

CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS RELACIONADAS CON LA TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL

College Women's Health Beliefs related with the Taking of Vaginal Cytology

Diana Carolina Rubio León¹
Martha Restrepo Forero²
Universidad Nacional de Colombia

RESUMEN

Esta investigación se orientó al estudio de la relación existente entre las variables psicosociales propuestas por el Modelo de Creencias en Salud y la realización de la citología vaginal por parte de una muestra de mujeres universitarias entre los 18 y 27 años. En la primera fase del estudio se construyó una batería de instrumentos con el fin de evaluar las diferentes variables de interés: sociodemográficas, psicosociales, de riesgo, y relacionadas con la conducta saludable; en la segunda fase se realizó un estudio descriptivo correlacional exploratorio con una muestra de 110 mujeres universitarias. Se observaron diferentes asociaciones entre las variables evaluadas y la realización de la citología vaginal, en donde 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.

Palabras clave: Psicología de la salud, creencias en salud, citología vaginal, mujeres universitarias

ABSTRACT

This investigation was aimed to the study of the relationship among the psychosocial variables proposed by the Health Beliefs Model and the taking of the vaginal cytology in a sample of college women, ranging from 18 to 27 years of age. In the first phase of the study a battery of instruments was built in order to assess the different variables: sociodemographic, psychosocial, risk variables, and those related with the healthy behavior; in the second phase a descriptive exploratory correlational study was carried out with a sample of 110 college women. Different associations were observed among the evaluated variables and the taking of the vaginal cytology, where the variables perceived barriers, health motivation and cues to action showed important associations with the taking and maintenance of this healthy behavior.

Key words: Health psychology, health beliefs, vaginal cytology, college women



Al considerar los amplios y variados esfuerzos realizados por las instituciones y organismos encargados de la salud de la población en general, y de la salud de las mujeres en particular, se observa que en lo referido a salud sexual y reproductiva dichas acciones muchas veces han desconocido aspectos tales como los comportamientos, creencias, imagi-

narios y actitudes de las usuarias de estos servicios frente a temas tales como su cuerpo, su salud, su vida personal e íntima, el ejercicio de su sexualidad, y el rol de género, entre otros (Organización Panamericana de la Salud - O.P.S., 2002). En consideración de lo anterior surge la necesidad de identificar y describir cuál es el papel que juegan las variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, y más específicamente en los aspectos relacionados con el diseño e implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a mujeres jóvenes.

¹ Psicóloga Universidad Nacional de Colombia. E- Mail: dcrubiol@unal.edu.co, dianacarolina_r@hotmail.com

² Profesora Asociada de Departamento de Psicología de la Universidad Nacional.

Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es una de las más importantes, ya que presenta altas cifras de incidencia y prevalencia (Boyle, Maisonneuve & Autier, 2000). Estadísticamente, se considera que éste es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el mundo, precedido por el cáncer de seno, y que aproximadamente el 80% de los casos se presentan en países en vía de desarrollo. En Colombia, según las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C., 2001), institución receptora de casos de todas las regiones del país, se reporta que del total de casos atendidos durante los años 1999, 2000 y 2001, el cáncer de cuello uterino constituye aproximadamente el 16% de los casos nuevos, lo que ubica este tipo de cáncer en el primer lugar según su incidencia. La O.P.S (2002), considera que el grupo que se presenta más afectado por la enfermedad comprende mujeres entre los 30 y 45 años, población económicamente activa y productiva; asimismo, sostiene que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino a nivel mundial, y que anualmente mueren 231.000 mujeres a causa de esta enfermedad. Lo preocupante es que este tipo de cáncer puede ser tratado si es detectado a tiempo.

Respecto a la etiología de la enfermedad, se ha planteado que los factores asociados con su aparición se relacionan con comportamientos sexuales de riesgo, tales como un inicio temprano de la actividad sexual, el tener varios compañeros sexuales, y el uso inconsistente del condón; también se han mencionado otros comportamientos de riesgo tales como el consumo de cigarrillo, el uso de contraceptivos orales, multiparidad, inmunidad biológica reducida, y una dieta baja en vitaminas A y C (Hempling, 2000); sin embargo no hay evidencia concluyente sobre la actuación de dichos factores en la producción de la enfermedad (Braun & Gavey, 1999).

Adicionalmente, se ha aportado evidencia que sugiere una fuerte relación entre la infección con ciertos tipos de virus de papiloma humano (VPH), especialmente el tipo 16, y la aparición de cáncer de cuello uterino (Braun & Gavey, 1999); sin embargo, la presencia de varios cofactores en la etiología de la enfermedad hace considerar que el VPH, virus transmitido por contacto sexual, es condición necesaria pero no suficiente para la aparición de este tipo de cáncer (Boyle, Maisonneuve & Autier, 2000). Se ha reportado que la mayor incidencia de infección con los tipos 16 y 18

del VPH, asociados con el cáncer de cuello uterino, se presenta en mujeres con edades entre los 18 y 28 años de edad (Koutsky, 1997; Winer, Hughes, y Koutsky, 2003), hecho que se ha relacionado con la adquisición de un nuevo compañero sexual y con el uso inconsistente del condón, lo que sugiere que el cáncer de cuello uterino puede en cierta forma ser considerado como una enfermedad de transmisión sexual (Hempling, 2000).

