuánto</b> se realiza la citología?				
Cada 2 años o más	Cada año y 6 meses	Entre 1 año y 1 año y 3 meses	Cada año	Cada 9 meses o menos

El **resultado** de sus citologías ha sido: \_\_\_\_\_

No lo sé	Todas anormales	Casi todas anormales	Alguna anormal	Todas normales
----------	-----------------	----------------------	----------------	----------------

<i>Cuántas citologías se ha realizado en el <b>Servicio de Salud Estudiantil</b>?</i>				
Ninguna	1	2-3	4-5	6 o más

<i>A cuántas <b>jornadas de toma de citología vaginal</b> realizadas por la División de Salud Estudiantil ha asistido?</i>				
Ninguna	1	2-3	4-5	6 o más

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



## ANEXO D. CARACTERIZACIÓN DE LOS PERCENTILES

### 1. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA:

*Puntaje “Bajo”*, implica que la persona de ninguna forma, considera la enfermedad como una posibilidad real y por lo tanto no creen que haya posibilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino en algún momento de su vida.

*Puntaje “Medio Bajo”*, estos puntajes indican que se tiene la creencia de la enfermedad como una posibilidad lejana y con una probabilidad baja en ocurrencia.

*Puntaje “Medio”*, implican la consideración del cáncer de cuello uterino como una posibilidad medianamente real, similar a la probabilidad de desarrollar cualquier otra enfermedad; no se perciben como mujeres mas vulnerables que las demás mujeres, igualmente no se contempla la relación entre sus comportamientos y el riesgo de la enfermedad.

*Puntaje “Medio Alto”*, la consideración de la enfermedad como una posibilidad real que puede afectarlas en algún momento de su vida y por ello consideran que puede existir una relación entre esta probabilidad y sus comportamientos actuales.

*Puntaje “Alto”*, se tiene la creencia de que hay una relación directa entre los comportamientos actuales y la posibilidad real de contraer cáncer de cuello uterino en virtud de la misma. Son mujeres que se perciben como vulnerables a la enfermedad y de alguna manera conocen las causas de tal riesgo.

### 2. SEVERIDAD PERCIBIDA

*Puntaje “Bajo”*, obtenido por aquellas mujeres que conocen las consecuencias negativas de la enfermedad, pero creen que en caso de ser diagnosticadas con cáncer de cuello uterino no sufrirían por tales consecuencias.

*Puntaje “Medio Bajo”*, se refiere a la consideración de la posibilidad lejana de experimentar las consecuencias negativas del cáncer de cuello uterino.

*Puntaje “Medio”*, obtenido por las mujeres que consideran que al experimentar la enfermedad la severidad de las consecuencias serían moderadamente negativas

*Puntaje “Medio Alto”*, característico de mujeres que perciben la enfermedad especialmente en virtud de sus consecuencias negativas y de la forma en que se podría llegar a afectar su vida.

*Puntaje “Alto”*, indica que la persona percibe las consecuencias del cáncer de cuello uterino como muy negativas para sí mismo, y consideran que la totalidad de su vida se vería notoriamente afectada si fueran diagnosticadas con esta enfermedad.

### **3. BENEFICIOS PERCIBIDOS**

*Puntaje “Bajo”*, hace referencia a aquellas mujeres que desconocen que la citología vaginal es un examen útil en la detección temprana del cáncer de cuello uterino.

*Puntaje “Medio Bajo”*, implica el conocimiento de la relación entre la citología vaginal y la detección de la enfermedad, pero en términos de sus limitaciones, ya que no se tiene noción de los beneficios y utilidades del examen.

*Puntaje “Medio”*, característico de mujeres que perciben tanto las bondades como los inconvenientes asociados a la citología vaginal.

*Puntaje “Medio Alto”*, es característico de las mujeres que consideran que los beneficios de la citología vaginal son muy importantes en la detección del cáncer de cuello uterino, y por lo tanto dan poca importancia o atenúan sus limitaciones.

*Puntaje “Medio Alto”*, indica que la citología vaginal es entendida únicamente en términos de los beneficios que puede tener en la salud, ya que es percibida como una herramienta efectiva en la detección del cáncer de cuello uterino.

### **4. BARRERAS PERCIBIDAS**

*Puntaje “Bajo”*, implican que no se percibe ningún obstáculo o barrera asociado al examen de la citología vaginal.

*Puntaje “Medio Bajo”*, es característico de aquellas mujeres que perciben pocas barreras para la realización del examen y manifiestan que éstas son atenuadas por las consecuencias positivas de esta conducta.

*Puntaje “Medio”*, muestra que la persona valora en igual medida las barreras y los facilitadores asociados a la realización de la citología vaginal.

