

**CREENCIAS FRENTE A LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL EN  
MUJERES DE 16 A 60 AÑOS DE EDAD, EN LA INSTITUCION EDUCATIVA  
DE LAS MESAS EN EL MUNICIPIO DEL TABLON DE GOMEZ**

**DAISY MARILI GÓMEZ ORDOÑEZ  
ISLENY DEL CARMEN BECERRA FIGUEROA**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología  
San Juan de Pasto, Agosto 2010**

**CREENCIAS FRENTE A LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL EN  
MUJERES DE 16 A 60 AÑOS DE EDAD, EN LA INSTITUCION EDUCATIVA  
DE LAS MESAS EN EL MUNICIPIO DEL TABLON DE GOMEZ**

**DAISY MARILI GÓMEZ ORDOÑEZ  
ISLENY DEL CARMEN BECERRA FIGUEROA**

**ASESOR  
ALVARO H. ALVAREZ CORDOBA**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología  
San Juan de Pasto, Agosto 2010**

“Las ideas y conclusiones aportadas en el presente trabajo de grado son responsabilidad exclusiva de sus autoras”

Artículo primero del acuerdo numero 324 de octubre 11 de 1966, emanado del honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 4

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

Directora de Proyecto de Grado

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**San Juan de Pasto, Agosto de 2010**

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ANEXOS.....	12
LISTA DE TABLAS .....	13
LISTA DE FIGURAS.....	14
RESUMEN .....	15
ABSTRACT.....	16
INTRODUCCIÓN .....	17
Psicología de la Salud .....	22
Objetivos de la Psicología de la Salud.....	23
Importancia de la Psicología de la Salud .....	23
Cáncer .....	23
Cáncer de cuello uterino .....	24
Causas o factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.....	24
Creencias.....	25
Modelo de creencias en salud .....	25
Variables del Modelo de Creencias en Salud. (MCS) .....	26
Susceptibilidad percibida:.....	26
Severidad percibida:.....	26
Beneficios percibidos.....	26
Barreras percibidas: .....	26
Señales para la acción: .....	26
Motivación para la salud:.....	27
Metodo .....	28
Tipo de Estudio .....	28
Diseño .....	28

## Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 6

Población.....	28
Instrumentos.....	28
Procedimiento .....	29
Fase 1: Recolección de información y construcción de proyecto de investigación .....	29
Fase 2: Establecimiento de contacto con la institución objeto de estudio .....	29
Fase 3: Sistematización de la información obtenida.....	29
Susceptibilidad percibida.....	30
Severidad percibida. Para esta escala.....	30
Beneficios percibidos.....	30
Barreras Percibidas. ....	30
Señales para la acción. ....	30
Motivación para la salud.....	30
Fase 6: Interpretación de resultados y/o construcción de informe final .....	31
Consideraciones éticas, bioéticas y deontológicas.....	31
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
Susceptibilidad percibida .....	32
Severidad percibida.....	34
Beneficios percibidos.....	35
Barreras percibidas.....	36
Señales para la acción .....	37
Motivación para la salud.....	39

## Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 7

Asociación entre características de la población y creencias en salud frente a la toma de citología vaginal.....	40
Asociación según edad y creencias frente a la toma de citología vaginal .....	40
Asociación según edad y susceptibilidad percibida:.....	40
Asociación según edad y severidad percibida .....	40
Asociación según edad y beneficios percibidos.....	41
Asociación según edad y barreras percibidas .....	42
Asociación según edad y señales para la acción.....	43
Asociación según edad y Motivación para la salud .....	43
Asociación según nivel educativo y creencias frente a la toma de citología vaginal .....	44
Asociación según nivel educativo y susceptibilidad percibida.....	44
Asociación según nivel educativo y severidad percibida .....	45
Asociación según nivel educativo y beneficios percibidos.....	45
Asociación según estado civil y creencias frente a la toma de citología vaginal ....	46
Asociación según estado civil y susceptibilidad percibida.....	46
Asociación según estado civil y severidad percibida.....	47
Asociación Según estado civil y beneficios percibidos .....	48
Asociación según estado civil y barreras percibidas.....	48
Asociación según estado civil y señales para la acción .....	49
Asociación según estado civil y Motivación para la salud .....	49
Asociación según reporte de toma de citología vaginal y creencias frente a la toma de la misma .....	50

## Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 8

Asociación según el reporte de citología vaginal y susceptibilidad percibida.	50
Asociación según el reporte de citología vaginal y severidad percibida .....	50
Asociación según el reporte de citología vaginal y beneficios percibidos .....	51
Asociación según el reporte de citología vaginal y barreras percibidas .....	52
Asociación según el reporte de citología vaginal y señales para la acción.....	52
Asociación según el reporte de citología vaginal y Motivación para la salud.	53
<b>CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>64</b>

### **AGRADECIMIENTOS**

Al psicólogo Álvaro Hernán Álvarez, asesor de la presente investigación por su excelente disposición, colaboración y su aporte en los conocimientos académicos.

A los Psicólogos Elizabeth Ojeda y Fredy Villalobos, jurados para éste trabajo de grado por la pertinencia de sus aportes que llevaron a que los objetivos planteados se llevaran a cabo.

Al profesor Arsenio Hidalgo por su colaboración tanto en ajustes del proyecto como en la parte estadística sin lo cual no hubiese sido posible la consolidación de la ésta investigación.

A la institución Educativa de Las Mesas por permitirnos llegar a su población y desarrollar el presente estudio.

A todas las personas que participaron de esta investigación ya que su interés fue vital a la hora de la ejecución de la aplicación del instrumento.

### **DEDICATORIA**

A Dios ante todo por su inmensa bondad, por su infinito amor hacia nosotros, por ser el principio y el fin de todas las cosas, por concederme el tan preciado tesoro de la existencia, por ser el aliciente y motor en todas mis ilusiones y quehaceres del transitar de la vida. Si a Dios especialmente, por ser la luz que ilumine cada paso en mi futuro.

A toda mi familia, especialmente a mis padres quienes con su esfuerzo han contribuido al alcance de esta meta, a mis amigos y amigas que con su compañía, comprensión y afecto han sido un apoyo importante y especial en los momentos más difíciles y a Julio Andrés por su amor e incondicionalidad.

*Daisy Marili Gómez Ordoñez.*

## **DEDICATORIA**

Señor Dios, tuyo es el hoy y el mañana, el pasado y el futuro. Al terminar éste trabajo investigativo quiero darte gracias por todo aquello que recibí de ti. Te presento a las personas que durante todo este tiempo me acompañaron, con aquellos que he compartido mi vida los que están cerca y los que están lejos, los que me dieron su mano y me ayudaron durante esta maravillosa experiencia.

A mis Padres: Alex y luz Marina, por que juntos con su amor, su esfuerzo y su presencia constante me motivaron a salir adelante , a vencer los obstáculos y a saber que siempre valdrá la pena luchar siempre por lo bueno dejando atrás las heridas.

A mis hermanas Lina y Marcela, con las que he compartido toda mi vida y me han permitido compartir la suya, su apoyo, los felices momentos y su cariño incondicional.

A mis amigas y amigos, por esos buenos recuerdos que sin duda han fortalecido nuestros lazos de amistad, aquellos que me convencieron de que siempre habrá una puerta lista para abrirse y que la amistad verdadera es eterna porque nunca tendrá fin.

A mis tíos, primos y familiares que me acompañaron y me brindaron su apoyo de todas las formas posibles. Muchas gracias por todo lo que he aprendido y he compartido con ustedes.

A todos los que de una u otra forma hicieron posible la realización de este gran logro, gracias infinitas.

*Isleny*

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Cuestionario de creencias en salud frente a la toma de citología vaginal.

Anexo 2. Consentimiento informado para las mujeres participantes de la investigación.

### **LISTA DE TABLAS**

- Tabla 1. Susceptibilidad percibida
- Tabla 2. Severidad percibida
- Tabla 3. Beneficios percibidos
- Tabla 4. Barreras percibidas
- Tabla 5. Señales para la acción
- Tabla 6. Motivación para la salud
- Tabla 7. Edad y susceptibilidad percibida
- Tabla 8. Edad y severidad percibida
- Tabla 9. Edad y beneficios percibidos
- Tabla 10. Edad y barreras percibidas
- Tabla 11. Edad y señales para la acción
- Tabla 12. Edad y motivación para la salud
- Tabla 13. Escolaridad y susceptibilidad percibida
- Tabla 14. Escolaridad y severidad percibida
- Tabla 15. Escolaridad y beneficios percibidos
- Tabla 16. Escolaridad y motivación para la salud
- Tabla 17. Estado civil y susceptibilidad percibida
- Tabla 18. Estado civil y severidad percibida
- Tabla 19. Estado civil y beneficios percibidos
- Tabla 20. Estado civil y barreras percibidas
- Tabla 21. Estado civil y señales para la acción
- Tabla 22. Estado civil y motivación para la salud
- Tabla 23. Reporte según citología vaginal y susceptibilidad percibida
- Tabla 24. Reporte según citología vaginal y severidad percibida
- Tabla 25. Reporte según citología vaginal y beneficios percibidos
- Tabla 26. Reporte según citología vaginal y barreras percibidas
- Tabla 27. Reporte según citología vaginal y señales para la acción
- Tabla 28. Reporte según citología vaginal y motivación para la salud

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Susceptibilidad percibida

Figura 2. Severidad percibida

Figura 3. Beneficios percibidos

Figura 4. Barreras percibidas

Figura 5. Señales para la acción

Figura 6. Motivación para la salud

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir las creencias en Salud frente a la toma de citología vaginal en mujeres de 16 a 60 años de edad, en la Institución Educativa de Las Mesas del Municipio del Tablón de Gómez, determinando su asociación con algunas variables sociodemográficas propias de la población.

Se contó con la participación de 93 mujeres y se observó que la mayoría obtuvo puntajes bajos en las variables de susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, señales para la acción, motivación para la salud y únicamente en la escala de barreras percibidas la mayoría de la población obtuvo puntuaciones medio altas, lo cual es desfavorable frente a la adopción de la conducta de la toma de citología vaginal, concluyendo que las mujeres objeto de estudio, presentan un alto riesgo frente a la problemática del cáncer de cuello uterino. Así mismo se encontró, que las variables edad, estado civil, escolaridad y reporte de toma o no de citología vaginal al menos una vez en la vida, se encuentran asociadas a las creencias que tienen las mujeres frente a la adopción de dicha conducta de salud.

Con base en estos resultados se puede vislumbrar la importancia del diseño y ejecución de un programa interventivo orientado a la modificación de las creencias en salud frente a la toma de citología vaginal, promoviendo la adquisición de conductas saludables y procurando el bienestar y la calidad de vida de las mujeres de la IEM de Las Mesas, al igual que servirá de base para la adopción de políticas públicas y futuras investigaciones.

**Palabras claves:** Creencias en salud, toma de citología vaginal, cáncer de cuello uterino.

### **ABSTRACT**

This study aimed to describe the health beliefs against taking Pap smear in women 16 to 60 years of age, educational institution of Las Mesas from the town Tablón de Gómez, determining their association with certain demographic variables themselves of the population.

It was attended by 93 women and found that most received low scores on the variables of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, signals for action, health motivation, and only in the scale of perceived barriers most Rating population was high, which is less favorable to the adoption of the behavior of taking Pap smear and concluded that women under study, present a high risk exposure to the problem of cervical cancer. It also found that the variables age, marital status, education and reporting of taking or not Pap smear at least once in life, are associated with beliefs that women have against the adoption of the health behavior.

Based on this results, one could envisage the importance of design and implementation of an interventive program aimed at modifying health beliefs against the taking of Pap smear, promoting healthy behaviors acquisition of seeking the welfare and quality of life women in the IEM Educational of Las Mesas, equally will be useful as a base for adoption of publics' politics and for future researches.

**Key words:** Pap smear, health beliefs, cancer cervical.

## INTRODUCCIÓN

En el campo de la psicología de la salud, las conductas de salud fueron definidas por Kasl y Cobb, (1966 citado en Ehrenzweig, 1996) como cualquier actividad realizada por una persona que la cree saludable, con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática. La identificación de los factores que subyacen a las conductas saludables han motivado múltiples investigaciones guiadas por la necesidad de conocer las razones que llevan a que las personas realicen esos comportamientos, con la finalidad de poder diseñar intervenciones que modifiquen la prevalencia de esas conductas y así contribuir a la salud de los individuos y población en general.

En consecuencia este trabajo se enfocó específicamente hacia la problemática del cáncer de cuello uterino, buscando hacer un aporte para su prevención ya que es una enfermedad que tiene una alta prevalencia tanto a nivel mundial como nacional.

A nivel de Latinoamérica la problemática del cáncer de cérvix es considerada un problema de salud pública pues su incidencia es marcadamente significativa en los diferentes países de éste continente. Se ha encontrado que Chile tiene una tasa de 9 por cada 100,000 habitantes; Bolivia espera 1500 nuevos casos por año; el segundo lugar lo ocupa Uruguay como una de las principales causas de muerte en la mujer; en Argentina ocupa el primer lugar como causa de muerte en 6 o 7 provincias y las mujeres en Colombia tienen un 4,7 % de probabilidades de desarrollar un cáncer invasor. Todo esto cobra 30,000 vidas de mujeres latinoamericanas anualmente (Cordero, 2008) Esta alta incidencia de la problemática puede ser una evidencia de que hay un desconocimiento por parte de las mujeres frente a las conductas de prevención.

Es por eso que por medio de la investigación planteada se buscó identificar las creencias que pueden llevar o no a que las mujeres adopten dichas conductas ya que en este aspecto hay un vacío de conocimiento que es necesario indagar, para desde allí aportar a la prevención del cáncer de cuello uterino.