La estrategia comúnmente aceptada en la prevención del cáncer de cuello uterino es la realización de la citología vaginal de forma periódica, acción que posibilita la detección temprana de la enfermedad y el pronto inicio del tratamiento e intervención adecuados (Braun & Gavey, 1999). Se considera que el uso de la citología vaginal ha reducido en un 70% la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países industrializados. La O.P.S. (2002), recomienda la realización de la primera citología vaginal a la edad de los 18 años o a partir del inicio de la actividad sexual, la frecuencia recomendada de la toma es anual. La realización periódica y consistente de la citología vaginal se constituye entonces como una conducta saludable que permite la detección de anormalidades en el cuello del útero y de la posible infección con VPH en mujeres jóvenes; por esto, se considera pertinente establecer las variables psicológicas que pueden estar implicadas en la realización de dicho comportamiento.

El interés de la psicología por los comportamientos relacionados con la salud de los individuos se ha sostenido en dos consideraciones fundamentales (Conner & Norman, 1996). La primera de ellas se refiere a que una proporción sustancial de la mortalidad y de las causas de la misma son atribuibles al comportamiento de los individuos, y la segunda consideración sostiene que dicho comportamiento es modificable. En última instancia, las acciones de riesgo, promoción, prevención, curación y rehabilitación son realizadas por un individuo que actúa o emite conductas, en virtud de sus características psicológicas (Godoy, 1999).

En lo referido al estudio de los factores psicológicos relacionados con los comportamientos en salud, se han propuesto modelos que consideran a las variables cognitivas como las determinantes primarias de los comportamientos sociales de los individuos, motivo por el cual estos modelos se han denominado modelos de cognición social (Conner & Norman, 1996). Dentro de estos modelos se encuentra el modelo de creencias en salud consolidado hacia 1977 por Becker (Conner y Norman, 1996). El modelo supone cuatro

condiciones fundamentales que preceden la decisión de los individuos para desarrollar un comportamiento saludable: (a) la persona debe percibirse a sí misma como susceptible a la enfermedad (susceptibilidad percibida), (b) la persona debe percibir que las consecuencias de la enfermedad son severas (severidad percibida), (c) la persona debe creer que al realizar un comportamiento saludable se reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos), y (d) la persona debe percibir que los impedimentos para realizar un comportamiento saludable, ya sean psicológicos o físicos, pueden ser superados (barreras percibidas). Adicionalmente se incluyen dos factores: señales para la acción y motivación para la salud, definidos como los desencadenantes internos (p. ej., síntomas físicos) y externos (p. ej., campañas de educación en salud, influencia social) de la acción, y como la valoración que la persona realiza sobre su salud (Sheeran & Abraham, 1996), respectivamente.

Este modelo intenta predecir la probabilidad de la adquisición y realización de los comportamientos relacionados con la salud en términos de ciertos patrones de creencias, tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables o de riesgo; los efectos de las variables sociodemográficas se encuentran mediados por variables psicosociales o creencias, susceptibles de modificación (Sheeran & Abraham, 1996). El modelo sostiene que los patrones de creencias o actitudes son el resultado de la evaluación de los costos y beneficios atribuidos a un comportamiento en particular, de manera que los individuos intentan maximizar la utilidad y prefieren realizar comportamientos que son asociados con la producción de consecuencias positivas esperadas; este proceso es propuesto por el modelo de valor esperado (Conner & Norman, 1996), en el que se enfatiza la racionalidad del comportamiento, realizado como resultado de elaborados aunque subjetivos análisis de costo/beneficio. Sin embargo, en la conceptualización realizada por Ajzen (2001), sobre las actitudes, el autor propone que éstas incluyen componentes tanto cognitivos como afectivos, y que su formación y activación tiene lugar de forma automática, rápida, espontánea e inevitable, sin mediación de la conciencia. Respecto de las funciones de las actitudes, se observa la importancia de la facilitación del comportamiento que produce la adaptación al medio, el ajuste social, la realización de juicios, la toma de decisiones, y la función utilitaria (Ajzen, 2001). Se destaca la capacidad de las

actitudes como predictoras de la probabilidad de comportarse de una forma determinada, y por lo tanto son consideradas variables moderadoras de la conducta.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva femenina, el modelo de creencias en salud ha sido empleado en el estudio de las variables psicosociales relacionadas con la realización de comportamientos saludables tales como el autoexamen de seno (Brain & Norman, 2000; Blanche & Wasileh, 2001; Jirojwong & MacLennan, 2003), la realización de la mamografía (Aiken, West, Woodward, & Reno, 1994), y la toma de citología vaginal (Eaker & Adami, 2001; Austin, McNally & Stewart, 2002; Byrd, Peterson, Chavez, & Heckert, 2004). Se observa que en la mayoría de investigaciones no se incluyen las escalas de señales para la acción, ni la de motivación para la salud.