*Puntaje “Medio Alto”*, describe creencias según las cuales las barreras asociadas al examen son valoradas como más importantes que los factores que podrían facilitar su realización.

*Puntaje “Alto”*, sólo se perciben obstáculos y barreras y de ninguna forma se contempla la posible existencia de facilitadores para su realización.

## **5. SEÑALES PARA LA ACCIÓN**

*Puntaje “Bajo”*, característico de mujeres que desconocen los síntomas que puede emitir su cuerpo y las señales externas que podrían facilitar la toma de la citología vaginal.

*Puntaje “Medio Bajo”*, muestra que se perciben estas señales, pero no se le da mayor importancia a la sintomatología interna ni se toman las citologías vaginales aunque haya presencia de señales externas.

*Puntaje “Medio”*, obtenido por aquellas mujeres que reconocen las señales internas y externas, pero estas no se constituyen como elementos suficientes para decidir realizarse el examen.

*Puntaje “Medio Alto”*, característico de las mujeres que reconocen las señales internas pueden decidir realizarse el examen en virtud de estas señales.

*Puntaje “Alto”*, en esta escala describe mujeres que están atentas permanentemente a los síntomas y señales externas y a consecuencia de los mismos efectivamente reportan que pueden llegar a realizarse la citología.

## **6. MOTIVACIÓN PARA LA SALUD**

*Puntaje “Bajo”*, caracteriza a las mujeres que no consideran que el mantenimiento de su salud sea algo importante en su vida.

*Puntaje “Medio Bajo”*, obtenido por aquellas mujeres que consideran que mantener buena salud puede ser algo importante en su vida, pero no están dispuestas a realizar conductas para cuidarla.

*Puntaje “Medio”*, describe a la persona que se siente motivada por mantener buenas condiciones de salud.

*Puntaje “Medio Alto”*, obtenido por mujeres que están permanentemente motivadas por su salud y están dispuestas a desplegar varias conductas que les aseguren el mantenimiento de esta condición.

*Puntaje “Alto”*, indica que la motivación por la salud es permanente, hay una valoración positiva sobre mantener un buen estado de salud, lo que lleva a estas mujeres a decidir involucrarse y mantener conductas saludables.

## **7. CONDUCTA SALUDABLE**

*Puntaje “Bajo”*, obtenido por mujeres que reportaron tener vida sexual activa desde hacía más de un año, y que no se habían tomado ninguna citología vaginal.

*Puntaje “Medio Bajo”*, obtenido por aquellas mujeres que iniciaron su vida sexual durante el último año y reportaron no haberse tomado nunca una citología vaginal, o por personas que dejaron pasar por lo menos tres años entre el inicio de la actividad sexual y la toma de su primera y única citología vaginal.

*Puntaje “Medio”*, obtenido por mujeres que reportaron haberse tomado por lo menos una citología vaginal. Se incluyeron dos grupos de mujeres, a) aquellas que sólo se habían tomado una citología y lo habían hecho dentro del primer año después del inicio de la

actividad sexual; b) mujeres que se habían tomado entre dos y tres citologías con una frecuencia promedio de 1 año y seis meses; y c) mujeres que se habían tomado una única citología hace menos de un año.

*Puntaje "Medio Alto"*, obtenido por mujeres que no dejaron pasar mas de un año entre el inicio de la actividad sexual y su primera citología, y que se habían tomado más de 2 citologías con una frecuencia anual.

*Puntaje "Alto"*, se refiere a la realización exitosa de la conducta saludable, en términos de frecuencia por lo menos anual, número de citologías tomadas desde el inicio de la actividad sexual considerada como adecuada, y fecha de la última toma dentro del último año transcurrido.

## ANEXO E. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad Surcolombiana**  
**Facultad de Salud**  
**Calle 9 Carrera 15**

---

**COMITÉ DE BIOÉTICA**  
**Facultad de Salud**

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado/a acerca del propósito de la investigación titulada: **“CREENCIAS SOBRE LA TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL EN MUJERES UNIVERSITARIAS EN EDAD REPRODUCTIVA DETECTADAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE UNA BATERIA PARA EVALUAR “CREENCIAS EN SALUD” EN LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA NEIVA-2006”** que para mí tiene importancia por la problemática que se estudia.

**Se me ha informado además del uso que se le dará a la información que suministre durante el desarrollo de este estudio y de la forma como se manejará los resultados obtenidos mediante la BATERÍA DE INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS PARA EVALUAR CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS EN RELACIÓN CON LA TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL, en la que participe, así como del carácter anónimo de la información.**

Se me ha asegurado que lo que diga será confidencial.

Se que los resultados de la investigación serán publicados sin dar a conocer los nombres de las personas entrevistadas

Acepto participar **VOLUNTARIAMENTE** en este estudio

Firma: \_\_\_\_\_

---