

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales Humanidades Y Artes
Facultad de Psicología

CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS DE LA UNAB
RELACIONADAS CON LA TOMA DE LA CITOLOGIA VAGINAL

Trabajo De Grado Para Optar Por El Titulo De:
PSICOLOGO

Coinvestigadores:
Zully Viviana León Cáceres
Mario Andrés Páez Ruiz

Investigadores Principales:
Psicóloga (s) Martha Eugenia Ortega Y Patricia Díaz
Bucaramanga Noviembre de 2005

Creencias en salud en mujeres universitarias I

Tabla de Contenido

CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS DE LA UNAB RELACIONADAS CON LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL	1
Problema	4
Objetivos	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Antecedentes Investigativos	5
Marco Teórico	13
Método	19
Participantes	19
Variables	20
Instrumentos	22
Procedimiento	23
Resultados	23
Discusión	46
Referencias	50

Creencias en salud en mujeres universitarias II

Lista de Tablas

Tabla 1: Caracterización de la muestra según la variable sociodemográfica : Edad.	24
Tabla 2: Caracterización de la muestra según la variable Sociodemográfica: Carrera.	24
Tabla 3: Caracterización de la muestra según la variable Sociodemográfica: Semestre.	25
Tabla 4: Caracterización de la muestra según la variable Sociodemográfica: Estado Civil.	25
Tabla 5: Percentiles para cada una de las escalas psicosociales del modelo de creencias en salud.	26
Tabla 6: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, susceptibilidad.	28
Tabla 7: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, severidad.	29
Tabla 8: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, beneficios percibidos.	29
Tabla 9: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, barreras percibidas.	30
Tabla 10: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, señales para la acción.	31
Tabla 11: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, motivación.	31
Tabla 12: Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, escala criterio.	32
Tabla 13: Descripción de la muestra, según la edad de inicio de la actividad sexual.	33
Tabla 14: Caracterización de la población según la variable: Ha tenido hijos.	33
Tabla 15: Caracterización de la población según la existencia o no de antecedentes de cáncer de cuello uterino, en la familia de participantes.	34
Tabla 16: Caracterización de la muestra según el criterio de realización de por lo menos una citología vaginal.	34

Creencias en salud en mujeres universitarias III

Tabla 17: Caracterización de la muestra según el periodo de tiempo transcurrido desde la realización de la última citología.	35
Tabla 18: Caracterización de las participantes según la frecuencia de realización de la citología vaginal.	35
Tabla 19: Caracterización de las participantes según el resultado de sus últimas citologías.	36
Tabla 20: Caracterización de la población según la variable cada cuanto se toma la citología vaginal, y el rango de edad.	36
Tabla 21: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala susceptibilidad, y la variable sociodemográfica rango de edad.	37
Tabla 22: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala severidad, y la variable sociodemográfica rango de edad.	37
Tabla 23: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala beneficios percibidos, y la variable sociodemográfica rango de edad.	38
Tabla 24: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala barreras percibidas, y la variable sociodemográfica rango de edad.	38
Tabla 25: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala señales para la acción y la variable sociodemográfica rango de edad.	39
Tabla 26: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala motivación para la salud, y la variable sociodemográfica rango de edad.	39
Tabla 27: Descripción de la muestra según los percentiles de la escala conducta saludable, y la variable sociodemográfica rango de edad.	40
Tabla 28: Estadísticos descriptivos para cada una de las siete escalas, analizadas según las medidas de tendencia central.	41
Tabla 29: Correlaciones divariadas entre las variables sociodemográficas de edad y semestre y las siete escalas de interés.	42
Tabla 30: Correlaciones bivariadas entre la variable de historia familiar de cáncer de cuello uterino y las siete escalas.	43
Tabla 31: Correlaciones bivariadas entre las seis escalas del modelo de creencias en salud.	44
Tabla 32: Correlaciones bivariadas entre cada una de las seis escalas del cuestionario de creencias en salud y la escala criterio, (conducta saludable).	45

Tabla de Apéndices

Apéndice A: Cuestionarios del Instrumento Psicometrico

53

Creencias en salud en mujeres universitarias V

Lista de Anexos

Anexo 1: Anova para la comparación de las medias obtenidas en las siete escalas, según las variables del cuestionario sociodemográfico: edad.	54
Anexo 2: Anova para la comparación de las medias obtenidas en las siete escalas, según las variables del cuestionario sociodemográfico: Carrera.	55
Anexo 3: Anova para la comparación de las medias obtenidas en las siete escalas, según las variables del cuestionario sociodemográfico: Semestre.	57

Creencias en salud en mujeres universitarias VI

Resumen

La presente investigación se basa en las consideraciones teóricas y metodológicas, del estudio realizado por la Psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia Diana Carolina Rubio, y tiene como objetivo determinar la relación de las variables psicosociales planteadas por el modelo de creencias en salud de Conner y Norman, con variables de tipo sociodemográfico y con la realización de la citología vaginal, como conducta saludable ante la prevención del cáncer de cuello uterino, en una muestra de 150 mujeres de las carreras de Psicología, Derecho y Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Se hallaron correlaciones importantes entre las variables edad y señales para la acción; y las variables antecedentes de cáncer de cuello uterino y motivación para la salud.

**CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS DE LA UNAS
RELACIONADAS CON LA TOMA DE LA CITOLOGIA VAGINAL**

Uno de los propósitos de aplicar los conocimientos construidos en la labor de reflexión e investigación en Psicología, a diferentes campos de acción social tales como el educativo, el organizacional y el de salud entre otros, es ofrecer respuestas a necesidades concretas y prácticas surgidas en estos campos, orientando la acción al mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos que interactúan en los mismos. Específicamente en el campo de la salud, lo que se pretende con la aplicación del conocimiento psicológico es en primer lugar, mejorar las condiciones en que se encuentra planteado el funcionamiento del sistema de salud social, es decir, la dinámica en que interactúan los programas médicos dirigidos a la comunidad con esta misma; y en segundo lugar, aportar el conocimiento necesario para la comprensión, la descripción, y el manejo de las variables de orden mental y emocional que actúan en los fenómenos de salud y enfermedad, Stone (1988).