Los componentes propuestos por el modelo de creencias en salud muestran asociaciones diversas con cada una de las conductas evaluadas y dependiendo de la población particular estudiada; sin embargo, las diferentes investigaciones revisadas reportan una asociación positiva significativa entre las variables de severidad (Eaker & Adami, 2001), susceptibilidad (Aiken, West, Woodward, & Reno, 1994; Blanche & Wasileh, 2001; Austin, McNally & Stewart, 2002; Jirojwong & MacLennan, 2003), y beneficios percibidos (Aiken, West, Woodward, & Reno, 1994; Brain & Norman, 2000; Eaker & Adami, 2001), con la realización del comportamiento saludable evaluado. La variable de barreras percibidas aparece en la totalidad de las investigaciones revisadas como la variable asociada más significativamente con la no realización del comportamiento saludable de interés, explicando la mayor cantidad de varianza observada. Igualmente, se han reportado correlaciones negativas entre esta variable y las demás variables del modelo, de forma que se puede considerar que los beneficios y las barreras atribuidas a cierto comportamiento son dos polos opuestos de un continuo, tal como ya se había propuesto en las investigaciones iniciales empleando este modelo (Cummings, Jette & Rosenstock, 1978).

Acerca de las limitaciones del modelo, se puede mencionar la dificultad que ha mostrado en cuanto a la operacionalización de los componentes del mismo (Aiken, West, Woodward, & Reno, 1994; Sheeran & Abraham, 1996; Ogden, 2003), hallazgo que los investigadores consideran como determinante de una escasa validez de los constructos, y una modesta explicación de la varianza al evaluar individualmente los fac-

tores. Adicionalmente, no se encuentra evidencia fuerte que sostenga que el modelo predice mejor el comportamiento en comparación con los otros modelos de cognición social, y si bien se supone que los componentes del modelo son predictores consistentes del comportamiento, fallan al momento de estimar la fuerza de dichas relaciones. Se considera que el modelo es adecuado según los objetivos de la investigación, ya que es una buena herramienta para evaluar las creencias y percepciones en salud, consideradas como determinantes primarias necesarias para la realización de un comportamiento saludable, permitiendo observar la forma en que los factores psicosociales propuestos se hacen presentes como moderadores de la probabilidad de realización del comportamiento objetivo.

En correspondencia con los antecedentes teóricos y empíricos revisados, la presente investigación se orientó a la identificación y descripción de las relaciones entre las variables psicosociales planteadas por el modelo de creencias en salud: (a) percepción de susceptibilidad, (b) percepción de severidad, (c) beneficios percibidos, (d) barreras percibidas, (e) motivación para la salud y señales para la acción, y (f) la realización de la citología vaginal, considerada como conducta saludable de interés. La investigación se realizó mediante un estudio exploratorio descriptivo correlacional desarrollado en dos fases, en las que se caracterizaron y estimaron las relaciones existentes entre las diferentes variables evaluadas, variables sociodemográficas (edad, carrera, semestre y estado civil), variables psicosociales (correspondientes a los 6 componentes propuestos por el modelo de creencias en salud), factores de riesgo (haber iniciado la actividad sexual, edad de inicio de la actividad sexual, haber tenido hijos, número de hijos, edad en que se tuvo el primer hijo y antecedente familiar de cáncer de cuello uterino), y la realización de la citología vaginal (haberse realizado por lo menos una citología, fecha realización de la primera citología, número de citologías, fecha de la última, frecuencia de la toma, resultados, citologías realizadas en el Servicio de Salud Estudiantil).

MÉTODO

Participantes

La investigación se realizó con una muestra de 541 mujeres estudiantes activas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, pertenecientes a los diferentes programas curriculares ofrecidos, distribuidas de la siguiente forma: (a) en la primera fase se incluyeron 150

mujeres para el pilotaje del instrumento y 281 mujeres para la aplicación, estas mujeres tenían entre 17 y 28 años de edad; y (b) en la segunda fase se incluyeron 110 mujeres, con edades entre los 18 y 27 años, que se encontraban entre tercer y séptimo semestre de su carrera y que reportaron ya haber iniciado su actividad sexual.

Instrumentos

Se construyó una batería de instrumentos psicométricos denominada Creencias en Salud en Mujeres Universitarias en Relación con la Toma de Citología Vaginal, compuesta por cuatro cuestionarios:

1. *Cuestionario sociodemográfico*, cuyo objetivo fue recoger información sobre las variables sociodemográficas de interés.
2. *Cuestionario de creencias en salud en mujeres universitarias*, compuesto por 44 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta, distribuidos en 6 escalas que corresponden a cada una de las variables psicosociales propuestas por el modelo de creencias en salud.
3. *Cuestionario de autorreporte de factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino*, compuesto por 6 ítems para evaluar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino.
4. *Cuestionario de autorreporte de información específica sobre la realización de la citología vaginal*, conformado por 8 ítems de selección múltiple con 5 opciones de respuesta, que evalúan cada una de las variables relacionadas con la conducta saludable objetivo.

Procedimiento

Fase 1: Construcción de la batería de instrumentos. Durante esta fase se diseñó la forma inicial de los 4 cuestionarios, se construyeron ítems y fueron sometidos a control de validez mediante la revisión por 4 jueces; posteriormente, se realizó la aplicación de la batería piloto a 150 mujeres seleccionadas de forma intencional no probabilística, con el fin de seleccionar los ítems según los criterios de comprensión y distribución. La batería definitiva fue aplicada a 281 estudiantes universitarias, con el fin de establecer sus características psicométricas.