Para la consecución de los objetivos del presente trabajo se realizó la aplicación del “Cuestionario de creencias en salud frente a la toma de citología vaginal” (Rubio, 2004) construido en base al Modelo de Creencias el cual se fundamenta en seis variables psicosociales (percepción de susceptibilidad, percepción de severidad, beneficios

percibidos, barreras percibidas, motivación para la salud y señales para la acción) (Sheeran y Abraham, 1996 citados en Rubio, 2004) se enfatizó en la identificación de las creencias que pueden interferir en la adopción de conductas saludables orientadas a la prevención como es la toma de la citología vaginal, y así hacer un aporte desde la psicología de la salud encaminada a la prevención de la problemática referida anteriormente y donde las creencias que se tengan con respecto a la enfermedad juegan un papel importante para la adopción de conductas orientadas a la prevención.

Cordero (2008) afirma que dentro de las enfermedades no transmisibles y debido a diversos cambios demográficos y epidemiológicos entre otros ocurridos en los últimos años, el cáncer ha tenido un incremento y dentro de éste el cáncer de cuello uterino que lo hace en la actualidad el más frecuente del aparato genital femenino en Colombia y con altas tasas de incidencia en países de Centroamérica y el Caribe.

Lo anterior coincide con el Instituto Departamental de Salud (2003 citado en Lucano, 2007) cuando menciona que en Nariño la situación de incidencia de cáncer de cuello uterino es significativa, al igual que el Registro Poblacional de Cáncer de Pasto quien afirma que el cáncer de cérvix es el más frecuente en el Departamento.

Muchas de las muertes causadas por este tipo de cáncer pueden evitarse con un examen sencillo que no produce dolor (la citología cérvicouterina), y que consiste en la recolección de una muestra del cérvix que se analiza a través del microscopio, ya que si se detecta con prontitud y se realiza el tratamiento a tiempo, este cáncer tiene altas probabilidades de curación (Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, 2004)

Según el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, (2004) existen factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix, entre los que se encuentran: el inicio de las relaciones sexuales antes de los dieciocho años, múltiples compañeros sexuales (por el mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual), presencia de enfermedades de transmisión sexual tipo clamidia, sífilis y herpes genital; presencia en el cuello uterino del virus papiloma humano (VPH), consumo de tabaco, déficit de Vitaminas (A y C) y no realizarse la citología de cuello uterino, mínimo cada tres años desde el inicio de las relaciones sexuales.

De conformidad con la información suministrada PROFAMILIA que lidera el tema de la salud sexual y reproductiva y planificación Familiar, el cáncer de cuello uterino es la

primera causa de muerte por cáncer entre la población de mujeres de 30 a 59 años de edad y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias.

En Nariño según el Centro de Estudios en Salud CESUN, (2009) la problemática es preocupante puesto que son 731 los casos de cáncer de cérvix registrados en el Departamento entre el año 2005 y 2006, de los cuales 411 de los casos son in situ y 320 han sido diagnosticados como malignos, 242 casos se han diagnosticado en el municipio de San Juan de Pasto y los 489 restantes se han diagnosticado en los diferentes Municipios y Corregimientos.

El CESUN (2009) afirma que de los 731 casos registrados en la región 37 casos fueron diagnosticados en mujeres entre 19 y 25 años, 66 casos en mujeres entre 26 y 31 años, 162 casos en mujeres entre 32 y 40 años, 185 casos en mujeres entre 41 y 50 años; y 185 casos en mujeres entre 51 y 60 años, para un total de 574 casos; es decir un 78.5 de la población afectada. De lo cual se puede concluir que la mayor incidencia del cáncer de cérvix se encuentra en edades entre los 19 y 60 años por lo cual la delimitación de la población objeto de estudio es muy pertinente ya que contempla las edades entre los 16 y 60 años.

Según las estadísticas del Instituto Departamental de Salud (2008) se puede ver que la problemática del cáncer de cérvix es muy relevante a nivel regional ya que de acuerdo a las estadísticas de mortalidad por cáncer se ha encontrado que en el año 2008 se registraron 36 casos por tumor maligno de la mama, 62 casos por tumor maligno del cuello uterino, cinco casos por tumor maligno del cuerpo del útero y cinco casos por tumor maligno del útero parte no especificada.

Por otra parte según las estadísticas de Morbilidad dadas por el Instituto Departamental de Salud, (2009) se han registrado 1882 casos de leiomioma del útero sin otra especificación, 704 casos de tumor maligno del endocervix, 447 casos de leiomioma submucoso del útero, 206 casos de tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación, 141 casos de tumor benigno del útero, 135 casos de carcinoma in situ del endocervix, 39 casos por tumor maligno del exocervix, 38 casos de carcinoma in situ del cuello del útero parte no especificada, 32 casos de carcinoma in situ del exocervix y 24 casos de tumor maligno del endometrio.

También es pertinente mencionar que el contexto rural es el más afectado con respecto a la problemática del cáncer de cuello uterino, esto se evidencia en la alta incidencia de ingreso por consulta externa de este tipo de población al Hospital San Pedro en el Municipio de San Juan de Pasto, evidenciándose que muchas de éstas mujeres acuden al médico cuando ya se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad por lo que en muchos casos ya no es posible una intervención oportuna.

Otro factor a tener en cuenta según el Ginecólogo A. García, (comunicación personal, 24 de Noviembre, 2009) es que en las poblaciones rurales el presupuesto destinado a la salud de su población lo distribuye la alcaldía y teniendo en cuenta que sus funcionarios cambian constantemente, no alcanzan a adquirir la suficiente experiencia en sus respectivos cargos y por ende se ve afectada la continuidad en los procesos lo cual se ve evidenciado en los resultados de su labor en este caso con respecto a la promoción de la citología vaginal, ya que de no ser así los índices de cáncer de cérvix en lugar de incrementarse, disminuirían.

Esto se corrobora cuando la Enfermera Jefe del Centro de Salud del Municipio del Tablón de Gómez, H.Cortez (comunicación personal, 23 de julio, 2009) afirma que “de las citologías vaginales realizadas en Municipio hay muchas de ellas que presentan algún tipo de anormalidad y por tal razón han sido remitidas a la especialidad de ginecología según su entidad prestadora de salud, sin embargo hay muchos casos en que estas mujeres no reciben atención inmediata debido a su régimen de salud (subsidiado) agravando aun más la problemática. De la misma manera se han presentado casos reiterados de muertes por cáncer de cuello uterino en el contexto debido a que las mujeres desconocen la importancia de realizarse la citología vaginal como una conducta preventiva del cáncer de cérvix, y que el hecho de que sea una zona rural de alguna manera incide en el que las personas no se informen de las campañas de prevención de la enfermedad y por lo tanto no acudan a tomarse la citología o acudan únicamente cuando ya presentan síntomas de la enfermedad”.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta el contexto donde se realizó la presente investigación, es importante mencionar que el Corregimiento de Las Mesas forma parte de la jurisdicción del Municipio del Tablón de Gómez localizado en la parte noreste del Departamento de Nariño, al sur-occidente de la República de Colombia; este

corregimiento se conforma en la parte urbana por ocho sectores que son: Avenida los estudiantes, Jessua, el triunfo, Maria Edith, los Alamos, Julio Cesar, La tola, El Sureño y La Paz, en su parte rural lo conforman las veredas: San Rafael, El Plan, El Carmelo, La Florida, San Francisco, María Inmaculada, Valmaria, El Silencio, La Providencia, La Gavilla Alta, La Gavilla Baja, La Esperanza, El Porvenir, Los Yungas, Doña Juana y El Cedro, las cuales están muy alejadas de la cabecera municipal (P. I., Institución Educativa de las Mesas).

Haciendo un breve esbozo de los antecedentes del presente estudio se encontró que de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2004) han sido pocos los países de América Latina que mostraron reducciones significativas en la mortalidad por cáncer de cérvix notificada durante el período de 1968 a 1993, en notable contraste con la experiencia norteamericana. Los datos anuales ajustados por edad relativos al Caribe también indican que la mortalidad por cáncer cervicouterino sigue siendo alta, con un promedio anual de 25 defunciones por cada 100.000 habitantes.

A nivel Nacional, existe un estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia, el cual se titula “creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal” (Rubio y Restrepo, 2004), el cual se orientó hacia la descripción de los factores psicosociales asociados a la toma de citología; dicha investigación se realizó con una muestra de 110 jóvenes universitarias en edades entre 18 y 27 años. Para la realización de este estudio se realizó la construcción y validación de una batería de pruebas apropiadas para cumplir con los objetivos planteados.

A nivel regional hay varios estudios referentes al cáncer de cérvix, sin embargo estas investigaciones se han hecho con población que ya tiene un diagnóstico establecido, entre dichas investigaciones podemos mencionar algunas que se llevaron a cabo en la Universidad de Nariño y en la Universidad Mariana. En esta última se realizó un estudio denominado “Creencias socioculturales de las pacientes de consulta externa del centro de salud San Vicente de Pasto sobre la toma de Citología vaginal en el periodo comprendido entre agosto y diciembre del año 2002”, en el cual se pretendía identificar las creencias socioculturales de las pacientes teniendo en cuenta factores sociodemográficos, factores de riesgo epidemiológico y conocimientos sobre la citología vaginal a través de la entrevista.

Por medio de este estudio se concluyó que la población aún sigue conservando creencias socioculturales, algunas totalmente erradas que impiden el acceso a nuevas formas de prevención de la enfermedad, quedando relegado el cuidado de la salud a un segundo plano, esto debido también a los factores socioeconómicos como pobreza, ignorancia e información incorrecta, también se manifiesta la falta de tiempo por el trabajo y los quehaceres del hogar, falta de conocimientos y de beneficios para las personas que se toman la muestra para la citología, esto por falta de promoción e información (Romo, 2002).

A continuación se presentan algunos conceptos bajo los cuales se llevó a cabo la presente investigación.

### **Psicología de la Salud**

Morales (1999) y Fernández Rios (1994), afirman que la evolución del cuerpo teórico y práctico de la psicología de la salud se ha visto significativamente influenciado por los cambios y reformulaciones constantes en los conceptos de salud y de enfermedad, y también por las tendencias dominantes en la medicina. Debido a esta relación y el constante reconocimiento de los concomitantes psicológicos de varias enfermedades consideradas puramente físicas, se ha posibilitado el aumento de la capacidad operativa de la psicología de la concepción de modelos conceptuales explicativos del proceso de salud-enfermedad, y de estrategias de actuación en los terrenos en promoción de la salud, prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación en el caso de múltiples problemas de salud.

Dicha relación entre psicología y salud se sostiene en el supuesto básico de que en última instancia las acciones de riesgo, promoción prevención, curación, rehabilitación son realizadas por un individuo que actúa o emite conductas en virtud de sus características psicológicas (Godoy, 1999 y Fernández, 1994) y lo que una persona hace debe ser entendido en un sentido amplio como todos los hábitos de comportamiento explícitos, pero también formas de comportamiento encubierto. En efecto, según Marin (1994 citado en Gómez y Quintero, 2003), dentro de los Modelos acerca de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad es importante evaluar la calidad de vida, los estilos de vida, hábitos de salud, procesos de autocambio (intención de llevar a cabo la conducta y sus determinantes como las expectativas de autoeficacia, las creencias de

control, las habilidades y solución de problemas y el sistema de valores y metas), creencias sobre la enfermedad y variables contextuales como el apoyo social; sin descartar la influencia que tienen otras variables externas (como las sociodemográficas) sobre la salud del individuo. Esto a través de la incorporación de múltiples técnicas adaptadas del psicodiagnóstico tales como: la entrevista, la observación, la autoobservación, las pruebas y los inventarios, entre otras.

### ***Objetivos de la Psicología de la Salud***

Según Barra (2003) Para la American Psychological Association, APA, la psicología de la salud, se debe orientar a comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales, entender cómo la teoría puede aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad, desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyos objetivos sean crear o incrementar hábitos o estilos de vida saludables y descubrir como las técnicas y principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y controlar las enfermedades crónicas.

### ***Importancia de la Psicología de la Salud***

Según Oblitas (2004) la importancia de la psicología de la salud surge ante los datos epidemiológicos que indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el inadecuado comportamiento del ser humano, se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica, así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

Becoña, Vazquez y Oblitas (2000), coinciden en afirmar que “La psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y, aún más importante, profesional”.

### **Cáncer**

La palabra cáncer es un término amplio que designa más de cien enfermedades diferentes pero relacionadas, se produce cuando las células se vuelven anormales y

continúan dividiéndose y formando más células sin ningún control ni orden interno, normalmente, las células se dividen cuando el cuerpo las necesita para mantenerse saludable, sin embargo, si las células continúan dividiéndose cuando no son necesarias, se forma una masa de tejido extra conocido como tumor o neoplasma, el cual puede ser benigno o maligno. Los tumores benignos no son cancerosos y generalmente pueden extirparse y al ser extirpados no vuelven a formarse. Las células de los tumores benignos tampoco se prolongan a otras partes del cuerpo y por lo tanto muy rara vez implican riesgo para la vida. En el caso de los tumores malignos, las células cancerosas pueden invadir y dañar los tejidos y los órganos cercanos. También pueden separarse del tumor maligno y entrar en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático formando nuevos tumores o metástasis en otras partes del cuerpo (Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall Sykes, 2008).