En este orden de ideas, la reflexión y la investigación dadas en psicología no deben ser indiferentes ante los problemas de salud pública, que amenazan el bienestar de la población Colombiana, más aún, cuando la problemática se encuentra manifestando tasas de altas proporciones en los índices de prevalencia, incidencia y mortalidad en esta población.

Este es el caso particular del cáncer de cuello uterino, que en el mundo, es el segundo más frecuente precedido por el cáncer de mama. Desde la década de 1960 este tipo de cáncer fue identificado y declarado por la organización panamericana de la salud como un problema prioritario de salud pública en América Latina y el Caribe, al encontrar entre 1962 y 1964 que el 18% de las muertes causadas por cáncer en mujeres eran debidas al cáncer invasor del cuello uterino. Esto se ratifica posteriormente en 1997 cuando la Organización Mundial de la Salud reporta la existencia de altas tasas de prevalencia de cáncer de cuello uterino a nivel mundial. En Colombia el instituto nacional de cancerología, reportó que el cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte

Creencias en salud en mujeres universitarias 2

por cáncer en el país, después del cáncer de estómago, y seguido por el de mama, Montañó; Rubiano; Trujillo, (1991).

En el contexto local de Bucaramanga, según fuentes del registro de defunciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en el año de 1989, se encontró una tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, del 27,9%, registro que varió significativamente entre los años 2000 y 2001 cuando se verificó un total de 3.326 nuevos casos de lesión preneoplásica y neoplásica de cuello uterino en una población de 468.282, mujeres lo cual representa el 35,7% de la población femenina, constituyéndose así como el segundo tipo de cáncer más frecuente en el área metropolitana de Bucaramanga, después del cáncer de seno Ortiz.; Uribe; Díaz, (2004).

Ante esta situación la Psicología de la salud se halla en posición de investigar aquellos factores de orden cognitivo, como son las percepciones y creencias, que se desarrollan en los integrantes de una comunidad específica, con respecto a las prácticas que implican el cuidado de su salud física y el estado de su calidad de vida. Por consiguiente con el fin de lograr una descripción clara de la correlación existente entre la influencia de las creencias asociadas a las prácticas de cuidado y prevención, y las conductas identificadas como factores de riesgo en la aparición del cáncer de cérvix el presente trabajo ha sido realizado en marco del contexto Bumangués con una población de mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, tomando como referentes de guía textual los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos del estudio original, llevado a cabo por la psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia Diana Carolina Rubio León.

La elaboración de un estudio descriptivo correlacional como el que se replica en el presente trabajo, cobra un importante valor en función de la comprensión de las creencias como uno de los factores asociados a las acciones preventivas del cáncer de cuello uterino, ya que particularmente en la ciudad de Bucaramanga, en los archivos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, existen muy poca documentación que indique la relación existente entre prevención de cáncer de cuello uterino y creencias en salud.

Creencias en salud en mujeres universitarias 3

Estas situaciones anteriormente mencionadas, son las que le otorgan la importancia al abordaje mediante el presente estudio, del sistema de creencias tejido en torno a la toma de citología vaginal. Más aún, en consideración de que el contexto de la presente investigación, que para el caso es la Universidad Autónoma de Bucaramanga, cuenta con un departamento de medicina en su dependencia de bienestar universitario, el cual en la actualidad registra dos situaciones que se contemplan en la presente investigación. En primer lugar, en los archivos de este departamento médico, existe un porcentaje que varía entre un 30% y un 40% de citologías sin reclamar, las cuales en su mayoría se realizan no como resultado de una acción de rutina en favor del cuidado de la salud, sino como respuesta a alguna anomalía ya presente; Y en segundo lugar, la ausencia de programas de prevención efectivos ante esta negligencia en el cuidado de la salud, por causa del desconocimiento existente al respecto de la naturaleza psicológica de estos factores de riesgo.

Ante esta necesidad identificada en el contexto universitario, los resultados del presente estudio, se hallan en condición de aportar a la labor del departamento médico de bienestar universitario, elementos de comprensión al respecto de las creencias en salud, relacionadas con la toma de la citología vaginal y con la prevención del cáncer de cérvix, a partir de los cuales se podrán diseñar estrategias efectivas de promoción del cuidado de la salud las cuales apunten con precisión a la raíz del problema, y así mismo, brinden espacios de educación donde formar e instruir al estudiantado en el ejercicio de prácticas de estilos de vida saludable.

Por último, los resultados de la presente investigación se encuentran proyectados a enriquecer y posibilitar los avances en términos de comprensión y descripción de los fenómenos de construcción de estilos de vida, mediante la práctica de acciones saludables y no saludables y sus implicaciones dentro de los trabajos realizados desde la psicología de la salud, específicamente en el estudio de la experiencia de calidad de vida.

Creencias en salud en mujeres universitarias 4

Problema

Los registros médicos del departamento de Bienestar Universitario de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, reportan; En primer lugar, que el 100% de las mujeres que acuden a consulta externa para realizarse el examen de citología vaginal, no lo hacen de manera preventiva, sino a causa de la percepción de señales o anomalías. Y en segundo lugar, que de la totalidad de las citologías realizadas en las jornadas de salud, solo el 47.6% son reclamadas por quienes solicitan el examen.