Se construyó una escala adicional a las seis escalas referidas a los componentes del modelo, denominada *Conducta Saludable*. Esta nueva escala tenía el objetivo de evaluar la realización consistente y exitosa de la citología vaginal, mediante el cálculo de un puntaje global resultante de la diferencia entre el tiempo de

actividad sexual y la toma de la primera citología, y una sumatoria de los puntajes obtenidos en el cuestionario de autorreporte de información específica sobre la realización de la citología vaginal.

Fase 2: Estudio descriptivo correlacional. La batería de instrumentos se aplicó a 110 mujeres universitarias que reportaron tener vida sexual activa; las participantes se asignaron a tres grupos de la siguiente manera. El Grupo 1 contó con 20 mujeres contactadas por intermedio de la División de Salud Estudiantil, de las cuales se pudo asegurar que se habían realizado por lo menos una citología. El Grupo 2 estuvo conformado por 30 mujeres contactadas dentro de las instalaciones del servicio de salud que acudieron a solicitar cita de control de medicina general, salud visual y salud oral, conducta asumida como una posible valoración positiva de la salud o motivación hacia su mantenimiento. Finalmente, el Grupo 3 consistió en 60 mujeres contactadas en las diferentes instalaciones de la universidad, de las que se desconocía si se habían realizado o no la citología vaginal.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la batería de instrumentos fueron analizados mediante la comparación de puntajes obtenidos en las 7 escalas entre los diferentes grupos establecidos: (a) 3 grupos inicialmente contactados, (b) personas que sí se habían realizado el examen y las que no lo habían hecho, y (c) los 5 grupos según rangos de puntaje en Conducta Saludable. Las comparaciones se establecieron mediante

el cálculo de la diferencia de varianzas y diferencia de medias. Posteriormente se establecieron las diferentes correlaciones bivariadas y parciales, con el fin de estimar las asociaciones entre las variables incluidas.

Fase 1: Construcción de la Batería de Instrumentos

Como resultado de esta fase se obtuvo la batería de instrumentos conformada por los cuatro cuestionarios anteriormente mencionados, los cuales mostraron ser útiles y pertinentes para evaluar las variables de interés. En referencia al Cuestionario de Creencias en Salud en Mujeres Universitarias, se estimó su confiabilidad mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (ver Tabla 1); las escalas obtuvieron una consistencia interna superior a 0.5, moderadamente satisfactoria, lo que permitió asumir que el cuestionario mide de forma adecuada las diferencias individuales debidas a las creencias de las participantes sobre la citología vaginal y el cáncer de cuello uterino.

La validez del cuestionario se controló mediante la revisión de items por parte de 4 jueces expertos en el tema, y posteriormente mediante la realización de análisis factorial confirmatorio, con miras a obtener un balance de las relaciones entre los items; los cinco primeros factores extraídos explicaron el 33.148% de la varianza. Adicionalmente, se establecieron las medidas de tendencia central para las 6 escalas del cuestionario, media y dispersión (ver Tabla 1), requeridas para la construcción de los percentiles 20, 40, 60 y 80, con el fin de realizar la descripción de los puntajes obtenidos.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos para las Escalas del Cuestionario de Creencias en Salud y para la Escala Conducta Saludable

ESCALA	ÍTEMS	ALPHA DE CRONBACH	MEDIA	DESVIACIÓN	PERCENTILES			
					20	40	60	80
Susceptibilidad Percibida	8	0.644	26.39	4.7	23	25.2	27.8	30
Severidad Percibida	8	0.656	26.48	5.1	22	25	28	30.4
Beneficios Percibidos	8	0.551	26.67	4.5	22	25	28	31
Barreras Percibidas	10	0.768	25.97	6.8	20	23	27.8	32
Señales Para La Acción	6	0.596	21.32	4.0	18	20	22	25
Motivación Para La Salud	4	0.598	12.52	3.1	10	12	13	16
Conducta Saludable	8.1	4.8	3	5	10	13		

dos en cada una de las escalas psicosociales relativas al modelo de creencias en salud. Para la escala conducta saludable también se calcularon las medidas de tendencia central (Tabla 1).

En esta fase se incluyeron mujeres que ya habían iniciado su actividad sexual y mujeres que reportaron aún no haberla iniciado. Al realizar el contraste de las medias obtenidas por estos dos grupos en cada una de las 6 escalas psicosociales, mediante una prueba T para muestras relacionadas, se observó la existencia de diferencias significativas entre las medias de los dos grupos en las escalas: barreras percibidas, $t(275)=4.639$ $p \leq 0.000$; beneficios percibidos, $t(275)=-2.038$ $p \leq 0.043$; y señales para la acción, $t(275)=-6.24$ $p \leq 0.000$. En vista de estos resultados, se consideró que la inclusión de las puntuaciones de las mujeres sin actividad sexual podría afectar el cálculo de los descriptivos para las escalas, y por ello se decidió excluirlas de los demás análisis psicométricos de la batería construida.