### ***Cáncer de cuello uterino***

Según la Sociedad Americana del Cáncer (2009), el cuello uterino es la parte inferior del útero (la matriz). El útero se divide en dos partes: La parte superior, llamada cuerpo del útero, y la parte inferior denominada cuello del útero, el cual conecta el cuerpo del útero con la vagina. Este cáncer también conocido como cáncer cervical se origina en la membrana que recubre el cuello uterino, y no se forma repentinamente en sus inicios. Algunas células comienzan a convertirse de células normales a células precancerosas, y luego en cancerosas. Este proceso de cambio puede tomar varios años, aunque a veces sucede con mayor rapidez. Se usan varios términos, incluyendo displasia, para referirse a estos cambios, para algunas mujeres estos cambios pueden desaparecer sin tratamiento alguno, sin embargo, lo más común es que se requiera tratamiento para impedir que se conviertan en un verdadero cáncer.

### ***Causas o factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.***

Según la Sociedad Americana del Cáncer (2009), un factor de riesgo es cualquier cosa que aumenta las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad.

Algunos factores de riesgo, como el fumar se pueden controlar, otros como la edad o la ubicación socio demográfica, no se pueden cambiar. Cuando se considera este asunto, es útil concentrarse mayormente en aquellos que pueden cambiarse, sin embargo, los que no se pueden cambiar también pueden considerarse un aspecto importante a tener en

cuenta en lo que a prevención se refiere, por ello la importancia de realizarse la toma de citología vaginal ya que el factor de riesgo principal del cáncer del cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH).

### **Creencias**

Según Rengifo, (2009) una creencia se define como cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente inferida de lo que una persona dice o hace; Las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana.

Las creencias o sistema de creencias son analizadas en el devenir de las ciencias sociales como portadoras del sentido de la interacción humana, los seres humanos las elaboran a través de procesos que desde la interioridad subjetiva se proyectan a las relaciones con los “otros” y, desde ese ámbito, reconfiguradas, vuelven a moldear lo creído subjetivamente, y generan de esa forma secuencias inacabadas y recursivas (Fernández, 2006).

Arrivillaga (2003) por su parte, afirma que los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño (Fernández, 2006).

### ***Modelo de creencias en salud***

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento norteamericano de salud pública (Rosenstock, Hochbaum y Leventhal, 1970 citados por Cabrera, Tascón y Lucumí, 2004). En su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades, desarrollaron el Modelo

de Creencias en Salud (MCS), con la finalidad de explicar los comportamientos relacionados con la salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco (Calnan y Moss, 1984, citadas en Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

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.

Así se puede resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en:

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.

#### ***Variables del Modelo de Creencias en Salud. (MCS)***

Este fue consolidado hacia 1977 por Becker, y en él se sostiene que los efectos de las variables sociodemográficas se encuentran mediados por variables psicosociales o creencias, susceptibles de modificación, Sheeran y Abraham, (1966 citados en Rubio, 2004), este modelo incluye 6 componentes definidos a continuación:

***Susceptibilidad percibida:*** Referida a la propia percepción de un individuo sobre la probabilidad de experimentar una situación que puede afectar negativamente su salud.

***Severidad percibida:*** Creencias que las personas mantienen sobre las consecuencias relacionadas con la enfermedad y con las dificultades que esta le puede provocar.

***Beneficios percibidos:*** En relación con la realización de la conducta saludable, se refiere a las ganancias que perciben las personas con respecto a la realización de una conducta saludable.

***Barreras percibidas:*** Consideración negativa de una conducta saludable como inconveniente, costosa, displacentera, entre otras, que la hacen poco atractiva para la persona.

***Señales para la acción:*** Desencadenantes internos o externos para ejecutar una determinada acción.

***Motivación para la salud:*** ésta determina la disposición de los individuos para comportarse saludablemente en consideración a la valoración que este tenga sobre su salud (Conner y Norman, 1996 citados en Rubio, 2004).

## **METODO**

### **Tipo de Estudio**

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que busca especificar las propiedades o las características de las personas, con respecto a un fenómeno específico como lo son las creencias frente a la toma de citología que tiene la población y someterlo a análisis (Dankhe, 1986 citado por Hernández, Fernandez y Baptista, 2006).

### **Diseño**

Según Hernández et al (2006) el diseño es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación. En este estudio se utiliza el diseño transversal en tanto no se manipularán variables o se asignarán aleatoriamente a los participantes haciendo solo una medición en un tiempo específico (Kerlinger y Lee, 2002 citados en Hernández, et al 2006), es decir que al trabajar con la población ya especificada no se tiene un control directo de las variables que se van a estudiar ni se puede influir sobre ellas por que ya sucedieron, simplemente se hace una descripción de lo que se quiere estudiar, por lo que en esta investigación lo que se pretendió fue hacer una descripción de las creencias sobre la toma de citología y así poder observar el fenómeno tal y como se presenta en su contexto natural para posteriormente interpretarlo con la ayuda de herramientas estadísticas.

### **Población**

Para el presente estudio se trabajó con todas las mujeres que están dentro del rango de edad entre los 16 a 60 años que pertenezcan a la IEM de Las Mesas. Docentes, administrativas, estudiantes, madres de familia y servicios generales que pertenecen a la institución educativa de las Mesas y que poseen un nivel educativo igual o superior a la básica primaria.

### **Instrumentos**

Se aplicó un instrumento psicométrico, denominado “Cuestionario de creencias en salud frente a la toma de citología vaginal” este cuestionario de autorreporte es para evaluar las variables psicosociales en torno al cáncer de cuello uterino y a la citología vaginal. Está compuesto por 44 ítems que se distribuyen en 6 escalas las cuales corresponden a cada una de las variables psicosociales propuestas por el modelo de creencias en salud (Rubio, 2004)

La calificación obtenida en cada una de las escalas del cuestionario se establece mediante la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en los ítems que conforman cada una de éstas, donde los ítems positivos puntúan directamente, y los ítems negativos puntúan de forma inversa; es decir que a la selección de 5 “Totalmente de Acuerdo” le corresponde un puntaje de 1; a la selección de 1 “Totalmente en Desacuerdo” debe ser transformado en un puntaje de 5, y así mismo a la selección de 2 le corresponde el puntaje de 4 y a la inversa. A la selección de 3 “Neutral”, le corresponde un puntaje de 3, cabe aclarar que una vez construida la base de datos se procede a la recodificación de valores en los ítems negativos siguiendo la norma que se menciona en el apartado anterior.

### **Procedimiento**

#### ***Fase 1: Recolección de información y construcción de proyecto de investigación***

En este momento se procedió a hacer una revisión teórica exhaustiva a fin de profundizar en el tema a investigar, desde lo cual se estableció la importancia y pertinencia del estudio partiendo de su novedad, por lo que se puede considerar pionera en el contexto nariñense más aun por la profundización que hace en el sector rural.

#### ***Fase 2: Establecimiento de contacto con la institución objeto de estudio***

Para esto fue necesaria la redacción de un oficio en donde se hizo la solicitud de un permiso para el desarrollo de la investigación, se especificó el tema, los objetivos y el alcance de la investigación. Asimismo se procedió a la obtención de la autorización por parte de la autora del instrumento para su utilización.

#### ***Fase 3: Sistematización de la información obtenida.***

Para llevar a cabo ésta fase fue necesaria la utilización del programa SPSS, una vez construida la base de datos arrojados a partir de la aplicación del instrumento, se procedió a la transformación de los ítems negativos y sacar las puntuaciones directas obtenidas por cada participante y a fin de identificar la implicación de dicho puntaje se trabajó en base a un criterio definido a partir del número de reactivos que conforman cada variable por las cinco opciones de respuesta del instrumento, de lo cual se establece un rango que dividido entre el número de opciones de respuesta determina los puntos de corte para cada categoría de puntuación como se muestra a continuación.

**Susceptibilidad percibida.** En este caso los puntajes iguales a 8 hasta 14 son considerados “bajos”, los puntajes de 15 a 21 están dentro del término “Medio Bajo”, los puntajes de 22 hasta 28 están dentro del término “Medio” Los puntajes de 29 hasta 35 son considerados “Medio Alto”, los puntajes de 36 hasta 40 se consideran “altos”

**Severidad percibida.** Para esta escala los puntajes iguales a 8 hasta 14 son considerados “bajos”, los puntajes de 15 a 21 están dentro del término “Medio Bajo”, los puntajes de 22 hasta 28 están dentro del término “Medio” Los puntajes de 29 hasta 35 son considerados “Medio Alto”, los puntajes de 36 hasta 40 se consideran “altos”

**Beneficios percibidos.** En este caso los puntajes iguales a 8 hasta 14 son considerados “bajos”, los puntajes de 15 a 21 están dentro del término “Medio Bajo”, los puntajes de 22 hasta 28 están dentro del término “Medio” Los puntajes de 29 hasta 35 son considerados “Medio Alto”, los puntajes de 36 hasta 40 se consideran “altos”

**Barreras Percibidas.** En esta escala los puntajes de 10 hasta 18 son “Bajos”, los puntajes 19 a 26 son “Medio Bajos”, los puntajes de 27 a 34 son “Medios”, puntajes de 35 hasta 42 son “Medio Altos” y puntajes de 43 hasta 50 son considerados “Altos”.

**Señales para la acción.** Puntajes de 6 a 10 son “Bajos”, los puntajes de 11 a 15 son “Medio Bajos”, los puntajes de 16 a 20 son “Medios”, los puntajes entre 21 a 25 son considerados “Medio Altos”, los puntajes de 26 a 30 son “Altos”.

**Motivación para la salud.** Puntajes de 4 a 7 son considerados “Bajos”, los puntajes de 8 hasta 10 son “Medio Bajos”, los puntajes de 11 a 14 son “Medios”, los Puntajes de 15 a 17 “Medio Alto”, los puntajes de 18 hasta 20 son “Altos”.

Posteriormente para efectos de los requerimientos del uso de la prueba Chi Cuadrado para determinar la asociación entre las diferentes variables sociodemográficas y las variables que conforman las creencias frente a la toma de citología vaginal, fue necesario recodificar las categorías de puntuación de tal manera que se unen dichas categorías teniendo en cuenta su tendencia, es decir; los términos denominados como muy bajo y medio bajo quedan como bajo (1), el término denominado medio queda de la misma manera (2) y los términos denominados medio alto y muy alto quedan como alto (3), esto con el propósito de aumentar la frecuencia observada por cada casilla y en consecuencia aumentar la frecuencia esperada logrando así confiabilidad en el desempeño de la prueba.

***Fase 6: Interpretación de resultados y/o construcción de informe final***

Una vez establecidos tanto los puntajes de las participantes en cada una de las variables del instrumento como las asociaciones entre las diferentes variables se procede a la interpretación de la información.

**Consideraciones éticas, bioéticas y deontológicas**

De acuerdo a la ley Número 1090 del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión psicológica se establece que los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. Así como también deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, buscando salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes por lo cual para esta investigación se llevará a cabo la realización del consentimiento informado donde se consignó la información completa respecto a lo que concierne a la investigación (Proyecto de Ley 1090, 2004), para esto fue necesario la construcción del consentimiento informado donde se consignaron las implicaciones de la participación en la investigación.

## **RESULTADOS**

Para empezar es importante mencionar que se analizaron los valores de confiabilidad del cuestionario en aplicación a la población objeto de estudio en la presente investigación por medio del coeficiente del alpha de Cronbach, donde se encontró que el instrumento es altamente confiable en sus diferentes escalas a excepción de la escala señales para la acción donde se obtuvo un puntaje de 0.52 indicando que hay una confiabilidad moderada al igual que en la escala de motivación para la salud en la cual se obtuvo una confiabilidad de 0.659 y en la escala de barreras percibidas donde también se presenta una confiabilidad moderada con un puntaje igual a 0.689. En las demás escalas se puede observar que hay una correlación fuerte ya que los puntajes son superiores a 0.810, lo que evidencia una alta confiabilidad del instrumento, permitiendo medir el atributo de creencias en el contexto de la IEM las Mesas de una manera consistente.

### **Susceptibilidad percibida**

Como se muestra en la figura 1, un 73.1% de la población obtuvo puntuaciones ubicadas dentro de los rangos tendientes hacia el término bajo, lo que implica que éstas mujeres no consideran al cáncer cervicouterino como una posibilidad real y por lo tanto no creen que haya posibilidad de que lo desarrollen en algún momento de su vida; es decir que no se perciben como mujeres vulnerables, igualmente no se contempla la relación entre sus comportamientos actuales y el riesgo de la enfermedad.

Así también, se encontró que el 25.8% de la población obtuvo puntajes medio altos lo que evidencia en éste grupo, 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.

De la misma forma se observó que solo una persona obtuvo un puntaje alto evidenciando la creencia de que hay una relación directa entre sus comportamientos actuales y la posibilidad real de contraer cáncer de cuello uterino y por tanto se percibe como vulnerable a la enfermedad ya que conoce las causas de tal riesgo.

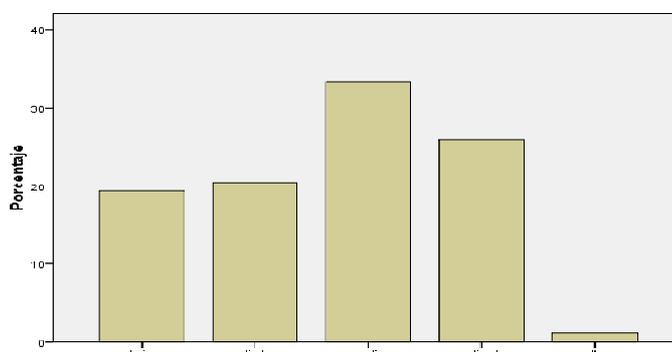


Figura 1. Susceptibilidad percibida

Para mayor precisión de los resultados en lo concerniente a la variable de susceptibilidad percibida se hace un breve análisis de los ítems donde se muestra mayor concentración de la población en una determinada categoría de puntuación. De acuerdo a lo que se observa (tabla 1) los ítems donde se presenta dicho fenómeno son el ítem 19, 23, 28 y 41, donde se evidencia que la mayoría de la población piensa que el uso del preservativo no beneficia en la prevención del cáncer de cuello uterino ya que se consideran poco vulnerables frente a la enfermedad y sus comportamientos sexuales no están relacionados con dicha enfermedad.