Teniendo en cuenta lo anterior y tomando como referencia que la ausencia de información precisa en los archivos médicos del departamento médico de bienestar universitario y la biblioteca de la de la Universidad Autónoma, imposibilita la comprensión de los factores psicosociales, relacionados con la práctica de conductas saludables, (específicamente la toma periódica de la citología vaginal), el presente estudio plantea como problema de investigación lo siguiente:

¿Qué relación existe entre las variables psicosociales planteadas por el modelo de creencias en salud: percepción de susceptibilidad, percepción de severidad, beneficios percibidos, barreras percibidas, motivación para la salud y señales para la acción; y la realización de la citología vaginal?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación de las variables psicosociales planteadas por el modelo de creencias en salud: Percepción de susceptibilidad, percepción de severidad, beneficios percibidos, barreras percibidas, motivación para la salud, señales para la acción; y la realización de la citología vaginal, en una muestra de mujeres de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Objetivos Específicos

Replicar la batería de pruebas psicométricas construida por Diana Rubio León, conformada por los siguientes instrumentos: a) cuestionario; b) cuestionario de autorreporte que permita evaluar las variables psicosociales propuestas por el modelo de creencias en salud de las mujeres universitarias; c)

Creencias en salud en mujeres universitarias 5

cuestionario de factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino; d) cuestionario de información específica sobre la realización de la citología vaginal.

Caracterización de la población de mujeres participantes, en cuanto a variables sociodemográficas, variables psicosociales relacionadas con el modelo de creencias en salud, variables relacionadas con factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, y variables referidas a la realización de la citología vaginal.

Identificar las relaciones de las variables psicosociales, propuestas por el modelo de creencias en salud, y las variables relacionadas con la realización de la conducta saludable por parte de las participantes.

Antecedentes Investigativos

Uno de los temas que en el contexto de las investigaciones realizadas en psicología de la salud más ha causado interés en las últimas décadas, es el de los modelos de creencias relacionados con hábitos de conducta referentes al buen uso del sistema de salud social. La naturaleza de dicha inquietud radicó hasta el año de 1979 en la ausencia de investigaciones exitosas que diesen cuenta de la correlación existente entre dichos factores de los cuales se sospechaba una interrelación bastante significativa, Harris y Guten (1979); Rosenstock (1974), citados por Stone (1988). Hasta entonces los estudios existentes y realizados desde Francia, extendidos por Europa y posteriormente realizados en el continente americano, guardaban la pretensión de entender la naturaleza y los contenidos de las representaciones sociales existentes en torno a los constructos de salud y enfermedad, Herzlich (1969), citado por Álvarez (2002).

Por tanto, desde la mencionada fecha se ha incrementado el número de estudios que buscan esta correlación; ahora, el giro que ha dado la realización de estas investigaciones ha consistido en redefinir la perspectiva desde donde se aborda el modelo de creencias de tal manera que sea posible ponerlo en el contexto de un trabajo que permita una clara elucidación de esta correlación lo

Creencias en salud en mujeres universitarias 6

cual ha resultado tener una muy alta significación como lo muestran los siguientes ejemplos.

Proshaska en investigaciones realizadas en 1987 encontró que cuando los individuos presentan creencias a las que atribuyen las causas de sus síntomas, como por ejemplo a la edad y no a una enfermedad como tal, muestran menos interés por su salud y tienden a retardar la utilización del servicio prestado por el sistema de salud social, Proshaska (1987), citado por León. (2003).

Entre los años de 1996 y 1998, estudios realizados por dos investigadores titulados de la universidad de Buckingham, encontraron que el uso del servicio del sistema de salud social se hallaba en las personas mediatizado por factores de orden demográfico y social. Dentro de los factores de orden social sobresalen aspectos referidos, específicamente a los modelos de cognición social, tales como son las creencias que según fue demostrado en estos estudios juegan un papel de suma relevancia en la práctica de conductas saludables.

El objetivo en común al que apuntan estas investigaciones es el de dar respuesta a necesidades surgidas de la prevalencia y la incidencia de enfermedades, diseminadas en medio de poblaciones donde tal estado pone en alto riesgo las condiciones de salud pública; así mismo, estas investigaciones tienen como objetivo la implementación de programas de prevención, en lugares donde no son claras las causas últimas de las conductas que propician las condiciones de enfermedad de las que se sospecha son de naturaleza psicológica.

En este orden de ideas ha cobrado gran importancia para la investigación en psicología de la salud, la relación existente entre las creencias que potencian u obstaculizan conductas saludables, y la creciente tasa de prevalencia e incidencia del cáncer de cuello uterino que en los últimos 20 años, Boyle y Cois (2000), ha sido considerado a nivel mundial como el segundo tipo de cáncer más frecuente después del carcinoma de mama. Cerca del 80% de los tumores malignos del cuello uterino registrados en el mundo se encuentran en mujeres de los países en desarrollo, Bueno; Rubiano; Trujillo, (1991). A este punto ya se

habla de una problemática que implica riesgos de altas proporciones en la salud pública.

El trabajo de investigación elaborado desde 1962 por la Organización Panamericana de la salud en conjunto con la organización mundial de la salud, estableció que en las ciudades Latinoamericanas que participaron en sus estudios el 18% de las muertes en mujeres por causa del cáncer, eran causadas por cáncer invasor de cuello uterino. Según esta cifra la tasa de mortalidad por causa de este tipo de enfermedad en América latina y en el Caribe, es la más alta del mundo, Bueno; Rubiano; Trujillo, (1991).

A nivel internacional el estado de esta problemática de salud pública, abarca las proporciones mencionadas en los siguientes estudios.

Franco; Villa; Rohan; Ferenczy, (1999), en un estudio longitudinal realizado entre Noviembre de 1993 y Marzo de 1997 con 2.528 mujeres entre los 18 y 60 años, de la ciudad de Sao Pablo, Brasil, reveló que al igual que en el resto del mundo, el virus del papiloma humano (VPH) es la causa prevalente en la gestación del cáncer de cuello uterino y por tanto, la inexitosa realización de campañas en torno a la toma del examen de citología vaginal y la realización inadecuada de este mismo examen, es la causa del fortalecimiento de la prevalencia e incidencia de este tipo de cáncer en Brasil, donde el 80% de la población estudiada carece de la educación necesaria para llevar a cabo estilos de vida saludables respecto a sus conductas sexuales y a la práctica de hábitos que posibiliten el cuidado de su salud en general. De ésta manera los aspectos sociodemográficos fueron también en el presente estudio identificados como elementos que posibilitan un alto nivel de riesgo para la gestación de este tipo de cáncer. Otro de los aspectos relevantes que este estudio colocó en evidencia, fue la importancia de promover investigaciones alrededor del mundo que apunten a revelar la naturaleza del virus del papiloma humano.