Fase 2: Estudio Descriptivo Correlacional

En esta fase se realizó un estudio descriptivo correlacional exploratorio en el que se aplicó la batería a la muestra ya señalada, mujeres que reportaron ya haber iniciado su actividad sexual. A continuación se describe el funcionamiento de las variables sociodemográficas y de los factores de riesgo evaluados para la totalidad de las participantes y la asociación entre estas variables y las 7 escalas de interés; dichas asociaciones fueron significativas con un intervalo de confianza del 95%:

Edad. Esta variable mostró una correlación importante con los puntajes obtenidos en la escala conducta saludable ($r = .28$), ya que las mujeres incluidas en los rangos de edad entre 17 y 18 años en la aplicación y en el rango de 18 años en el estudio, obtuvieron puntajes medio-bajos en la escala conducta saludable, rango en el que se incluyeron mujeres que habían iniciado su vida sexual durante el último año y reportaron no haberse tomado la citología vaginal, y mujeres que dejaron pasar por lo menos tres años entre el inicio de la actividad sexual y la toma de su primera y única citología vaginal. También se observó una asociación significativa entre la edad y las variables psicosociales de motivación para la salud ($r = .23$) y barreras percibidas ($r = -.21$).

Carrera. Aunque no se encontraron diferencias significativas al realizar la comparación estadística de los

promedios obtenidos por las participantes según la carrera de la que provenían, a nivel descriptivo se observó que la mayoría de mujeres que reportaron haberse realizado la citología vaginal por lo menos en una ocasión pertenecían a carreras relativas a las ciencias humanas y a ciencias de la salud, mientras que las mujeres que reportaron nunca haberse realizado el examen provenían de carreras del área de ingeniería y de ciencias exactas.

La variable Estado Civil, no permitió realizar mayores análisis, ya que casi la totalidad de las participantes reportaron ser solteras.

Semestre. Se observó una asociación positiva significativa con la variable edad ($r = .47$), y al igual que dicha variable, también presentó asociación negativa con la escala de barreras percibidas ($r = -.3$), lo que podría evidenciar que hay una relación entre el tiempo de permanencia en la universidad y la disminución de las barreras adjudicadas a la citología vaginal, hecho que es soportado al encontrar asociación significativa positiva entre la variable Semestre y el puntaje en la escala Conducta Saludable ($r = .27$).

Edad de inicio de la actividad sexual. El promedio de inicio de la actividad sexual para la totalidad de la muestra fue a los 17 años; las personas que se incluyeron en el rango de 18 años de edad se encuentran muy cerca de la media y probablemente tuvieron su primera relación sexual recientemente, lo que se podría asociar al bajo puntaje obtenido en la escala conducta saludable. Esta variable no ocasionó diferencias significativas en los puntajes obtenidos en las 6 escalas psicosociales.

Hijos. No se observaron relaciones significativas entre esta variable y las demás variables de interés, situación que posiblemente tuvo relación con el bajo porcentaje de mujeres que reportaron tener hijos (13.6%); no se puede decir nada concluyente sobre esta variable.

Historia familiar de cáncer de cuello uterino. A pesar del bajo porcentaje de participantes que mencionaron tener antecedentes (12.1%), se observaron diferencias significativas al comparar el promedio de puntajes obtenido por estas mujeres en las escalas de severidad ($r = .18$) y susceptibilidad percibida ($r = .19$), escalas en las que dichas participantes tuvieron puntajes por encima del promedio de la totalidad de la muestra.

Los resultados obtenidos al comparar los puntajes de cada uno de los tres grupos que conformaron la muestra del estudio, permitieron observar diferencias significativas en cuanto a los promedios obtenidos en

Tabla 2

Caracterización del Promedio Obtenido por cada Grupo en las Escalas Psicosociales y Conducta Saludable

ESCALA	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Susceptibilidad Percibida	Medio	Medio	Medio
Severidad Percibida	Medio	Medio	Medio
Beneficios Percibidos	Medio Alto	Medio	Medio
Barreras Percibidas	Medio bajo	Medio	Medio
Señales Para La Acción	Medio Alto	Medio	Medio
Motivación Para La Salud	Medio Alto	Medio Alto	Medio
Conducta Saludable	Medio Alto	Medio	Medio

las escalas psicosociales y en la conducta saludable. En la Tabla 2 se muestra en qué percentil se ubicó cada grupo según las 7 escalas de interés.

El grupo 1, conformado exclusivamente por mujeres que se habían realizado citología vaginal, fue el único grupo que tuvo un promedio ubicado en el rango de puntajes medio bajo en la escala de barreras, medio alto en la escala conducta saludable y en motivación para la salud. Las participantes pertenecientes a este grupo, pueden ser caracterizadas a partir de estos resultados, como personas que consideran que los beneficios de la citología vaginal son muy importantes en cuanto a la detección temprana del cáncer de cuello uterino, perciben pocas barreras para la realización del examen, están permanentemente motivadas por su salud y están dispuestas a desplegar varias conductas que les aseguren el mantenimiento de esta condición; posiblemente no dejaron pasar más de un año entre el inicio de la actividad sexual y su primera citología y se habían tomado por lo menos 2 citologías, con una frecuencia anual.

El puntaje obtenido en la escala de motivación para la salud por parte del segundo grupo, conformado por las mujeres que asistieron para solicitar cita de control, se ubicó en el rango medio alto para esta escala; sin embargo, esta valoración de la salud y disposición para involucrarse en conductas saludables no necesariamente se refirió a la conducta saludable de interés, ya que los puntajes obtenidos por este grupo en las demás escalas fueron los mismos que los obtenidos por las personas que pertenecían al grupo tres, contactadas en las demás instalaciones de la universidad.