TED = Totalmente en desacuerdo

ED = En desacuerdo

N = Neutral

DA = De acuerdo

TDA= Totalmente de acuerdo

Tabla 1. Susceptibilidad percibida

	TED	ED	N	DA	TDA
ítem 3	33.3	17.2	4.3	34.4	10.8
ítem 9	29.0	26.9	4.3	30.1	9.7
ítem 14	29.0	26.9	2.2	30.1	11.8
ítem 19	5.4	10.8	3.2	58.1	22.6
ítem 23	12.9	43.0	1.1	28.0	15.1
ítem 28	15.1	45.2	6.5	30.1	3.2
ítem 39	34.4	24.7	5.4	29.0	6.5
ítem 41	11.8	32.3	2.2	33.3	20.4

### Severidad percibida

Como se evidencia en la figura 2, el 67.7% de la población obtuvo puntajes tendientes hacia el término bajo mostrando que estas mujeres aunque conocen las consecuencias negativas de la enfermedad del cáncer de cuello uterino, creen que en caso de ser diagnosticadas, no sufrirían por tales consecuencias.

De la misma manera se encontró que el 31.2% de la población obtuvieron puntajes contemplados dentro del término medio alto, siendo esto 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. Y solo un 1.1% obtuvo un puntaje alto indicando que ésta persona percibe las consecuencias del cáncer de cuello uterino como muy negativas, y considera que la totalidad de su vida se vería notoriamente afectada si fuera diagnosticada con esta enfermedad.

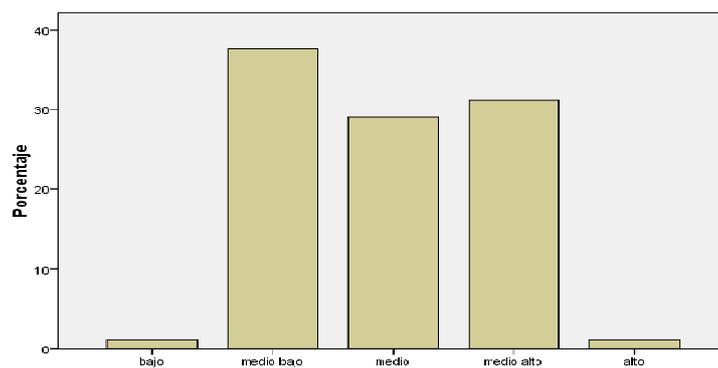


Figura 2. Severidad percibida

Con respecto a ésta escala se observó (ver tabla 2) que los ítems que se pueden considerar críticos según los puntajes obtenidos en la población son: 7, 13, 15, 25, 32 y 37. Se puede ver que en la mayoría de las mujeres existe el pensamiento de que si llegaran a desarrollar cáncer de cérvix, su vida no cambiaría significativamente ya que éste acontecimiento no obstaculizaría la consecución de las metas que han planeado para su vida. Asimismo predomina el pensamiento en cuanto respecta a la vida sexual y afectiva que esta no se vería afectada en gran medida por dicha enfermedad.

Con respecto al ítem 37, la población diverge respecto a la afirmación “Pienso de que no me preocuparía demasiado si mi vida sexual se afectara por tener cáncer de cuello

uterino” ya que un 48.4% de las mujeres tienden a estar de acuerdo y otro 48.4% de las mismas presentan tendencia a estar en desacuerdo.

Tabla 2. Severidad percibida

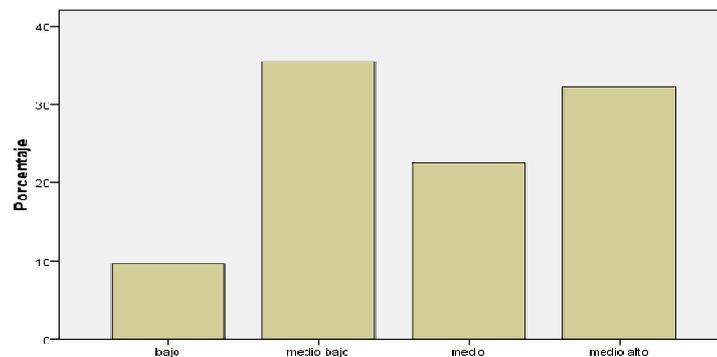
	TED	ED	N	DA	TDA
ítem 7	0.0	6.5	1.1	65.6	26.9
ítem 13	21.5	51.6	3.2	19.4	4.3
ítem 15	8.6	45.2	8.6	26.9	10.8
ítem 21	11.8	38.7	5.4	28.0	16.1
ítem 25	15.1	40.9	2.2	29.0	12.9
ítem 30	4.3	17.2	23.7	33.3	21.5
ítem 32	12.9	39.8	2.2	35.5	9.7
ítem 37	11.8	36.6	3.2	44.1	4.3

### Beneficios percibidos

Como se puede apreciar en la (figura 3) el 67.8% de la población obtuvo puntuaciones tendientes hacia al término de puntuación bajo, reflejando que éstas mujeres desconocen la importancia de la citología vaginal como un examen útil en la detección temprana del cáncer de cuello uterino ya que no hay noción de los beneficios y utilidades del mismo

También se encontró que el 32.3% de la población puntuaron en un término medio alto, el cual es característico de las mujeres que consideran que los beneficios de la citología vaginal son importantes en la detección del cáncer de cuello uterino, y por lo tanto le dan importancia sin embargo no atenúan sus limitaciones.

Por último se pudo observar que ninguna mujer obtuvo un puntaje alto lo que indica que en la población no hay la creencia de que la citología vaginal se puede representar únicamente en términos de los beneficios que puede tener en la salud y no es percibida como una herramienta efectiva en la detección del cáncer de cuello uterino.



*Figura 3. Beneficios percibidos*

Al igual que en las variables anteriores se procede a la identificación de los ítems donde hay mayor concentración de la población encontrando que está marcada en los ítems 10,12 y 34 (ver tabla 3)

A partir de lo cual se puede afirmar que la mayoría de las mujeres consideran que la realización periódica de la citología vaginal no ayuda a prevenir el desarrollo del cáncer de cuello uterino ya que para ellas es muy probable que desarrollen cáncer de cérvix aun si se realizaran la citología constantemente, por tanto están en desacuerdo respecto a que la citología vaginal sea la única forma para la detección de dicha enfermedad.

*Tabla 3. Beneficios percibidos*

	T E D	E D	N	D A	T D A
ítem 4	33.3	18.3	5.4	28.0	15.1
ítem 10	1.1	15.1	0.0	51.6	32.3
ítem 12	9.7	63.4	8.6	16.1	2.2
ítem 22	15.1	38.7	2.2	29.0	15.1
ítem 26	36.6	10.8	2.2	32.3	18.3
ítem 31	23.7	31.2	3.2	36.6	5.4
ítem 34	14.0	46.2	4.3	22.6	12.9
ítem 40	29.0	28.0	0.0	34.4	8.6

**Barreras percibidas**

Con respecto a la escala de barreras percibidas se evidencia (figura 4) que el 88.2% de la población tendió a obtener puntuaciones altas describiendo las creencias según las cuales las barreras asociadas al examen son valoradas como más importantes que los factores que podrían facilitar su realización por tanto de ninguna forma contemplan la posible existencia de facilitadores para su realización.

Posteriormente se encontró a otro grupo equivalente a un 10.8% con puntajes medio bajos implicando para estas mujeres la percepción de pocas barreras para la realización del examen ya que manifiestan que éstas son atenuadas por las consecuencias positivas de esta conducta. Del mismo modo, se identificó solo un 1.1% de la población con una puntuación muy baja, implicando que no se percibe ningún obstáculo o barrera asociado al examen de la citología vaginal.

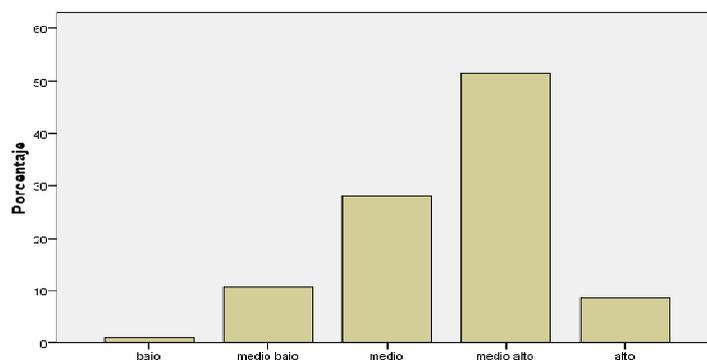


Figura 4. Barreras percibidas

Teniendo en cuenta la concentración de la población respecto a los diferentes ítems que hacen parte de esta variable se encontró que la población en general tiende a obtener puntuaciones altas, encontrando respecto a los ítems: 2, 5, 11, 17, 20, 27, 36, 38, 42 y 44 (ver anexo, tabla 4) que la mayoría de la población considera que no es normal desnudarse para que el médico revise sus genitales, que la citología vaginal es una conducta de alto costo económico y por lo tanto de difícil acceso, además es una conducta que implica vergüenza o pudor frente al profesional de la salud que toma la muestra, así como también refieren incomodidad o desagrado el tener que comentarle sobre sus prácticas sexuales, atribuyéndole menor importancia al dolor o la frecuencia en que debe realizarse dicho examen.

Figura 4. Barreras percibidas

	T E D	E D	N	D A	T D A
ítem 2	36.6	24.7	0.0	22.6	16.1
ítem 5	22.6	34.4	1.1	38.7	3.2
ítem 11	7.5	16.1	0.0	26.9	49.5
ítem 17	14.0	33.3	1.1	35.5	16.1
ítem 20	5.4	14.0	0.0	30.1	49.5
ítem 27	5.4	14.0	1.1	39.8	39.8
ítem 36	9.7	16.1	1.1	39.8	33.3
ítem 38	0.0	34.4	0.0	44.1	21.5
ítem 42	2.2	24.7	0.0	41.9	31.2
ítem 44	10.8	26.9	1.1	29.0	32.3

### Señales para la acción

Como se puede ver (figura 5) que un porcentaje igual a 73.2% de la población obtuvo puntuaciones con tendencia baja, caracterizando a aquellas mujeres que desconocen los

síntomas que puede emitir su cuerpo y las señales externas que podrían facilitar la toma de la citología vaginal y de percibir las no se le da mayor importancia o no se las considera como elementos suficientes para decidir realizarse el examen.

Luego se encuentra un 25.8% de la población con una puntuación medio alta, siendo ésta puntuación característica de las mujeres que reconocen las señales internas pueden decidir realizarse el examen en virtud de estas señales.

Así también se encontró que solo el 1.1% de la población obtuvo un puntaje alto, en esta escala este puntaje 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.

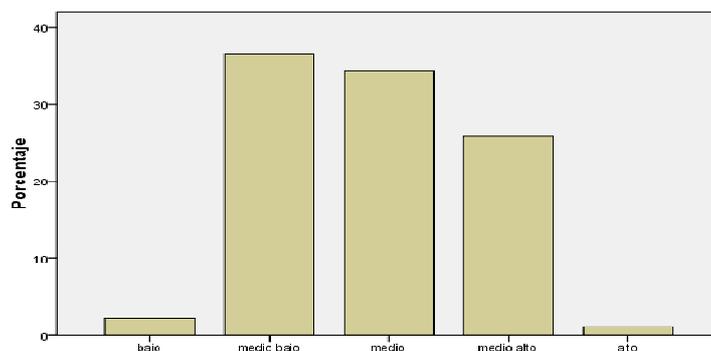


Figura 5. Señales para la acción

Para esta variable se observa que los ítems donde hay mayor concentración de la población son: 16, 29 y 35 (ver tabla 5), la gran mayoría de la población manifiesta no realizarse la citología vaginal dentro de las jornadas realizadas en la institución así se programaran anualmente. Por otro lado, ellas están de acuerdo en que acudirían a la realización de dicho examen solo en el caso de presentar algo anormal en sus genitales.

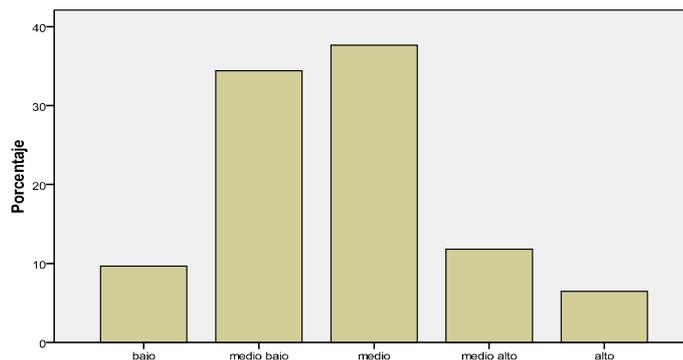
Tabla 5. Señales para la acción

	T E D	E D	N	D A	T D A
ítem 6	6.5	48.4	3.2	29.0	12.9
ítem 16	14.0	57.0	2.2	18.3	8.6
ítem 24	5.4	38.7	1.1	39.8	15.1
ítem 29	9.7	15.1	2.2	55.9	17.2
ítem 35	12.9	48.4	2.2	31.2	5.4
ítem 43	12.9	44.1	0.0	29.0	14.0

### Motivación para la salud

En la escala de motivación para la salud (ver figura 6) se encontró que un 81.8 % de la población obtuvo un puntaje con tendencia baja, lo cual evidencia que estas mujeres no consideran que el mantenimiento de su salud sea algo importante en su vida ya que dan prioridad a otros aspectos de su vida.