Al respecto un estudio longitudinal realizado por espacio de un año, entre 1993 y 1994, y un estudio prospectivo de siete años en una población de 10.000 mujeres de 18 a 97 años de Guanacaste, Costa Rica, pretendía describir el rol del virus del papiloma humano en el desarrollo del cáncer de

cuello uterino dado en el contexto de las provincias rurales de Costa Rica. Los investigadores aquí involucrados encontraron que efectivamente a largo plazo el virus del papiloma humano en la mayoría de los casos en que éste se presenta, culmina en el desencadenamiento de un cáncer de cuello uterino.

De lo anterior surge la necesidad de promover programas que velen en su implementación por la detección temprana del VPH mediante el examen de tamizaje de la citología vaginal, ya que según el estudio en mención la detección temprana de esta anomalía de salud puede llegar a modificar su peligroso desenlace, Bratti y Otros; (2004). Una investigación paralela a esta en Brasil complementa dicho hallazgo en un estudio realizado por Dias de Costa; Berenhausen; Manzolli y Moreira, (1998), pone en evidencia la efectividad del examen del tamizaje para la detección temprana de esta anomalía, pues desde el año de 1990 y durante los siguientes 3 años en Rio Grande do sul, se hizo posible hallar diferencias significativas en la incidencia de cáncer de cuello uterino entre aquellas clases sociales que accedían a dicho examen y las que no acudían al mismo.

Estudios más recientes realizados en Brasil por los médicos investigadores Temes de Quadros; Gomes y Días de Costa, (2004), han demostrado la efectividad de un programa de prevención de cáncer de cuello uterino implementado a partir de la incidencia del mismo que en Brasil para el año 2000 reportaba alrededor de 468.000 casos nuevos y a nivel mundial 233.000, siendo esta la causa del 10% de las muertes femeninas a nivel mundial y el 50% de las muertes femeninas en Brasil según estudios del 2001 del investigador médico Parkin, citado por Temes de Quadros; Gomes y Días de Costa, (2004). El éxito de la implementación de tal programa radicó en los esfuerzos realizados desde las políticas de salud pública para educar a una numerosa población focal de mujeres entre los 19 y 20 años para el uso de exámenes de implementación propia y exámenes aplicados en consultas médicas por los cuales sea posible la detección de factores potencialmente causales de cáncer de cervix, como también en prácticas de cuidado para prevenir dicha enfermedad. En otra población focal de mujeres entre los 25 y 59 años la labor que se llevó a cabo,

consistió en promover las prácticas de cuidado y detección precoz que eran ya conocidas por la mencionada población. Dichas acciones de prevención lograron reducir las posibilidades de la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer en una estimación aproximada del 60%.

Otros estudios que corroboran las magnitudes de esta problemática en el contexto Brasileiro, se publicaron en el año 2000, bajo la coordinación de los investigadores médicos, Correa; Carneiro; Rodríguez; Stávale; Baruzzi, (2000), donde concluyen que la población indígena de Brasil presenta altos niveles de prevalencia del cáncer de cuello, debido a la falta de promoción en torno a conductas de prevención.

En otros escenarios de orden internacional, (específicamente en la frontera de Estados Unidos con México), identificados como focos de estudio por los altos niveles de mortalidad, debido a la propagación del cáncer de cuello uterino, se trabajó con una población 2.626 mujeres provenientes de los estados de Arizona y Sonora, México, entre los años de 1997 y 1998 se hallaron las siguientes dos conclusiones de acuerdo a este fenómeno: En primer lugar, aspectos de orden socio-demográfico tales como el contexto cultural de procedencia que implica un conjunto de costumbres al respecto del cuidado de la salud sexual, se encuentran en asociación directa con la propagación de dicha problemática. Este hecho fue evidenciado al hacer notar que las tasas existentes de este tipo de cáncer en esta frontera, se hallaban en significativa correlación con los registros de migraciones de un lugar a otro. Lo relevante en cuanto a este primer punto consiste en que se ha comprobado cómo estos aspectos de la dinámica de orden socio-demográfico, relega en la población afectada, el cuidado de la salud a un segundo plano.

Y en segundo lugar, la posibilidad de acceder a acciones pertinentes con respecto al cuidado de la salud sexual, tales como la toma del examen citológico, que permiten la detección temprana del cáncer de cérvix por causa del virus del papiloma humano. Para este contexto dicho examen de tamizaje tuvo una efectividad de en un 11.4% en la población estudiada en Sonora México, y en un 6.6% en Arizona, Giuliano.A; y Otros, (2001).

En el contexto Colombiano la problemática en cuestión no goza de menores proporciones de gravedad que en el resto del mundo. En Colombia el cáncer de cuello uterino constituye la segunda causa de muerte por cáncer, estando en primer lugar el cáncer de estómago; aunque específicamente en la ciudad de Calí según el registro poblacional de cáncer entre los años de 1991 a 1997, se presentó una leve tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por esta causa frente al cáncer de mama, reportando cifras de mortalidad de 42,6 X 100.000 en cáncer de cuello uterino y 47,5 X 100.000 en cáncer de mama aunque en el país persistían cifras de mortalidad de 18,2 X 100.000 y 14,2 X 100.000 respectivamente.

Este mismo estudio efectuado entre el periodo de tiempo ya antes mencionado, reveló que dichas cifras se hallaban en directa correlación con la incidencia y prevalencia del virus del papiloma humano (HPV) cuya detección temprana en la mayoría de los casos, no ha sido posibilitada por factores de orden socio-demográficos que su vez propician conductas sexuales de alto riesgo, principalmente, la negligencia ante la realización de pruebas médicas de tamizaje como lo es la citología vaginal, Bueno; Rubiano; Trujillo, (1991).