Los tres grupos obtuvieron un promedio medio alto en la escala de señales, lo que se puede interpretar como

una buena percepción de las señales corporales y las señales externas, p. ej., campañas informativas, como factores que podrían facilitar la realización de la citología vaginal. Las escalas psicosociales referidas específicamente al cáncer de cuello uterino, severidad y susceptibilidad percibidas no variaron entre los grupos, en todos los casos se mantuvieron en el rango de puntajes medios. Las participantes del estudio consideraban el cáncer de cuello uterino como una posibilidad medianamente real, no se percibían más vulnerables que las demás mujeres. Es posible que no contemplaran la existencia de relación entre sus comportamientos y el riesgo de la enfermedad, al tiempo que consideraban que al experimentar la enfermedad, la severidad de las consecuencias sería moderadamente negativa.

Con el fin de establecer si había diferencias significativas entre los promedios obtenidos al comparar a quienes se habían realizado por lo menos una citología y quienes no se habían hecho el examen, se decidió reagrupar a la muestra total de participantes en sólo dos grupos. Las personas que reportaron no haberse realizado la citología, se caracterizaron por tener un promedio medio alto en la escala de barreras, correspondiente a mujeres que valoran las barreras asociadas al examen como más importantes que los factores que podrían facilitar su realización; en señales, obtuvieron un promedio considerado como medio, que corresponde a aquellas mujeres que reconocen las señales internas y externas, sin que éstas se constituyan como elementos suficientes para decidir realizarse el examen. Los puntajes de estas mujeres en la escala de motivación para la salud se incluyeron en la categoría de medio bajo, correspondiente a aquellas mujeres que

consideran que mantener buena salud puede ser algo importante en su vida, pero realmente no están dispuestas a realizar conductas saludables.

Al agrupar a todas las mujeres que habían reportado que se habían realizado citología vaginal por lo menos en una ocasión, se mantuvieron los promedios de puntajes caracterizados anteriormente para las participantes en el grupo 1. Estas mujeres, obtuvieron un promedio de puntaje medio alto en la escala conducta saludable, en la escala de señales para la acción y en la escala de motivación para la salud, y un puntaje medio bajo en la escala de barreras percibidas.

Hasta este punto, se ha hecho evidente la existencia de una relación de asociación importante entre variables psicosociales tales como barreras percibidas, motivación para la salud, señales para la acción, y la realización de citología vaginal. Al dividir a toda la población de la muestra en los cinco rangos de puntajes caracterizados para la escala conducta saludable según los percentiles estimados, se realizó un análisis de diferencia de media mediante tablas ANOVA, donde se encontraron diferencias significativas entre por lo menos dos de los grupos, según los puntajes obtenidos en las escalas de barreras percibidas, señales para la acción y motivación para la salud; como nuevo hallazgo, también se encontró diferencia significativa en el promedio de puntajes en la escala de beneficios percibidos, escala que hasta el momento no había tenido relación relevante al evaluar la dicotomía de realización o no realización de la citología.

Las mujeres que habían tenido relaciones sexuales desde hacía más de un año y no se habían tomado ninguna citología vaginal, tuvieron puntajes bajos en la conducta saludable; se observó que estas mujeres percibían mayores barreras en relación con la citología, y así mismo obtuvieron puntajes bajos en la escala de señales percibidas, relacionados con el desconocimiento de los síntomas o señales que puede emitir su cuerpo y las señales externas que podrían facilitar la toma de la citología vaginal. En la escala de motivación su promedio fue medio bajo, característico de aquellas mujeres que consideran que mantener buena salud puede ser algo importante en su vida, pero no están dispuestas a realizar conductas saludables.

Por otro lado, el grupo de mujeres que obtuvo un promedio alto en la conducta saludable, caracterizado por la realización exitosa de la citología en términos de una frecuencia anual, del número de citologías tomadas desde el inicio de la actividad sexual, y del tiempo

transcurrido desde la última toma (menor a 1 año), también alcanzó un puntaje significativamente más alto en la escala de beneficios percibidos, en comparación con las mujeres de los demás grupos. Asimismo, se ubicaron en el rango de puntaje medio alto en la escala de beneficios, en el que se incluye a las mujeres que consideran que los beneficios de la citología vaginal son muy importantes y efectivos en la detección del cáncer de cuello uterino. La escala de beneficios percibidos aparece muy relacionada con la realización periódica, y consistente de la citología vaginal.

Las personas ubicadas en los rangos de puntajes medio bajo, medio, y medio alto, no mostraron diferencias significativas en los puntajes obtenidos en las escalas psicosociales, por lo que se decidió estimar las correlaciones existentes entre las diferentes variables psicosociales evaluadas y la conducta saludable. Se destacan los resultados del análisis factorial por componentes y las correlaciones observadas según los resultados del estudio descriptivo correlacional.

Los resultados obtenidos mediante correlaciones bivariadas de Pearson, muestran la existencia de correlaciones significativas (intervalo de confianza del 95%) entre la variable de conducta saludable y las variables: edad ($r = .28$), semestre ($r = .27$), barreras percibidas ($r = -.403$), motivación para la salud ($r = .44$), y señales para la acción ($r = .24$). A partir de estos resultados se procedió a establecer si las asociaciones se mantenían a pesar de controlar las variables no incluidas en cada correlación bivariada, para esto se realizaron correlaciones parciales. Las únicas correlaciones que se mantuvieron entre la conducta saludable y las variables psicosociales fueron: conducta saludable y barreras percibidas ($r_p = -.19$), y conducta saludable y motivación para la salud ($r_p = .24$).