Posteriormente se ubica el 11.8% de la población puntuando dentro del término medio alto. Este puntaje es 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 y por último se encontró que el 6.5% de la población estaba dentro de una puntuación alta, indicando 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.



*Figura 6.* Motivación para la salud

Para mayor precisión en los resultados anteriormente referidos, enseguida se hace una breve descripción respecto a los ítems que se podrían considerar determinantes de acuerdo a los resultados obtenidos por la población, como son: ítems 1, 8 y 18.

A continuación (tabla 6) se observa que la mayoría de la población se interesa por realizarse exámenes y controles médicos regulares, sin embargo son pocas las veces que deciden ejecutar una conducta orientada al mantenimiento de la salud por lo cual afirman que están seguras que no hacen todo lo necesario por mejorar su salud.

Tabla 6. Motivación para la salud

	T E D	E D	N	D A	T D A
ítem 1	15.1	7.5	2.2	39.8	35.5
ítem 8	4.3	45.2	7.5	34.4	8.6
ítem 18	36.6	40.9	6.5	9.7	6.5
ítem 33	35.5	16.1	3.2	29.0	16.1

**Asociación entre características de la población y creencias en salud frente a la toma de citología vaginal**

*Asociación según edad y creencias frente a la toma de citología vaginal*

*Asociación según edad y susceptibilidad percibida:*

Se encuentra que las variables están asociadas ya que  $\chi^2$  toma un valor de 45.294, con 4 grados de libertad, donde  $p= 0,000$ .

Para este caso se puede observar (ver tabla 7) que las variables se comportan de tal manera que las mujeres a mayor edad tienden a presentar menor susceptibilidad percibida frente al cáncer de cuello uterino puesto que aquellas de 16 a 30 años en su mayoría tienden a obtener puntajes medios y altos, y las restantes en su mayoría, tienden a puntuar dentro de los rangos medios y bajos, implicando que las mujeres de mayor edad tienen menor posibilidad de la adopción de medidas preventivas como es el caso de la toma de citología vaginal, lo que a su vez se convierte en un factor de riesgo para ellas.

Tabla 7. Edad y susceptibilidad percibida

		Susceptibilidad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad 16 a 30	Recuento	4	23	22	49
	% dentro de edades nuevas	8.2%	46.9%	44.9%	100.0%
31 a 45	Recuento	18	6	2	26
	% dentro de edades nuevas	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%
46 a 57	Recuento	15	2	1	18
	% dentro de edades nuevas	83.3%	11.1%	5.6%	100.0%
Total	Recuento	37	31	25	93
	% dentro de edades nuevas	39.8%	33.3%	26.9%	100.0%

- a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 4,84.

*Asociación según edad y severidad percibida*

Se encontró que  $\chi^2$  toma un valor de 59.095, con 4 grados de libertad, donde las variables están asociadas con un  $P= 0,000$ .

Se puede ver tabla 8 que las mujeres de 16 a 30 años tienden a obtener puntajes medios y altos, y las restantes en su mayoría tienden a obtener puntajes bajos, permitiendo concluir que es el grupo de menor edad el que tiende a percibir en mayor medida la severidad de la enfermedad del cáncer de cérvix, indicando a su vez mayor posibilidad que los otros dos grupos frente a la adquisición de la toma de citología vaginal como una conducta preventiva.

*Tabla 8. Edad y severidad percibida*

		severidad percibida			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad 16 a 30	Recuento	2	25	22	49
	% dentro de edades nuevas	4.1%	51.0%	44.9%	100.0%
31 a 45	Recuento	18	0	8	26
	% dentro de edades nuevas	69.2%	.0%	30.8%	100.0%
46 a 57	Recuento	16	2	0	18
	% dentro de edades nuevas	88.9%	11.1%	.0%	100.0%
Total	Recuento	36	27	30	93
	% dentro de edades nuevas	38.7%	29.0%	32.3%	100.0%

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 5,23.

***Asociación según edad y beneficios percibidos***

Para este caso se encontró que  $\chi^2$  toma un valor de 43.060, con 4 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0,000.

Se observa en la tabla 9 que el grupo de mujeres cuyas edades van desde los 16 a los 30 años tienden a puntuar dentro del término alto y los dos grupos restantes tienden a obtener puntajes bajos. Como se puede observar, son las mujeres de menor edad quienes tienden a presentar mayor percepción de los beneficios de la citología vaginal y por ende mayor probabilidad que los otros dos grupos de adoptarla como medio de prevención.

*Tabla 9. Edad y beneficios percibidos*

		Beneficios percibidos			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad 16 a 30	Recuento	7	15	27	49
	% dentro de edades nuevas	14.3%	30.6%	55.1%	100.0%
31a 45	Recuento	19	5	2	26
	% dentro de edades nuevas	73.1%	19.2%	7.7%	100.0%
46 a 57	Recuento	16	1	1	18
	% dentro de edades nuevas	88.9%	5.6%	5.6%	100.0%
Total	Recuento	42	21	30	93
	% dentro de edades nuevas	45.2%	22.6%	32.3%	100.0%

- a. 1 casillas (11.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
 b. La frecuencia mínima esperada es 4.06.

**Asociación según edad y barreras percibidas**

Al respecto se evidenció que  $\chi^2$  toma un valor de 15.022, con 4 grados de libertad y una  $p= 0.000$  demostrando asociación entre las dos variables.

En la tabla 10 se muestra que las mujeres de 16 a 30 años tienden en su mayoría a obtener puntuaciones medias y altas, y las restantes tienden a presentar puntuaciones altas.

Toda la población tiende a percibir la citología vaginal como un examen doloroso, incómodo, costoso, poco eficaz y de difícil acceso, lo cual se convierte en un obstáculo a la hora de pensar en optar por la ejecución de la toma de citología vaginal. Sin embargo a partir de la distribución de la población se podría decir que el grupo de población que menos barreras percibe respecto a los demás es el de aquellas mujeres cuyas edades van desde los 16 a los 30 años.

*Tabla 10.* Edad y barreras percibidas

		Barreras percibidas			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad 16 a 30	Recuento	7	20	22	49
	% dentro de edades nuevas	14.3%	40.8%	44.9%	100.0%
31a 45	Recuento	4	5	17	26
	% dentro de edades nuevas	15.4%	19.2%	65.4%	100.0%
46 a 57	Recuento	0	1	17	18
	% dentro de edades nuevas	.0%	5.6%	94.4%	100.0%
Total	Recuento	11	26	56	93
	% dentro de edades nuevas	11.8%	28.0%	60.2%	100.0%

- a. 2 casillas (22.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
 b. La frecuencia mínima esperada es 2.13.

***Asociación según edad y señales para la acción***

Existe asociación entre variables ya que  $\chi^2$  toma un valor de 48.092, con 4 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0,000, a continuación (tabla 11) se observa que las mujeres que están dentro del rango de edad de 16 a 30 tienden a obtener puntajes medios y altos, las que se encuentran en el rango de 31 a 45 años tendieron a obtener puntajes medios y bajos y aquellas cuyas edades van desde los 46 a 57 en su mayoría obtuvieron puntajes bajos, implicando que es el primer grupo de mujeres quienes tienden a percibir con mayor facilidad tanto las señales internas que emite su cuerpo como las señales externas dadas por campañas de salud preventiva y por ende tienen mayor probabilidad que aquellas mujeres de mayor edad de adoptar la toma de citología vaginal como una conducta de salud, permitiendo ya sea la prevención del cáncer de cérvix o una detección temprana del mismo.

*Tabla 11.* Edad y señales para la acción

		Señales percibidas			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad 16 a 30	Recuento	3	25	21	49
	% dentro de edades nuevas	6.1%	51.0%	42.9%	100.0%
31 a 45	Recuento	18	6	2	26
	% dentro de edades nuevas	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%
46 a 57	Recuento	15	1	2	18
	% dentro de edades nuevas	83.3%	5.6%	11.1%	100.0%
Total	Recuento	36	32	25	93
	% dentro de edades nuevas	38.7%	34.4%	26.9%	100.0%

- a. 1 casillas (11.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
 b. La frecuencia mínima esperada es 4.84

***Asociación según edad y Motivación para la salud***

$\chi^2$  toma un valor de 39.558, con 4 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0,00 mostrando asociación entre las variables.

Como se observa (tabla 12) la población se distribuye de tal manera que las mujeres cuyas edades van desde los 16 a 30 años tienden a obtener puntuaciones medias y altas, aquellas que se ubican dentro del rango de edad de 31 a 45 años tienden a obtener puntajes medias y bajas, y aquellas mujeres de 46 a 57 años en su mayoría obtuvieron puntajes bajos, concluyendo que es el primer grupo el que presenta mayor motivación por la salud permitiendo que se facilite la adopción de conductas guiadas a la prevención como lo es la citología vaginal.

Tabla 12. Edad y motivación para la salud

		motivación para la salud			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad 16 a 30	Recuento	7	27	15	49
	% dentro de edades nuevas	14.3%	55.1%	30.6%	100.0%
31 a 45	Recuento	18	6	2	26
	% dentro de edades nuevas	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%
46 a 57	Recuento	16	2	0	18
	% dentro de edades nuevas	88.9%	11.1%	.0%	100.0%
Total	Recuento	41	35	17	93
	% dentro de edades nuevas	44.1%	37.6%	18.3%	100.0%

a. 2 casillas (22.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
b. La frecuencia mínima esperada es 3.29.

**Asociación según nivel educativo y creencias frente a la toma de citología vaginal**

**Asociación según nivel educativo y susceptibilidad percibida**

$\chi^2$  toma un valor de 9.209 con 2 grados de libertad y una  $p= 0, 010$  permitiendo concluir asociación entre variables.

Como se puede observar (tabla 13) las mujeres que cuentan con un nivel educativo de secundaria tienden a obtener en su mayoría puntuaciones medias y altas a diferencia de aquellas que cuentan con estudios universitarios quienes en su mayoría obtienen puntajes bajos indicando que su percepción de susceptibilidad frente al cáncer de cérvix es inferior con respecto al grupo anterior, aspecto que se puede considerar determinante a la hora de optar o no, por la adopción de una conducta de salud como lo es la citología vaginal.

Tabla 13. Escolaridad y susceptibilidad percibida

		Susceptibilidad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Secundaria	Recuento	22	25	23	70
	% dentro de escolaridad	31.4%	35.7%	32.9%	100.0%
Estudios universitarios	Recuento	15	6	2	23
	% dentro de escolaridad	65.2%	26.1%	8.7%	100.0%
Total	Recuento	37	31	25	93
	% dentro de escolaridad	39.8%	33.3%	26.9%	100.0%

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
b. La frecuencia mínima esperada es 6.18.

**Asociación según nivel educativo y severidad percibida**

$\chi^2$  toma un valor de 10.260 con 2 grados de libertad y una  $p= 0,006$  donde se observa asociación entre variables.

En la tabla 14 se observa que las mujeres que cuentan con un nivel educativo de secundaria tienden a puntuar en su mayoría dentro del término medio y alto y aquellas mujeres que cuentan con estudios universitarios en su mayoría tienden a obtener puntajes bajos, esto permite concluir que son las mujeres que cuentan con estudios universitarios quienes no perciben la severidad o las consecuencias reales de la enfermedad del cáncer de cuello uterino en caso de llegar a padecerlo, por lo tanto no consideran la importancia de tomar medidas preventivas.

Tabla 14. Escolaridad y severidad percibida

		severidad percibida			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Secundaria	Recuento	21	25	24	70
	% dentro de escolaridad	30.0%	35.7%	34.3%	100.0%
Estudios universitarios	Recuento	15	2	6	23
	% dentro de escolaridad	65.2%	8.7%	26.1%	100.0%
Total	Recuento	36	27	30	93
	% dentro de escolaridad	38.7%	29.0%	32.3%	100.0%

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 6.68.

**Asociación según nivel educativo y beneficios percibidos**

Al respecto  $\chi^2$  toma un valor de 9.298 con 2 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0.010 indicando asociación entre las variables.

Como se muestra a continuación (tabla 15) las mujeres que cuentan con un nivel educativo de secundaria quienes tienden a puntuar medio y alto y aquellas que cuentan con estudios universitarios tienden a obtener puntajes en su mayoría bajos, frente a lo cual se observa que son las mujeres con un nivel educativo universitario quienes no reconocen los beneficios que trae consigo la ejecución de la toma de citología vaginal y por ende no consideran la importancia de su adopción.

Tabla 15. Escolaridad y beneficios percibidos

		Beneficios percibidos			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Secundaria	Recuento	26	16	28	70
	% dentro de escolaridad	37.1%	22.9%	40.0%	100.0%
Estudios universitarios	Recuento	16	5	2	23
	% dentro de escolaridad	69.6%	21.7%	8.7%	100.0%
Total	Recuento	42	21	30	93
	% dentro de escolaridad	45.2%	22.6%	32.3%	100.0%

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
 b. La frecuencia mínima esperada es 5.19.

**Asociación según nivel educativo y motivación para la salud**

En este caso  $\chi^2$  toma un valor de 11.462 con 2 grados de libertad tiene asociada una probabilidad de 0,003 evidenciando que las variables están asociadas.

Como se observa (tabla 16) las mujeres que cuentan con un nivel educativo de secundaria tienden a obtener puntajes correspondientes al término medio y las mujeres que cuentan con estudios universitarios tienden a puntuar en su mayoría dentro del término bajo, mostrando que están en mayor grado de vulnerabilidad debido a su baja motivación o disposición frente a la toma de citología vaginal como una estrategia eficaz para la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Tabla 16. Escolaridad y motivación para la salud

		motivación para la salud			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Secundaria	Recuento	24	30	16	70
	% dentro de escolaridad	34.3%	42.9%	22.9%	100.0%
Estudios universitarios	Recuento	17	5	1	23
	% dentro de escolaridad	73.9%	21.7%	4.3%	100.0%
Total	Recuento	41	35	17	93
	% dentro de escolaridad	44.1%	37.6%	18.3%	100.0%

- a. 1 casilla (16.70%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
 b. La frecuencia mínima esperada es 4.20.