Información recopilada por el Instituto Nacional de Cancerológica durante el transcurso del año 2000 pone en evidencia que el cáncer de cérvix es la patología maligna más frecuente en la mujer en Colombia, Globocan (2000), citado por Gaitán; Rubio y Eslava, (2004). En un estudio transversal realizado por estos mismos investigadores se pone en relieve la importancia de mejorar la implementación y efectividad de los programas de prevención y reducción de cáncer de cuello uterino, mediante la realización de evaluaciones citológicas de mejor calidad tanto en su realización como también en el proceso de comunicación de resultados al paciente y su respectivo seguimiento; ya que dicho estudio, reveló que en pacientes entre las edades de 15 a 75 años atendidas entre enero de 1999 y Diciembre de 2003 en la consulta de patología cervical y colposcopia de la clínica piloto profamilia de Bogotá, la incidencia de cáncer de cérvix ajustada por edad es del 34 x 100 mil, lo que la sitúa en el grupo Intermedio en Latinoamérica menor que México y Venezuela, similar a la

de Brasil y superior a Chile, Argentina y Puerto Rico. Además, se reconoció la lesión intraepitelial cervical como la lesión precursora del cáncer de cérvix, Gaitán; Rubio y Eslava, (2004).

Específicamente en la ciudad de Bucaramanga, un grupo de médicos docentes de la Universidad Industrial de Santander publicaron en el año 2000 en la revista médica UIS de Abril a Junio, un estudio descriptivo retrospectivo donde trabajaron a partir de 2.800 historias clínicas de pacientes que acudían a consulta a la unidad de oncología del HURGV, donde llevaron a cabo un registro y una demarcación de la zona de mayor incidencia de cáncer en la ciudad, entre los años de 1990 a 1995, y determinaron el carácter de clasificación de las neoplasias malignas de esta zona. Esta investigación puso en relieve la importancia de generar programas de prevención del cáncer de cuello uterino, ya que en la ciudad de Bucaramanga, esta anomalía de salud ocupa el nivel más alto de incidencia frente a otros tipos de cáncer (Cáncer de mama, de estómago y de piel entre otros). De la población estudiada se hallaron 689 mujeres afectadas por este tipo de cáncer. Dichos programas de prevención incluirían la promoción de estilos de vida saludables donde la población en riesgo acuda periódicamente a los exámenes pertinentes de tamizaje, Castro; Cobos; Corzo; Forero; Insuasty, (2000).

Las investigaciones que han correlacionado modelos de creencias con conductas saludables al respecto de esta problemática, han hallado lo siguiente:

En Septiembre de 2004, en la publicación electrónica del boletín del comunicado "Perfiles Psicológicos", en una entrevista realizada por Paz Martínez a la profesional Rosario Valdes, se expone como resultado de las investigaciones hechas por esta última realizadas con mujeres de Chihuahua, México, (donde la mortalidad por causa del cáncer cervicouterino ocupa el tercer lugar como causa del descenso de la población femenina entre los 30 y 65 años), que los factores de orden psicosociocultural, en específico las creencias asociadas a la percepción de susceptibilidad y las creencias asociadas a las barreras percibidas ante la posibilidad de prevenir esta

enfermedad, determinan en dichas mujeres la negligencia o ejecución de acciones orientadas al cuidado de su salud a este respecto. Por ejemplo, en mujeres que creen que el cáncer de cuello uterino es algo que nunca van a sufrir (susceptibilidad percibida) o que por ser un castigo de naturaleza divina, nada pueden hacer para su evitación (Barreras Percibidas), se presenta una total negligencia ante las mínimas acciones de cuidado en su comportamiento sexual y la asistencia a los controles médicos de rutina y tamizaje útiles para la detección y tratamiento precoz de esta enfermedad. De esta manera se concluye en los estudios realizados en México por Vaca y Valdez, (2003 y 2004), con el apoyo del instituto nacional de salud de México, que las creencias constituye uno de los potenciales factores de riesgo psicosociocultural más relevantes asociados a esta problemática de salud pública.

Por último, recientemente, en un estudio descriptivo correlacional, realizado con 110 mujeres entre los 18 y 27 años, estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia determinó la correlación existente entre las variables psicosociales y sociodemográficas propuestas por el modelo de creencias en salud de Conner y Norman (1998) con la realización de la citología vaginal, se encontró lo siguiente:

Ante la acción preventiva de la realización periódica de la citología vaginal, variables sociodemográficas como la edad, el semestre universitario y la edad de iniciación de la actividad sexual mostraron correlaciones positivas con las variables psicosociales del modelo de Conner y Norman de motivación para la salud, barreras percibidas y conducta saludable. A diferencia de esto, la variable sociodemográfica de la carrera de la estudiante no mostró correlación alguna con las variables psicosociales del modelo en cuestión, al no haberse hallado diferencias significativas al realizarse la comparación estadística de los promedios obtenidos de las participantes según las carreras que cursaban, Rubio y Restrepo, (2004).

Creencias, Salud y Citología

Los puntos que a continuación se desarrollan en este marco teórico son en su respectivo orden, los siguientes; la definición del constructo de creencias, su relación con el cuidado de la salud, y por último su influencia en el ejercicio de la toma periódica del examen de citología vaginal.

Creencias

La creencia es el constructo hipotético que referido al contexto de la psicología cognitiva y social, da cuenta del conjunto de información subjetiva que una persona atribuye en un proceso de caracterización a un objeto o suceso específico; esta atribución implica un componente de afinidad emocional con tal información, que posibilita en el sujeto una experiencia de seguridad, certeza y convicción al respecto de la caracterización que elabora, Fishbein y Ajzen (1975), citado por Perlman y Cozby (1985).

Otra de las propuestas que definen este constructo la expone Serge Moscovici, quien afirma que las creencias son representaciones ideológicas resultantes de esquemas cognitivos, cuya formación obedece al procesamiento cognitivo de orden superior que un sujeto elabora de su experiencia con su realidad social, Moscovici (1986).