Adicionalmente, se realizó un análisis factorial con el fin de establecer un balance de las relaciones existentes entre las variables psicosociales y la conducta saludable (ver Tabla 3). El primer componente extraído es el único que incluye la conducta saludable, variable asociada positivamente a las variables de beneficios percibidos, motivación para la salud y señales para la acción, y de forma negativa a la variable de barreras percibidas. Las personas que obtuvieron puntajes altos en estas escalas psicosociales también obtuvieron puntajes altos en la conducta saludable, mientras que los puntajes más bajos en dicha escala fueron los de personas que obtuvieron altos puntajes en la escala de barreras percibidas.

VARIABLES tales como susceptibilidad y severidad percibidas, aparecieron como independientes de las restantes cuatro escalas del modelo de creencias en salud, y de la realización de la conducta saludable, es decir que la vulnerabilidad percibida y la severidad de las consecuencias negativas de la enfermedad fueron muy similares entre las participantes del estudio, y en ninguna forma facilitaron o dificultaron la realización de la conducta, salvo lo ya analizado sobre los antecedentes positivos de cáncer de cuello uterino en la familia.

DISCUSIÓN

A diferencia de las investigaciones revisadas, en la presente investigación se utilizó la totalidad de factores originalmente propuestos por el modelo de creencias en salud. Se encontró que las variables psicosociales de motivación para la salud y señales para la acción, no incluidas en las investigaciones revisadas, junto con la variable de barreras percibidas resultaron ser las variables que se asociaron significativamente con la realización de la citología vaginal por parte de las mujeres universitarias participantes en el estudio. En correspondencia con las investigaciones mencionadas anteriormente, las barreras asociadas a la realización de la citología vaginal aparecieron como el factor asociado más significativamente con la no realización de dicha conducta saludable.

Las asociaciones observadas entre estas tres variables psicosociales se modificaron al evaluar las correlaciones parciales aislando algunos factores del modelo, lo que permite considerar que la presencia de todos los factores en un mismo momento influyó la relación entre cada par de factores. Estos hallazgos permiten considerar que las posibles correlaciones entre las variables psicosociales propuestas por el modelo de

creencias en salud son el resultado de su confluencia, de manera que la conducta saludable se encuentra simultáneamente relacionada con varias de estas variables, y con las posibles interacciones o asociaciones que se puedan establecer entre ellas, hecho también observado en el análisis factorial por componentes principales. La confluencia e interacción entre las variables psicológicas evaluadas, lo que evidencia en últimas es el carácter multideterminado del proceso salud-enfermedad y del proceso de adquisición y mantenimiento de una conducta saludable en un momento determinado (Godoy, 1999).

La escala de barreras percibidas resultó ser la variable más significativamente relacionada con el fracaso en la realización de la conducta saludable objetivo. Mientras que la variable de beneficios percibidos, mostró estar estrechamente relacionada con la realización exitosa y el mantenimiento de la citología vaginal en términos de número de tomas, frecuencia, edad de inicio de la toma del examen y tiempo transcurrido desde la última citología, hecho que confirma los hallazgos de Aiken y cols. (1994), Brain y Norman (2000), y Eaker y Adami (2001). Los componentes del modelo de creencias en salud se relacionaron de forma diferente con la conducta saludable cuando se evaluó ésta en forma dicótoma, esto es, como la realización o no realización de la citología, y cuando se consideró dicha conducta de una forma más amplia y comprensiva, entendida como la totalidad de factores asociados a la realización exitosa de la citología y a su mantenimiento bajo la forma de un hábito saludable.

Las escalas de susceptibilidad percibida y severidad percibida, que en otros estudios habían mostrado asociación significativa con la conducta saludable investigada (Eaker & Adami, 2001; Aiken y cols., 1994;

Tabla 3
Análisis Factorial con el Método de Rotación Varimax

ESCALAS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
Susceptibilidad Percibida		.900	
Severidad Percibida			.883
Beneficios Percibidos	.425		.410
Barreras Percibidas	-.663	-.323	
Señales Para La Acción	.363	.657	
Motivación Para La Salud	.809		
Conducta Saludable	.797		
% DE VARIANZA EXPLICADA	29.36	19.95	15.44

Blanche & Wasileh, 2001; Austin y cols., 2002; Jirojwong & MacLennan, 2003), no aparecieron relacionadas con la realización de la citología vaginal, salvo al considerar estas variables para las participantes que reportaron antecedentes positivos de cáncer de cuello uterino en su familia; en general, las participantes del estudio no se consideraron especialmente vulnerables al cáncer de cuello uterino o a la posibilidad de experimentar las consecuencias negativas relacionadas con éste. Lo anterior sugiere que estas variables psicosociales pueden estar influenciadas por experiencias previas significativas para las participantes.

Variabes sociodemográficas tales como edad y semestre, mostraron asociación positiva con el desempeño en la conducta criterio, de manera que con el aumento de la edad y del tiempo de permanencia en la universidad, se observó la disminución en las barreras percibidas, y aumento en las señales percibidas y en la motivación para la salud, que a su vez se presentaron en asociación con la realización de la citología vaginal. Se observa cierta modificación de las actitudes y creencias de las participantes en relación con tales variables temporales, modificación que puede ser el resultado de las experiencias vitales y del desarrollo psicológico y sexual de las participantes a través del tiempo.