**Asociación según estado civil y creencias frente a la toma de citología vaginal**

**Asociación según estado civil y susceptibilidad percibida**

Para este caso  $\chi^2$  toma un valor de 29.811 con 2 grados de libertad y una p= 0,000 determinando asociación entre variables.

Como se puede ver (tabla 17) las mujeres casadas en su mayoría obtuvieron puntajes bajos, mientras que las mujeres solteras un en su mayoría obtuvieron puntajes medios y altos lo cual indica que el primer grupo es quien tiene una menor percepción de susceptibilidad frente a la adquisición o desarrollo del cáncer de cuello uterino por lo tanto no consideran la necesidad de adoptar ninguna conducta ya sea para su prevención o detección.

Tabla 17. Estado civil y susceptibilidad percibida

		Susceptibilidad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Casada	Recuento	28	8	3	39
	% dentro de estado _civil	71.8%	20.5%	7.7%	100.0%
Soltera	Recuento	9	23	22	54
	% dentro de estado _civil	16.7%	42.6%	40.7%	100.0%
Total	Recuento	37	31	25	93
	% dentro de estado _civil	39.8%	33.3%	26.9%	100.0%

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 10.48.

**Asociación según estado civil y severidad percibida**

En este caso  $\chi^2$  toma un valor de 42.821 con 2 grados de libertad tiene asociada una probabilidad de 0,000 indicando asociación entre variables.

Como se observa (ver tabla 18) las mujeres casadas quienes tienden a obtener puntuaciones bajas en su mayoría y las mujeres solteras obtuvieron puntuaciones medias y altas, lo cual permite asumir que es el primer grupo quien tiene una menor percepción frente a las consecuencias negativas de la enfermedad, por tanto consideran que no sufrirían por las mismas en caso de ser diagnosticadas.

Tabla 18. Estado civil y severidad percibida

		severidad percibida			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Casada	Recuento	30	2	7	39
	% dentro de estado _civil	76.9%	5.1%	17.9%	100.0%
Soltera	Recuento	6	25	23	54
	% dentro de estado _civil	11.1%	46.3%	42.6%	100.0%
Total	Recuento	36	27	30	93
	% dentro de estado _civil	38.7%	29.0%	32.3%	100.0%

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 11.32

**Asociación Según estado civil y beneficios percibidos**

Como se observó  $\chi^2$  toma un valor de 32.121 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una  $p=0,000$ . Como se observa (tabla19) las mujeres casadas tendieron a obtener puntajes bajos, mientras que las mujeres solteras tendieron a obtener puntajes medios y altos por tanto, son ellas quienes tienen mayor probabilidad de percibir las ventajas de la toma de la citología vaginal como medio preventivo.

Tabla 19. Estado civil y beneficios percibidos

		Beneficios percibidos			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Casada	Recuento	31	4	4	39
	% dentro de estado _civil	79.5%	10.3%	10.3%	100.0%
Soltera	Recuento	11	17	26	54
	% dentro de estado _civil	20.4%	31.5%	48.1%	100.0%
Total	Recuento	42	21	30	93
	% dentro de estado _civil	45.2%	22.6%	32.3%	100.0%

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 8.81.

**Asociación según estado civil y barreras percibidas**

Para este caso  $\chi^2$  toma un valor de 10.619 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una  $p= 0,005$ . Como se evidencia (tabla 20) la mayoría de las mujeres casadas obtuvieron puntuaciones superiores con respecto a las mujeres solteras, permitiendo concluir que son las mujeres casadas quienes tienden a percibir más obstáculos que beneficios frente a la citología vaginal considerando a éste examen como incómodo, displacentero y de difícil acceso, por tanto son éstas quienes están en mayor grado de vulnerabilidad frente a la posibilidad de adquirir o desarrollar cáncer de cérvix.

Tabla 20. Estado civil y barreras percibidas

		Barreras percibidas			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Casada	Recuento	3	5	31	39
	% dentro de estado _civil	7.7%	12.8%	79.5%	100.0%
Soltera	Recuento	8	21	25	54
	% dentro de estado _civil	14.8%	38.9%	46.3%	100.0%
Total	Recuento	11	26	56	93
	% dentro de estado _civil	11.8%	28.0%	60.2%	100.0%

- a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 4.61.

***Asociación según estado civil y señales para la acción***

En esta asociación  $\chi^2$  toma un valor de 36.022 con 2 grados de libertad y una  $p=0,000$  permite evidenciar asociación entre variables.

Como se puede ver a continuación (tabla 21) las mujeres solteras en su gran mayoría tienden a obtener puntuaciones medias y altas, mientras que las mujeres casadas obtuvieron en su mayoría puntuaciones bajas, lo cual permite afirmar que es el primer grupo quien tiene mayor facilidad para percibir tanto las señales internas que emite su cuerpo tales como dolor, sangrado, prurito, etc como las señales externas tales como campañas de salud preventivas, experiencias de una persona significativa, entre otros lo cual contribuye a la facilitación de la adopción de medidas preventivas o detección temprana.

*Tabla 21.* Estado civil y señales para la acción

		Señales percibidas			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Casada	Recuento	29	6	4	39
	% dentro de estado _civil	74.4%	15.4%	10.3%	100.0%
Soltera	Recuento	7	26	21	54
	% dentro de estado _civil	13.0%	48.1%	38.9%	100.0%
Total	Recuento	36	32	25	93
	% dentro de estado _civil	38.7%	34.4%	26.9%	100.0%

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 10.48.

***Asociación según estado civil y Motivación para la salud***

Al respecto  $\chi^2$  toma un valor de 29.699 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una  $p=0,000$ .

Consecutivamente (tabla 22) se puede evidenciar que las mujeres solteras son quienes presentan mayor motivación frente a su salud ya que en su mayoría tienden a obtener puntuaciones medias y altas, lo cual es importante recalcar ya que esto permite una mayor predisposición hacia la ejecución de la conducta de la toma de citología vaginal como una estrategia orientada a la prevención de la enfermedad del cáncer cervicouterino. Por otro lado se observa que las mujeres casadas tienden a obtener puntuaciones bajas; es decir inferiores con respecto al grupo anterior, indicando que no encuentran motivadas hacia la adopción de la conducta de salud.

Tabla 22. Estado civil y motivación para la salud

		motivación para la salud			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Casada	Recuento	30	7	2	39
	% dentro de estado _civil	76.9%	17.9%	5.1%	100.0%
Soltera	Recuento	11	28	15	54
	% dentro de estado _civil	20.4%	51.9%	27.8%	100.0%
Total	Recuento	41	35	17	93
	% dentro de estado _civil	44.1%	37.6%	18.3%	100.0%

- 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- La frecuencia mínima esperada es 7.13.

**Asociación según reporte de toma de citología vaginal y creencias frente a la toma de la misma**

**Asociación según el reporte de citología vaginal y susceptibilidad percibida**

Para este caso  $\chi^2$  toma un valor de 29.699 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una probabilidad de 0,000.

Como se observa a continuación (tabla 23) las mujeres que reportaron no haberse tomado la citología vaginal por lo menos una vez en su vida tienden a obtener puntuaciones más bajas con respecto a aquellas que hicieron un reporte positivo frente a la realización de dicho examen, lo cual permite inferir que las mujeres con una susceptibilidad baja frente a la enfermedad del cáncer cervicouterino tienen menor predisposición hacia la realización del examen citológico.

Tabla 23. Reporte según citología vaginal y Susceptibilidad percibida

		Susceptibilidad			
		Bajo	Medio	Alto	Total
No citología	Recuento	27	8	6	41
	% dentro de Citología	65.9%	19.5%	14.6%	100.0%
Si citología	Recuento	10	23	19	52
	% dentro de Citología	19.2%	44.2%	36.5%	100.0%
Total	Recuento	37	31	25	93
	% dentro de Citología	39.8%	33.3%	26.9%	100.0%

- 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- La frecuencia mínima esperada es 11.2.

**Asociación según el reporte de citología vaginal y severidad percibida**

Para este caso se observa que  $\chi^2$  toma un valor de 23.532 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una probabilidad de 0,000.

Como se observa (tabla 24) al igual que en la anterior variable, son las mujeres cuyo reporte fue negativo frente a la toma o no de citología vaginal quienes tendieron a obtener puntajes inferiores respecto a aquellas que reportaron haberse tomado el examen por lo menos una vez en su vida, lo cual evidencia que la presencia de una alta percepción de severidad favorece la adopción de la conducta en mención.

*Tabla 24. Reporte según citología vaginal y Severidad percibida*

		severidad percibida			Total
		Bajo	Medio	Alto	
No citología	Recuento	27	5	9	41
	% dentro de Citología	65.9%	12.2%	22.0%	100.0%
Si citología	Recuento	9	22	21	52
	% dentro de Citología	17.3%	42.3%	40.4%	100.0%
Total	Recuento	36	27	30	93
	% dentro de Citología	38.7%	29.0%	32.3%	100.0%

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 11.90.

***Asociación según el reporte de citología vaginal y beneficios percibidos***

Según este caso  $\chi^2$  toma un valor de 19.727 con 2 grados de libertad y una  $p=0,000$ , permite concluir que las variables se encuentran asociadas.

Como se muestra posteriormente (tabla 25) las mujeres que reportaron no haberse tomado la citología vaginal por lo menos una vez en su vida tienden a obtener puntuaciones más bajas en su mayoría con respecto a las mujeres que reportaron haberse tomado el examen, indicando que a mayor percepción de los beneficios o ventajas que trae consigo la toma de citología vaginal hay mayor probabilidad de su adopción.

*Tabla 25. Reporte según citología vaginal y beneficios percibidos*

		Beneficios percibidos			Total
		Bajo	Medio	Alto	
No citología	Recuento	29	6	6	41
	% dentro de Citología	70.7%	14.6%	14.6%	100.0%
Si citología	Recuento	13	15	24	52
	% dentro de Citología	25.0%	28.8%	46.2%	100.0%
Total	Recuento	42	21	30	93
	% dentro de Citología	45.2%	22.6%	32.3%	100.0%

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
- b. La frecuencia mínima esperada es 9.26.

***Asociación según el reporte de citología vaginal y barreras percibidas***

Para este caso  $\chi^2$  toma un valor de 23.532 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una probabilidad de 0,000.

Como se observa (tabla 26) las mujeres que reportaron no haberse tomado la citología vaginal tienden a obtener puntajes altos y aquellas que reportaron haberse tomado el examen tienden a obtener puntajes inferiores con respecto al primer grupo, lo que permite inferir que entre mayor número de obstáculos se perciban frente a la toma del examen hay menor posibilidad de que se la adopte como una estrategia preventiva o de detección temprana del cáncer de cérvix.

*Tabla 26. Reporte según citología vaginal y barreras percibidas*

		Bajo	Medio	Alto	
No citología	Recuento	1	7	33	41
	% dentro de Citología	2.4%	17.1%	80.5%	100.0%
Si citología	Recuento	10	19	23	52
	% dentro de Citología	19.2%	36.5%	44.2%	100.0%
Total	Recuento	11	26	56	93
	% dentro de Citología	11.8%	28.0%	60.2%	100.0%

- a. 1 casilla (.0%) tiene una frecuencia esperada inferior a 5.  
b. La frecuencia mínima esperada es 4.85.

***Asociación según el reporte de citología vaginal y señales para la acción***

Al respecto  $\chi^2$  toma un valor de 24.096 con 2 grados de libertad tiene asociada una probabilidad de 0,000, asumiendo asociación entre variables.

En la tabla 27, se observa que las mujeres que reportaron no haberse tomado la citología vaginal por lo menos una vez en su vida tienden a presentar puntuaciones más bajas con respecto al grupo que afirmó haberse realizado el examen alguna vez, permitiendo asumir que las mujeres que tienen mayor facilidad de percibir tanto los síntomas o factores internos como los factores externos tienen mayor probabilidad de asumir medidas de prevención o detección temprana.

*Tabla 27. Reporte según citología vaginal y Señales para la acción*

		Señales para la acción			Total
		Bajo	Medio	Alto	
No citología	Recuento	27	10	4	41
	% dentro de Citología	65.9%	24.4%	9.8%	100.0%
Si citología	Recuento	9	22	21	52
	% dentro de Citología	17.3%	42.3%	40.4%	100.0%

Total	Recuento	36	32	25	93
	% dentro de Citología	38.7%	34.4%	26.9%	100.0%

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 11.02.

***Asociación según el reporte de citología vaginal y Motivación para la salud***

Para este caso  $\chi^2$  toma un valor de 17.630 con 2 grados de libertad tiene asociadas las variables con una probabilidad de 0.000.

Como se observa (tabla 28), las mujeres entre mayor sea el nivel de motivación por su salud tienen mayor probabilidad de adoptar una conducta orientada a la prevención de la enfermedad, como es el caso de la toma de citología vaginal. Por tal motivo las mujeres que nunca en su vida se han tomado el examen, en su mayoría muestran puntuaciones bajas con respecto al grupo de aquellas que si se han tomado el examen al menos una vez en su vida.

*Tabla 28. Reporte según citología vaginal y Motivación para la Salud*

		motivación para la salud			Total
		Bajo	Medio	Alto	
No citología	Recuento	28	8	5	41
	% dentro de Citología	68.3%	19.5%	12.2%	100.0%
si citología	Recuento	13	27	12	52
	% dentro de Citología	25.0%	51.9%	23.1%	100.0%
Total	Recuento	41	35	17	93
	% dentro de Citología	44.1%	37.6%	18.3%	100.0%

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 7.49.