Desde estas dos propuestas, las creencias, en su proceso de formación pueden corresponder a dos fuentes. En primer lugar, y en la definición citada por Perlman y Cozby (1985), obedecen al procesamiento cognitivo, que un individuo efectúa sobre la información que percibe, memoriza y razona al respecto de una experiencia normativa o no normativa, presente en el desarrollo de su experiencia de vida. En segundo lugar, desde las consideraciones de Moscovici (1986), a este procesamiento cognitivo reconocido ya por Perlman y Cozby en la formación de las creencias, se suma otro elemento más, la experiencia directa con la realidad social.

En este orden de ideas, Moscovici detalla el caso de las premisas que gozan de la aceptación común en el contexto de un grupo social específico, esta aceptación a su vez es producto de la tradición que se impone en la historia de tal comunidad, y por ende pasa a ser parte sin un amplio margen de

cuestionamiento, de las proposiciones con que ciertos individuos elaboran los juicios que van a concluir en la configuración de sus creencias.

Otro de los aportes que enriquecen las propuestas de Moscovici, son las investigaciones de carácter experimental que ha realizado el psicólogo David Myers del Hope Collage de EE.UU., en el área de la psicología social; en las cuales ha abordado en estudios de tipo transversal la exploración de los juicios que determinan la configuración de las creencias vigentes en los miembros de diversas comunidades norteamericanas. Estos trabajos de investigación han desembocado en la conclusión de que muchas de las creencias que sostienen los miembros de las comunidades estudiadas, son producto de la influencia ejercida por la ideología socialmente aceptada en su medio, pese a que la mayoría de estas personas niegan la existencia de tal influencia, Meyrs (1987).

Ninguna de las fuentes identificadas ante el surgimiento de una creencia supone la eliminación de la otra, por el contrario, tales fuentes sirven a un proceso de formación complementario en el que la personalidad del individuo va a determinar a cual de estas dos fuentes atribuye mayor influencia en la consolidación de sus creencias, Moscovici (1986).

Seguido de su proceso de formación y fortalecimiento, las creencias se constituyen en un influyente elemento en el desencadenamiento de otros procesos psicológicos de orden más complejo que terminará por retroalimentar la existencia de otros constructos de naturaleza psicológica. Por ejemplo, la consolidación de la actitud, Meyrs (1987).

La actitud esta definida en psicología cognitiva como la disposición negativa o favorable de carácter afectivo y cognitivo, con que un sujeto determinado se prepara para asumir una circunstancia u objeto específico, Ben (1970) citado por Perlman y Cozby (1985).

La importancia que cobra la influencia de las actitudes en el proceder de la acción humana radica en que este constructo da cuenta del punto en donde un proceso tal como el razonamiento o el procesamiento de información, se encuentra con una experiencia emocional como la motivación, para determinar

el curso de la acción que se pretenda según sus circunstancias de contexto, Perlman y Cozby (1985).

Recientes investigaciones citadas por Ajzen citado por Rubio, (2004), proponen que los componentes afectivo y cognitivo de la actitud influyen significativamente en la valoración del atributo que se le adjudica al objeto, aunque pueden llegar a diferir en su accesibilidad; tal como sucede en casos específicos de la vivencia cotidiana en los que el componente afectivo y el cognitivo sobre un mismo objeto son opuestos, en tal caso tiende a predominar el componente de orden afectivo.

De todos estos hechos señalados, la conclusión es la siguiente; las creencias configuran los juicios en medio de los cuales un objeto es vinculado en un proceso de atribución a un conjunto de información subjetivamente elaborada como resultante del procesamiento cognitivo de una persona, que a su vez resulta de una elaboración interna de la información o de una experiencia de tal persona con su medio social, este juicio posibilita una disposición determinada que se tiende en favor o en contra de tal objeto, determinando la acción que este ha de suscitar.

La conclusión anterior permite abordar a continuación la importancia que dentro de las investigaciones en psicología de la salud, han cobrado modelos teóricos como el expuesto por Conner y Norman (1988) para determinar la correlación existente entre algunas creencias específicas, y las conductas que ponen de manifiesto la negligencia o el cuidado por el bienestar de la salud.

Creencias en el cuidado de la salud

El modelo de creencias en salud fue desarrollado en el ámbito de la salud pública en Estados Unidos por Rosenstock y Becker a mediados de la década de 1959, como un método para entender los factores asociados con la participación de las personas en exámenes para la tuberculosis. Sheeran, & Abraham, (1996), citados por Rubio (2004).

Entre los antecedentes del modelo se puede destacar el aporte de Hochbaum citado por Rubio, (2004), quién estudió la adherencia de pacientes con tuberculosis a los exámenes con rayos x. Encontró que la susceptibilidad

percibida frente a la enfermedad era diferente entre quienes se realizaban el examen, y quienes no lo hacían.

El modelo de creencias en salud fue consolidado hacia 1977 por Becker Conner y Norman, (1996), en el cual sostiene que los efectos de las variables sociodemográficas se encuentran mediados por variables psicosociales o creencias, susceptibles de modificación Sheeran y Abraham, (1996).

La existencia de evidencia clara de que los factores sociodemográficos, no susceptibles de modificación mediante programas de educación en salud, tales como estrato socioeconómico, género, raza y edad, afectan la magnitud en que la gente adopta comportamientos saludables o hace uso de los servicios de salud, pone de presente la necesidad de identificar la forma en que dichas variables demográficas producen diferencias individuales en cuanto a la propensión a realizar conductas preventivas. Sheeran y Abraham, (1996).

El modelo de creencias en salud intenta predecir la probabilidad de la adquisición y realización de comportamientos saludables en términos de ciertos patrones de creencias, consideradas en el origen del modelo como características perdurables del sujeto que determinan su comportamiento y pueden ser adquiridas a través de la socialización primaria tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables o de riesgo; incluyendo factores asociados con el cambio y el mantenimiento del comportamiento. (Sheeran, & Abraham, 1996).