El hallazgo de diferencias significativas entre las percepciones y creencias de las personas que ya habían iniciado la actividad sexual y las actitudes de quienes no habían tenido relaciones sexuales permite suponer la influencia de esta condición, vida sexual activa, sobre las variables psicosociales evaluadas y sobre la realización efectiva de la conducta saludable.

En referencia a los aspectos susceptibles de posteriores investigaciones empleando este modelo, se encuentra la necesidad de discriminar entre la influencia producida por las señales internas y las señales externas, lo que es importante si se tiene en cuenta que el cáncer de cuello uterino y la infección con VPH son enfermedades asintomáticas en los primeros estadios, hecho que podría ser descuidado si las señales externas para la acción primaran sobre las internas. Igualmente, sería interesante indagar cuál es la forma en la que el conocimiento de los beneficios de la citología se traduce en una actitud positiva hacia el examen, y en la realización exitosa y el mantenimiento del mismo.

A partir de los hallazgos de esta investigación, se considera que para una más completa evaluación de los factores implicados en la realización de la citología vaginal, se requeriría indagar factores no incluidos en

este modelo, así como también factores sociales, contextuales, biológicos y culturales, lo que daría cuenta de la complejidad del proceso salud-enfermedad de interés. Se estima que algunas variables psicosociales tales como autoeficacia, perspectiva de género, toma de decisiones, planeación de la acción, y estrategias de mantenimiento y recuperación en caso de recaídas, no incluidas en el modelo de creencias en salud ni en esta investigación, podrían colaborar en la comprensión de la relación entre factores psicológicos y la realización de esta conducta saludable.

En cuanto a la utilidad de estos hallazgos en el diseño de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad dirigidos a la población universitaria, se propone que más allá de comunicar e impartir conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, sobre sus consecuencias, y de realizar jornadas de toma masiva del examen, se debe procurar una valoración positiva de estas mujeres acerca de su propia salud en general, y de los beneficios de la citología como forma de mantenerla. Asimismo, es importante desarrollar estrategias efectivas en la modificación de las actitudes negativas generalmente asociadas con la toma de la citología vaginal. En dichas intervenciones, también se deben considerar las relaciones existentes entre las variables temporales anteriormente mencionadas y las variables psicosociales referidas a la realización de la conducta saludable.

La realización de la citología vaginal es un comportamiento saludable enmarcado en el amplio terreno de la salud sexual y reproductiva del grupo de mujeres jóvenes, los hallazgos del presente estudio deben ser contemplados como una forma inicial de abordaje de la relación entre determinadas variables psicológicas y la realización de un comportamiento saludable particular, por lo tanto, deben ser contempladas a la luz de una amplia complejidad de posibles relaciones entre tales factores.

REFERENCIAS

- Aiken, L., West, S., Woodward, C., & Reno, R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology, 13*, 122 - 129.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology, 52*, 27-58.
- Austin, L., McNally, M., & 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.

- Blanche, M., & Wasileh, P. (2001). Transcultural adaptation of Champion's health belief model scales. *Clinical Scholarship*, 33, 159 - 165.
- Boyle, P., Maisonneuve, P., & Autier, P. (2000). Update on cancer control in women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70, 263-303.
- Brain, K., & Norman, P. (2000). *An application of the health belief model to the prediction of breast self-examination in a national sample of women with family history of breast cancer*. Medical Research Council, National Health Service R&D Wales. Artículo en línea disponible en <http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/normanb.pdf>
- Braun, V., & Gavey, N. (1999). With the best reasons: Cervical cancer prevention policy and the suppressions of sexual risk factor information. *Social Science & Medicine*, 48, 1463-1474.
- Byrd, T., Peterson, S., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive Medicine*, 38, 192-197.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.). (1996). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Cummings, K., Jette, A., & Rosenstock, I. (1978). Construct validation of the health belief model. *Health Education Monographs*, 6, 394-405.
- Eaker, S., & Adami, H. (2001). Attitudes to screening for cervical cancer: A population-based study in Sweden. *Cancer Causes and Control*, 12, 519-528.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hempling, R. (2000). Lesiones preinvasoras del cáncer del cérvix: Diagnóstico y tratamiento. En S. Piver (Ed.), *Oncología ginecológica* (pp. 85-117). Madrid: Marban.
- Instituto Nacional de Cancerología (2001). *Registro Institucional de Cáncer del I.N.C., Bogotá, 2001*.
- Jirojwong, S., & MacLennan, R. (2003). Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 41, 241-249.
- Koutsky, L. (1997). Epidemiology of genital human papilloma virus infection. *The American Journal of Medicine*, 102, 3-8.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Programa mujer, salud y desarrollo*. Folleto informativo.
- Sheeran, P., & Abraham, C. (1996). The health belief model. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 23-61). Buckingham, UK: Open University Press.
- Winer, R., Hughes, J., & Koutsky, L. (2003). Genital human papilloma virus infection: Incidence and risk factors in a cohort of female university students. *American Journal of Epidemiology*, 157, 218-226.