## DISCUSIÓN

La presente investigación se orientó hacia la descripción de las creencias frente a la toma de citología vaginal en mujeres de 16 a 57 años de la IEM las Mesas en el Municipio del Tablón de Gómez. El estudio se desarrolló en tres fases, en la primera fase se procedió al establecimiento de la confiabilidad del instrumento para efectos de su aplicación al contexto rural, en la segunda fase se realizó una descripción de las creencias por cada una de sus variables según la tendencia mostrada por la población y en la tercera fase se procede a determinar la asociación entre algunas variables sociodemográficas tales como edad, estado civil, escolaridad y reporte según toma de citología vaginal y las variables contenidas en el instrumento.

Como resultado de la fase uno se encontró que la confiabilidad para barreras percibidas fue igual a 0.682, para la variable señales para la acción se evidenció una confiabilidad de 0.529 y para la variable motivación para la salud la confiabilidad fue de 0.659. En las tres variables restantes como son: susceptibilidad percibida, severidad percibida y beneficios percibidos se obtuvo una confiabilidad por encima de 0.80, lo cual permitió asumir que el instrumento puede medir de manera confiable el atributo deseado en la población objeto del presente estudio, dicha confiabilidad del instrumento también se sustenta en los resultados obtenidos durante la construcción del mismo, ya que de acuerdo a la investigación para la cual se construyó, la consistencia interna u homogeneidad de las escalas del cuestionario también se estimó mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach, donde en general se concluye que, la confiabilidad de las escalas y por ende del instrumento es moderadamente alta, ya que en susceptibilidad percibida la confiabilidad es igual a 0.64, en severidad percibida es igual a 0.65, en beneficios percibidos a 0.55, en barreras percibidas a 0.76, en señales para la acción a 0.59 y en motivación para la salud es igual a 0.59 llegando a la conclusión de que la confiabilidad del instrumento está por encima de 0.55 en todos los casos; lo cual permite asumir que el cuestionario de creencias en salud frente a la toma de citología vaginal 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 (Rubio, 2004).

Como resultado en la segunda fase se encontró que más de la mitad de la población tiende a tener una baja susceptibilidad, indicando que estas mujeres no se perciben en situación de vulnerabilidad frente a la enfermedad del cáncer de cérvix lo que se relaciona de acuerdo con Austin, Nally y Stewart, (2002) las mujeres generalmente tienen el conocimiento de que la citología es una forma de detectar el cáncer, pero no se perciben en riesgo y por lo tanto manifiestan no necesitar realizarse dicho examen.

Asimismo se observa que la mayoría de la población tiene una baja percepción de severidad frente a la enfermedad del cáncer cervicouterino implicando para ellas la posibilidad de no considerar la importancia de la citología vaginal como una conducta preventiva de dicha enfermedad, Rosenstock, (1974 citado en Nieto-Munuera, Abad, Albert y Arreal, 2004) una persona considera la importancia de la adopción de una conducta de salud únicamente si se ve a sí mismo como potencialmente vulnerable y percibe a la enfermedad en cuestión como amenazante.

Con respecto a la variable de beneficios percibidos se encontró que el 35.5% de las mujeres mostraron una tendencia hacia una baja percepción frente a la toma de citología vaginal, por lo cual es probable que no la lleven a cabo ya que es posible que se esté asumiendo una conducta con base a las barreras o incomodidades que dicho examen puede implicar al evidenciarse una tendencia en la mayoría de las mujeres hacia una alta percepción de barreras, así lo plantea Rosenstock, 1958 (citado en Nieto-Munuera y et al, 2004) cuando afirma que las creencias entre los beneficios y las barreras percibidas motivan o no a las personas a emprender acciones orientadas a la mantención de la salud es por eso que primero deben de estar convencidas de la eficacia de la medida a tomar y frente a las ventajas vean pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud.

Como se pudo observar, hay una tendencia en la población hacia una baja apreciación de las señales tanto internas es decir los síntomas que emite su cuerpo; como las señales externas que bien podrían ser campañas orientadas a la prevención y/o promoción de la salud. Con base a lo cual Sheran y Abraham, (1996 citados en Ehrenzweig, 2006) afirman que un individuo solo es capaz de adoptar una conducta de salud en la medida en que se presenten disparadores de alarma de la enfermedad y que éste los pueda percibir como una amenaza asumiéndose en riesgo frente a dicha enfermedad.

De la misma manera, se encontró que la mayoría de la población tiende a obtener una baja motivación por su salud lo que a su vez puede incidir en la disponibilidad frente a la adopción de una determinada conducta orientada al mantenimiento de la misma, por lo cual Alves, Castro, Ribeiro y Faustino, (2007) mencionan que un individuo puede percibir los beneficios, las barreras, su susceptibilidad y gravedad de la enfermedad, sin embargo atribuye poca importancia a su salud, sobreponiendo otras áreas en su espacio de vida por lo cual el grado de seguimiento a una acción propuesta acaba por ser muy bajo y la disposición para esta acción puede ser nula, no siendo concretizada, es por eso que el MCS plantea que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud (Rosenstock 1974 citado Nieto-Munuera y et al, 2004).

Como resultado de la tercera fase se encontró que las mujeres a mayor edad presentan mayor tendencia hacia la obtención de puntajes bajos en todas las variables del instrumento, a excepción de la variable barreras percibidas donde obtener una puntuación alta es negativo frente a la adopción de la citología vaginal como una estrategia preventiva o de detección temprana del cáncer de cérvix, permitiendo concluir que son las mujeres de mayor edad quienes se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad frente a dicha enfermedad, así lo confirman Hendryx, 1993; Hewyng y Knowles, (1990 citados en Valdés, 2004) al plantear que la edad es uno de los principales factores de riesgo, según los hallazgos de diferentes estudios donde se ha evidenciado que las altas tasas de incidencia se aumentan progresivamente a partir de los 40 años, de esta forma de acuerdo al presente estudio son las mujeres de mayor edad, es decir aquellas mayores de 45 años quienes tienden a tener una menor susceptibilidad o un vacío en la percepción de riesgo, lo que las predispone a adquirir el cáncer de cuello uterino.

En concordancia con lo anterior, algunos autores como Douglas, (1996, citado en Weisner, Vejarano, Caicedo, Tovar y Cendales, 2006) ha afirmado que dentro de la representación del cáncer de cuello uterino en este grupo de mujeres predomina la idea de que quienes no han tenido relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo no tienen necesidad de realizarse la toma de citología. En efecto, existe una valoración causal de la relación contagio-sexualidad que pareciera atenuarse conforme avanza la edad donde probablemente se tenga una vida sexual menos activa que en las mujeres

jóvenes. De igual forma, Medina, (2007) plantea en el proyecto de acuerdo No 559 que, está claro que los grupos de edad de mayor riesgo son las mujeres mayores de 29 años y que este riesgo aumenta conforme avanza la edad, lo cual puede estar indicando que pasada la edad fértil, cuando no existen controles de salud por embarazo o control de fertilidad, el acceso a la detección precoz del cáncer disminuye significativamente.

Asimismo se evidenció con base en la asociación según estado civil y creencias en salud, que son las mujeres casadas quienes presentan mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad del cáncer cervicouterino ya que en todas las variables tienden a obtener bajas puntuaciones a excepción de barreras percibidas donde presentan en su mayoría puntajes superiores con referencia a las mujeres solteras, esto se puede explicar cuando Aguilar, Leyva, Angulo, Salinas y Lazcano, (2003) afirman que un factor predictor para la utilización de la prueba citológica vaginal, es el consentimiento de la pareja sexual masculina para la aceptación de la exploración ginecológica de la mujer, ya que en un estudio en áreas marginadas en México, observaron que en el contexto rural la pareja masculina rechaza la utilización del tamizaje cuando la persona que toma la muestra para dicho examen es un hombre; asimismo se refleja que la pareja masculina puede no permitir que la mujer acuda a la exploración ginecológica, porque no se encuentra involucrado o por que no tiene claro cuál es su contribución en el cuidado de la salud de su pareja femenina,

Con base en lo anterior el Ginecólogo A. García (comunicación personal, 24 de Noviembre, 2009) afirma que Nariño es un contexto “Machista” sobre todo en los sectores rurales, y adicional a esto, tanto las mujeres como sus parejas no tienen una conciencia sobre la importancia de la adopción del examen citológico para prevenir o detectar la enfermedad del cáncer de cérvix, por lo cual no dejan que sus parejas se realicen dicho examen influenciados por las creencias que tienen frente a la posibilidad de que un médico (hombre) observe los genitales de su compañera sexual.

De igual manera se observó respecto a la asociación según nivel educativo y variables comprendidas dentro de las creencias, que las mujeres con un nivel educativo superior; presentaron mayor tendencia hacia los puntajes bajos en todas las variables con la particularidad de barreras percibidas y señales para la acción donde no se presentó asociación. Sin embargo en los diferentes estudios realizados con respecto a la asociación

de variables sociodemográficas y el cáncer de cuello uterino, se ha encontrado que a mayor nivel educativo hay una menor incidencia de la enfermedad.

En este sentido, al resultar que las mujeres con un nivel educativo superior son quienes presentan mayor grado de vulnerabilidad respecto a las demás existen datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa, se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, tienen mayor incidencia de cáncer cervicouterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren (Ortiz, Uribe, Diaz y Dangond, 2004)

Así también se menciona que la edad es un factor asociado a la adquisición y el desarrollo del cáncer cervicouterino, lo cual explicaría la baja puntuación de las mujeres con estudios superiores en la presente investigación ya que son las mujeres de mayor edad quienes presentan en su mayoría dicho nivel educativo; es así, como en las ciudades de Génova y Roma, se mostró que en los países desarrollados el incremento en la edad más que el nivel educativo, es la barrera más importante para participar en los programas de tamizaje, de tal manera que deben realizarse grandes esfuerzos para involucrar a las mujeres mayores, especialmente por su elevado riesgo de adquirir el cáncer de cuello uterino (Bonelli, Branca, Ferreri, Barizzone, Rossi y Cedris; 1996 citados en Lazcano y et al, 2000)

Por otra parte, de acuerdo a la asociación según reporte de toma de citología vaginal y las creencias, se pudo establecer que las mujeres que reportaron haberse tomado el examen presentan puntajes superiores en todas las variables con la particularidad de barreras donde presentaron puntajes altos, en comparación a aquellas que afirmaron no haberse realizado dicho examen, lo cual permite concluir que el obtener un puntaje alto en las diferentes variables del instrumento se puede considerar un factor predictivo frente a la posibilidad de la adopción de la toma de citología vaginal como una estrategia de prevención y detección del cáncer de cérvix

Con base en lo anterior Rubio (2004) afirma que las mujeres que no se han tomado ninguna citología vaginal, tienden a obtener puntajes categorizados como bajos en la escala criterio, a excepción de la variable de barreras percibidas donde encontró que éste tipo de mujeres perciben mayores barreras en relación con la citología vaginal.

Así pues Rosenstock (1974, citado en Oblitas, 2004) plantea en el Modelo de Creencias en Salud, que aunque la aceptación de susceptibilidad en una persona respecto a una enfermedad, en este caso el cáncer de cérvix, contribuye a desencadenar una conducta de salud, es necesario tener en cuenta la efectividad que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener para adoptarlas, es decir aunque una persona esté asustada y se sienta amenazada por un problema de salud concreto, no seguirá o adoptará conductas de salud a menos que las perciba como eficaces para evitar el cáncer de útero.

Asimismo, Janz y Becker, (1984, citados en Moreno y Roales, 2003) refieren que una persona debe considerar una determinada acción como realmente efectiva para así llevarla a cabo y al mismo tiempo debe superar los aspectos negativos para que de esta manera no se interfiera con la realización de la toma de citología vaginal. En este sentido y en cuanto a los beneficios y barreras percibidas, se deduce que la probabilidad de llevar a cabo la acción saludable puede ser alta, sin embargo las barreras identificadas asociadas a una baja amenaza o susceptibilidad percibida, explica que éstas personas no tengan un comportamiento preventivo para su salud.

Resultado similar se observó en el estudio realizado por Rubio, (2004), donde se encontró que las variables barreras percibidas, motivación para la salud y señales para la acción mostraron asociaciones importantes con la realización y mantenimiento de dicha conducta saludable, Delgado, Salazar y Chávez (2006) atribuyen el porqué frente al hecho de que las mujeres no participan en los programas de control y prevención del cáncer cervicouterino como lo es la toma de citología vaginal, evidenciando que la mayoría de ellas desconocen que éste tipo de cáncer es una enfermedad prevenible y aquellas que lo conocen manifiestan elementos de orden emocional y valorativo, asociado a un sentimiento de vergüenza, temor y dolor. De igual forma y teniendo en cuenta la asociación de las variables de creencias en salud frente al reporte que hicieron las mujeres en el presente estudio sobre la realización o no de la toma de citología vaginal, que aunque en las mujeres tengan esa percepción subjetiva del riesgo para contraer una determinada condición de enfermedad (en este caso el cáncer de cérvix), la percepción de las barreras entran en conflicto a la hora de adoptar conductas saludables como la toma de citología vaginal.

De igual forma, Torres y Rubio (2007) aseguran que aunque se encuentran barreras institucionales como la falta de acceso a los servicios de salud, la percepción de un trato no adecuado y la falta de privacidad en la toma del examen, se han realizado intentos por la ampliación de coberturas y calidad de los servicios, sin embargo este factor no se ha traducido en una reducción efectiva de la incidencia de la enfermedad, lo que sugiere la influencia de ciertas variables psicológicas que se constituyen como barreras frente a la toma de la citología, entre ellas en la presente investigación se encontró que aspectos como, vergüenza, género del profesional, creencias relativas a la intimidad, influencia de la pareja en la decisión de hacerse el examen y falta de conocimientos adecuados sobre la enfermedad y sobre la prueba llevan a que las mujeres opten por no realizarse el examen. Es así como (Romo, 2002) afirma que las mujeres nariñenses aún siguen conservando creencias socioculturales que impiden al acceso de nuevas formas de detección como lo es la citología vaginal para la prevención del cáncer cervicouterino.