Por otra parte este modelo mantiene que la percepción que una persona tiene sobre la conducta saludable está influenciada por tres factores: valoración general e interés por la salud, creencias en salud específicas acerca de la propia vulnerabilidad a una amenaza particular para la salud, y creencias acerca de las consecuencias de un problema de salud. (Sheeran, & Abraham, 1996).

El modelo de creencias en salud presenta unos componentes que pueden ser descritos de la siguiente forma. (Conner y Norman, 1988):

CNAE 8851-10-01

a) Susceptibilidad percibida, referida a la propia percepción de un individuo sobre la probabilidad de experimentar una situación que puede afectar negativamente su salud; b) severidad percibida, que se refiere a las creencias que la persona mantiene sobre las consecuencias relacionadas con la enfermedad y con las dificultades que esta le puede provocar; c) beneficios percibidos en relación con la realización de la conducta saludable; d) barreras percibidas, relativas a la consideración negativa de una conducta saludable como inconveniente, costosa, displacentera, entre otras; e) señales para la acción, considerada como los desencadenantes internos o externos de la acción; f) motivación para la salud, que determina la disposición de los individuos para comportarse saludablemente en consideración a la valoración que este tenga sobre la salud. Rubio (2004).

Citología y Creencias en Salud

Uno de los componentes de un estilo de vida saludable, es la acción de generar conductas propias para la prevención de la enfermedad. Específicamente, ante la actual propagación del cáncer de cuello uterino, una de estas conductas consiste en la toma periódica del examen de citología vaginal.

Este es un examen de tamizaje de alta sensibilidad, que consiste en tomar una pequeña muestra de tejido del cuello del útero, para posteriormente someterla a un análisis con el fin de identificar si hay o no presencia de células anormales o cancerosas. Su realización obedece al proceso de ensanchar la vagina a través de un instrumento de plástico o metal denominado espéculo, el cual ayuda a examinar la vagina y el cuello uterino tomando una muestra de células y moco del cuello uterino y la zona circundante. Estas células se colocan en un portaobjetos y se envían al laboratorio a fin de examinarlas y detectar la presencia de células anormales.

Las condiciones de aplicación que se dan en medio del examen de citología vaginal, han suscitado prejuicios socialmente aceptados, mas no públicamente reconocidos, que se han constituido como factores que nutren un conjunto de creencias que conllevan a la resistencia y renuencia ante el examen pese a la

cantidad de información educativa a cerca de los beneficios que este implica, y así mismo, pese a los múltiples reportes difundidos donde es posible considerar el número de muertes causadas por el cáncer de cuello uterino, que en la actualidad es estimado como un problema de salud publica a nivel mundial.

Tales creencias, propician condiciones para una disposición desfavorable ante el examen, en la cual los referentes cognitivos y emocionales de una persona se conjugan en una actitud que se orienta a la acción de proceder con negligencia ante el cuidado de la salud.

La Psicología de la salud hace referencia al conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la Psicología, relativas a la promoción prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como el análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, consistentes en la investigación de la importancia de los factores comportamentales en la preservación de la salud (y en la generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control y modificación de los mismos. Godoy (1999), citado por Rubio, (2004).

En este sentido, la labor pretendida por la Psicología de la salud consiste en elucidar los componentes de orden psicosocial involucrados en el fenómeno a abordar. Es decir, los factores de orden psicológico que fortalecen las conductas no saludables en las que se disemina la negligencia ante la realización de la citología vaginal, y que obedecen principalmente a directrices de orden cognitivo tales como las creencias y actitudes, Álvarez J. (2002). Estos factores psicológicos se retroalimentan socialmente, por lo cual son considerados como factores de orden psicosocial, Conner y Norman (1998), y por lo general suelen estar correlacionados con otros factores de orden sociodemográficos. Es decir, la edad, el nivel de escolaridad y la posibilidad compartida debido a las posibilidades de contexto de acceder a la vivencia de ciertas experiencias, son en muchas circunstancias condiciones de posibilidad donde se gestan soportes cognitivos que a su vez disponen a una población determinada para la practica de estilos de vida matizados por descuidos de la

salud tales como la negligencia y resistencia ante los cuidados periódicos que la citología vaginal precisa.

Método

Para abordar el problema planteado se realizó un estudio de las siguientes características: Exploratorio, debido a que no se encontraron investigaciones previas realizadas con la población femenina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga en las que se encontrara la relación de las creencias en salud y la toma de la citología vaginal. Descriptivo, porque se tiene el objetivo de caracterizar la población de participantes según las variables evaluadas; y correlacional porque se tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre las diferentes variables evaluadas y la realización de la citología vaginal.

Participantes

El número total de participantes del estudio fue de 150 mujeres estudiantes activas de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, distribuidas de la siguiente forma: 50 mujeres estudiantes de la facultad de Psicología, 50 mujeres estudiantes de la facultad de Derecho, y 50 mujeres estudiantes de la facultad de Medicina, con el fin de construir una muestra en las que se incluyeran tanto personas que probablemente se habían realizado por lo menos una citología, como también personas que posiblemente no se la habían realizado. Todas las participantes fueron contactadas individualmente dentro de las Instalaciones de la institución, y seleccionadas a partir de los siguientes criterios. (Propuestos en el estudio original de Diana Carolina Rubio León).

Criterio A: mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga que se encontraran a la fecha del estudio, cursando entre tercer y séptimo semestre en las facultades de psicología, derecho y medicina.

Criterio B: mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, pertenecientes a los programas de psicología, derecho y medicina, que tuvieran a la fecha del estudio entre 18 y 27 años de edad.

Criterio C: mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, pertenecientes a los programas de psicología, derecho y medicina, que hubieran iniciado las relaciones sexuales a la fecha del estudio.

Variables

Variables sociodemográficas:

Edad: Años cumplidos por la participante.

Semestre: Número de semestres de permanencia en la Universidad como estudiante activa.

Estado civil: Soltera, casada, viuda, divorciada o unión libre.