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

El presente estudio permitió concluir que la población objeto de estudio presenta creencias frente a la enfermedad del cáncer cervicouterino que obstaculizan la adopción de la citología Vaginal como una conducta de prevención o de detección temprana de dicha enfermedad; esto se evidencia en la tendencia de la mayoría de la población hacia los puntajes bajos en todas las variables comprendidas dentro de las creencias a excepción de la variable barreras percibidas donde obtener una puntuación alta es negativo frente a la adopción de dicho examen ya que indica que se perciben más barreras que beneficios para la ejecución del mismo.

Por otra parte se puede concluir que las variables sociodemográficas como la edad, estado civil, escolaridad se asocian de manera significativa con las creencias que las mujeres de la IEM de las Mesas presentan frente a la posible ejecución de la conducta de toma de citología vaginal, y las variables tales como estrato socioeconómico y régimen de salud no presentan asociación alguna con dichas creencias.

El autorreporte con respecto a la toma o no de la citología vaginal, por lo menos alguna vez en la vida de las participantes, permitió establecer un alto nivel de predicción del instrumento a partir del análisis realizado ya que se evidenció que aquellas mujeres que se tomaron alguna vez el examen citológico lograron puntajes superiores con respecto a quienes reportaron que nunca se habían realizado dicho examen, lo cual implica que el primer grupo tiene mayor probabilidad de adoptar la conducta de salud como una medida preventiva respecto al segundo grupo quienes tienden a obtener puntajes inferiores.

Así mismo el estudio permitió concluir que los grupos que presentan mayor riesgo frente a la posible adquisición o desarrollo del cáncer de cérvix son las mujeres casadas en edades superiores a los 45 años con un nivel superior de estudios a la básica secundaria.

A partir de los resultados obtenidos en cada una de las escalas del cuestionario de creencias frente a la toma de citología vaginal por las mujeres de La IEM de las Mesas del Municipio del Tablón de Gómez que se encuentran en el rango de edad de los 16 a los 60 años, se recomienda a los estamentos Municipales de Salud realizar un programa de intervención orientado a la promoción de conductas saludables y prevención de la

enfermedad, específicamente del cáncer de cuello uterino por medio de la adopción de la conducta de la toma de citología vaginal teniendo como referente los resultados arrojados por la presente investigación estas estrategia podrían implementarse desde las instituciones educativas del Municipio a fin de lograr una mayor difusión de la información e impacto de las campañas tanto de prevención como de promoción de la salud.

Con base en que este estudio es pionero en población rural respecto a la exploración de creencias frente a la adopción de la toma de la citología vaginal como una conducta de prevención del cáncer de cuello uterino, se recomienda realizar posteriores estudios o réplicas en este tipo de población a fin de ampliar el conocimiento respecto a la problemática con el objetivo de desarrollar futuras propuestas de intervención efectivas.

De acuerdo a los resultados arrojados a través de éste estudio se recomienda realizar posteriores investigaciones con el mismo objetivo pero a través de diferentes estrategias de evaluación de las creencias en salud permitiendo comparar los resultados llevando así a la generación de más conocimiento con respecto a la problemática y contribuyendo a partir de dicho conocimiento a la prevención de la enfermedad del cáncer de cuello uterino a través de intervención que causen mayor impacto en la población en situación de riesgo.

Teniendo en cuenta que el instrumento utilizado en ésta investigación fue construido y validado en una población universitaria con mujeres Bogotanas, se recomienda realizar una aplicación con la población de la Universidad de Nariño y así se pueda ampliar el conocimiento respecto a la problemática a nivel Departamental ya que a la Universidad de Nariño llegan mujeres procedentes de los diferentes contextos rurales y cascos Municipales.

Una vez se ha establecido que las mujeres de la IEM de las Mesas presentan puntajes bajos en la mayoría de las variables que encierran las creencias, se recomienda el diseño de programas interventivos guiados a la modificación de aquellas creencias disfuncionales que interfieren a la hora de tomar la decisión de adoptar la citología vaginal como una conducta de salud orientada hacia la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Teniendo en cuenta la importancia de los recursos económicos y la calidad de vida de las mujeres sería de importancia que se haga especial énfasis en la

prevención primaria y secundaria partiendo de su utilidad, sus bajos costos y sus enormes beneficios.

Para la realización de la presente investigación se puede considerar como una limitación el reducido número de participantes lo cual impidió la extracción de una muestra de población superior que permitiera una predicción más certera en los resultados logrando mayor generalización de los mismos para la población.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilar, J. Leyva, A., Angulo D., Salinas, A. y Lazcano, E. (2003, 3 de febrero). Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista de salud pública*, 37. Artículo 1. Recuperado el 16 de mayo de 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100015)

Alves, J., Castro, Ribeiro, H., Faustino, H (2007, 6 de agosto) La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2 en Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 Artículo 4. Recuperado el 16 de mayo de 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000400009&script=sci\\_arttext&tln\\_g=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000400009&script=sci_arttext&tln_g=es)

Austin, L., Nally, M. y Stewart, D (2002) Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: A literature review using the health belief model. *Women's Health Issues*, 12, 122-128

Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003), Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 4, Recuperado el 13 de Junio de 2009, de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/creencias.pdf>

Barra, E. (2003) *Psicología de la Salud*: Santiago de Chile: Mediterráneo.

Becoña, E., Vazquez, F. y Oblitas, L. (2000). *Psicología de la Salud. Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. México: Mc Graw Hill

Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México. Trillas.

Cabrera, G., Tascón, J y Lucumí, D. (2004) Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de la facultad Nacional de salud pública de Colombia*, 35, 19, 91-101. Recuperado el 17 de junio de 2009 de <http://colombiamedica.univalle.edu.co>

Centro de Estudios en Salud CESUN. (2009) Estadísticas de incidencia de cáncer de Cérvix en el departamento de Nariño. Universidad de Nariño.

Cordero, J. (2008) Cáncer de cuello uterino: Revisión de factores de riesgo; *Revista. Ciencias*, Copyright. Recuperado en internet: el 22 de setiembre del 2009 de

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAAFAVVyFMhLAnZxE.php>

Delgado, M.E., Salazar, S. y Chávez, K. (2006) Del cuanto al porque: la no participación en los programas de control y prevención del cáncer cervico uterino en Cali desde la visión de las mujeres. *VI Congreso Colombiano de Psicología de la Salud*. Resumen recuperado el 3 de Marzo de 2010 de la base de datos ALAPSA

Ehrenzweig, Y. (2006) Modelos de Cognición Social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Recuperado el 27 de Junio de 2009, de [http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol25N1/01\\_ModelosCogniz\\_apl\\_Vol25N1.pdf](http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol25N1/01_ModelosCogniz_apl_Vol25N1.pdf)

Fernández - Ríos, L. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Madrid: Siglo XXI España Editores.

Godoy, J. (1999) *Psicología de la salud: Delimitación conceptual*. En M. Simón, *Manual de Psicología de la salud* (pp.39-76) Editorial Biblioteca Nueva

Gómez, L., y Quintero, E. (2003). La Psicología como disciplina y profesión en la Promoción de la Salud. *Asociación Colombiana para el avance de las Ciencias del Comportamiento*. Recuperado el 20 de Julio de 2009, de <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/clinica02.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: Cuarta Edición, Mc Graw Hill.

Instituto Nacional de Cancerología - INC/DANE, (2004). *Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010*. Segundo objetivo Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de la Protección Social. Colombia, Hoja No. 36.

Recuperado el 23 de junio del 2009 de [http://www.scp.com.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/plan\\_nacional\\_salud\\_publica2.doc](http://www.scp.com.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/plan_nacional_salud_publica2.doc)

Instituto Departamental de Salud (2009) Estadísticas de morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix en Nariño. *Revista Salud Integral*, 1,2, 39-52

Lazcano, E., Moss, S., Cruz, A., Alonso, P., Casares, S., Martínez, C., y Hernández, M (2000) Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. México instituto Nacional de Salud Publica. Recuperado de internet el 14 de mayo de 2010 de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n4/41n4a05.pdf>

Lucano, M. (2007) *Descripción de la relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas tomando en cuenta la edad y el estadio de la enfermedad de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la unidad oncológica del Hospital Universitario Departamental de Nariño*. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño, San Juan de Pasto. Colombia.

Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., y Sykes, C. (2008) *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. Manual Moderno. México.

Medina, Y. (2007) Proyecto de Acuerdo 559 de 2007 Concejo de Bogotá D.C. Recuperado el 14 de Mayo de 2010 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27362>

Morales, F. (1999) *Introducción a la Psicología de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Moreno, E. y Roales, J. (2003, 8 de Junio). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de creencias en salud. *Jornada Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3, Artículo 1. Recuperado el 14 de Marzo de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/560/56030105.pdf>

Nieto-Munuera, J., Abad, M., Albert, M., y Arreal, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del Comportamiento Humano ante la enfermedad*. Editorial. Mc Graw Hill. Madrid-España.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida*. México. Thomson

Organización Panamericana de Salud (2004) cáncer de cérvix, cuáles son las cifras en Colombia. Recuperado el 26 de junio de 2009, de <http://www.slideshare.net/JhonLara/inv-cancer-de-cervix-cuales-son-las-cifras-en-colombia>.

Ortiz, R., Uribe, C., Díaz, L., y Dangond, Y. (2004, 25 de junio) factores de riesgo para cáncer de cuello uterino *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 55Artículo.2. Recuperado el 15 de mayo de 2010, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>

Plan Institucional (2008) Institución Educativa de Las Mesas Municipio El Tabón de Gómez, Nariño. Colombia.

Rengifo, A. (2009) Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. Recuperado de Internet el 11 de diciembre de 2009 de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/2140/1745>

Romo, Y. (2002) *Creencias socioculturales de las pacientes de consulta externa del centro de salud de San Vicente*. Manuscrito no publicado. Universidad Mariana San Juan de Pasto. Colombia.

Rubio, D. (2004) *Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal*: trabajo de Grado. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional, Bogotá Colombia.

Rubio, D y Restrepo, M. (2004) Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de Psicología*. Universidad Nacional de Colombia, 013, 102-103

Sociedad Americana del cáncer (2009) Cáncer de cuello uterino. Recuperado el 25 de junio de 2009, de [http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP\\_4X\\_C%C3%A1ncerdel\\_cuello\\_uterino\\_\(c%C3%A9rvix\)-Resumen.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_4X_C%C3%A1ncerdel_cuello_uterino_(c%C3%A9rvix)-Resumen.asp)

Torres, A.M. y Rubio, D.C. (2007) Experiencias e intervenciones en prevención primaria del cáncer de cuello uterino en Colombia y Latinoamérica. *VI Congreso Colombiano de Psicología de la Salud*. Resumen recuperado el 20 de Febrero de 2010 de la base de datos ALAPSA

Valdés, (2004) Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 49-59.

Wiesner, C., Vejarano, M., Caicedo, J., Tovar, S. y Cendales. (2006, 5 de Abril). La citología del cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Publica*, 8, Artículo 3. Recuperado el 12 de Mayo de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/422/42280304.pdf>

**ANEXOS**

**ANEXO 1. Cuestionario de Creencias en Salud frente a la toma de citología vaginal**

**Edad** \_\_\_\_\_ **Estado civil** \_\_\_\_\_  
**Nombre** \_\_\_\_\_ **Estrato socioeconómico** \_\_\_\_\_ **Nivel de escolaridad** \_\_\_\_\_ **Régimen de salud** \_\_\_\_\_  
**Toma de citología vaginal Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

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 está 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.

ITEMS		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 la 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 citología en la institución, 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 cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5

Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 69

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 vaginales.	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
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 institución.	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 revisen mis órganos genitales.	1	2	3	4	5
21	Creo que si yo tuviera cáncer de cuello uterino me sería fácil de sobrellevar.	1	2	3	4	5
22	Creo que en algunos casos la citología vaginal no es un examen efectivo en la detección	1	2	3	4	5

Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 70

	del cáncer de cuello uterino.					
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 igual 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 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 en 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	Realizarme la citología vaginal no evita las posteriores consecuencias asociadas al 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

Creencias frente a la toma de Citología Vaginal 71

34	Creo que la citología vaginal es realmente el único examen que me permitirá saber si tengo cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
35	Si las campañas de toma de citología fueran anuales, me la hará 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 si 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 anualmente.	1	2	3	4	5

*Diana Carolina Rubio León, (2004) Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología, Universidad Nacional, Bogotá Colombia*

**ANEXO 2 Consentimiento informado**



<b>UNIVERSIDAD DE NARIÑO</b>	
<b>PROGRAMA DE PSICOLOGIA</b>	
	CC _____
	TI _____

Titulo del Proyecto de Investigación: **CREENCIAS SOBRE LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL EN MUJERES DE 16 A 60 AÑOS DE EDAD, EN LA INSTITUCION EDUCATIVA DE LAS MESAS EN EL MUNICIPIO DEL TABLON DE GOMEZ.**

**ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, informando las razones de su decisión la cual será respetada en su integridad.
- No recibirá pago por su participación, ya que el presente estudio se realiza solo con fines investigativos
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo a los investigadores responsables
- La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por los investigadores.
- Las investigadoras se comprometen a realizar un taller Psicoeducativo con las participantes respecto a la importancia de la adopción de conductas saludables guiadas a la prevención de la enfermedad, haciendo especial énfasis en la problemática del cáncer de cérvix.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior, he sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines investigativos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Participante**