Variables Psicosociales:

A partir del modelo de creencias en salud, se abordan las siguientes variables:

Susceptibilidad Percibida: Referida a la propia percepción de un individuo sobre la probabilidad de experimentar una situación que pueda afectar negativamente su salud, operacionalizada para efectos del presente estudio como, la percepción de las participantes sobre la probabilidad que tienen de desarrollar cáncer de cuello uterino en caso de no realizar la conducta preventiva, es decir, en caso de no tomarse la citología vaginal. Esta variable se refiere también a la vulnerabilidad y al riesgo percibido por las participantes en relación con esta enfermedad.

Severidad Percibida: Se refiere a las creencias que la persona mantiene sobre las consecuencias relacionadas con la enfermedad y con las dificultades que esta le puede provocar, esta variable fue operacionalizada en el presente estudio como las creencias de las participantes, referidas a las consecuencias del cáncer de cuello uterino, y la forma en la que la enfermedad podría afectar negativamente su desempeño y bienestar.

Beneficios Percibidos: Se refiere a los beneficios en relación con la realización de la conducta saludable, se referida en la investigación a las ganancias que perciben las participantes con respecto a la realización de la citología vaginal, como conducta saludable que podría reducir la probabilidad de experimentar las consecuencias negativas del cáncer de cuello uterino.

Barreras Percibidas: Relativas a la consideración negativa de una conducta saludable como inconveniente, costosa, displacentera entre otras que la hacen poco atractiva para la persona, operacionalizada en la presente investigación como los obstáculos percibidos, en relación con la realización de la citología vaginal; ya que esta puede ser considerada como dolorosa, incómoda, costosa, poco placentera, de difícil acceso, estas se constituyen como creencias que disminuyen la probabilidad de realizar la conducta preventiva.

Señales para la Acción: Considerada como desencadenantes externos o internos de la acción, relacionada en la presente investigación con la existencia de desencadenantes o hechos que propician la realización de la citología vaginal; Estas claves pueden ser externas a las participantes: Campañas realizadas por los servicios de salud, programas informativos, invitaciones para participar en jornadas de prevención; o internas: Síntomas o signos físicos de malestar, anormalidades en el área vaginal o genital.

Motivación para la Salud: Determina la disposición de los individuos para comportarse saludablemente en consideración a la valoración que este tenga sobre su salud, en el presente estudio se refiere a la disposición de las participantes para involucrarse, interesarse y preocuparse por las cuestiones relacionadas con su estado general de salud, y por prevenir cualquier enfermedad.

Factores de Riesgo:

Se indaga por la presencia de factores que en la investigación en la cuál se basa la presente réplica, son considerados de riesgo para la aparición de cáncer de cuello uterino. Que para tal efecto son los siguientes:

Haber iniciado la actividad sexual.

Edad de inicio de la actividad sexual.

Haber tenido hijos.

Número de hijos.

Edad a la cual se tuvo al primer hijo.

Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino.

Realización de la citología vaginal

Se considera la variable criterio, propuesta con el fin de obtener el autorreporte de las participantes sobre aspectos relacionados con la realización de la conducta saludable:

Haberse realizado por lo menos una citología vaginal.

Fecha de la realización de la primera citología.

Número de citologías realizadas.

Fecha de la realización de la última citología.

Frecuencia de la realización de la citología

Resultados de las citologías realizadas.

Número de citologías realizadas en el servicio estudiantil de la universidad.

Asistencia a las jornadas de toma de citología realizadas por bienestar universitario.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico: Su objetivo es recoger información sobre las variables sociodemográficas, edad, semestre y estado civil, compuesto por cuatro ítems, donde cada uno corresponde a las variables sociodemográficas de interés.

Cuestionario de Autorreporte: Cuestionario de autorreporte para evaluar las variables psicosociales entorno al cáncer de cuello uterino y a la citología vaginal, titulado: Cuestionario de Creencias en Salud en Mujeres Universitarias. Compuesto por 44 ítems, como se muestra en el Apéndice A; los cuales se distribuyen en 6 escalas que corresponden a cada una de las variables psicosociales propuestas por el modelo de creencias en salud.

Cuestionario de Autorreporte de Factores de Riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino. Compuesto por 6 ítems, para evaluar los factores de riesgo definidos anteriormente.

Cuestionario de Autorreporte de Información Específica sobre la Realización de la Citología Vaginal. Conformado por 8 ítems que evalúan cada una de las variables relacionadas con la conducta criterio.

Los cuatro instrumentos se encuentran en un cuadernillo, con presentación de formato de lápiz y papel, auto aplicado, y sin límite de tiempo. Los ítems se

presentaron en forma de pregunta cerrada, y escala Likert de 5 opciones de respuesta (Apéndice A).

Procedimiento

Se solicitó autorización escrita a la Psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia, Diana Carolina Rubio León, autora del estudio original con el fin de elaborar la presente réplica.

Posteriormente se obtuvo una respuesta positiva de la autora del estudio original por escrito para proceder a replicar el estudio.

Fue recibido el documento del estudio original para su respectivo análisis y reproducción.

Se elabora y desarrolla el anteproyecto, para realizar la presente réplica.

Se comunica a la oficina de Bienestar Universitario de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la información pertinente sobre el estudio réplica, con el objetivo de lograr la consecución de la muestra.

Se establece un plan de acción a partir de las actividades planteadas por la oficina de Bienestar Universitario de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, para la recolección de la información de la muestra.

Se recolectan los datos mediante la aplicación del instrumento elaborado por la psicóloga Diana Carolina Rubio León, durante la realización anual de la feria de la salud llevada a cabo en las instalaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

La batería de pruebas fue aplicada, con presentación de formato de lápiz y papel, de forma individual, y sin límite de tiempo. Los ítems se presentaron en forma de pregunta cerrada, y en escala Likert de 5 opciones de respuesta.

Finalmente se analizaron los datos mediante un programa estadístico de Spss, en el que se construyó una base de datos que permitió el posterior análisis mediante tablas de frecuencia y correlaciones.

Resultados

Se analizaron los datos, mediante la elaboración de tablas de frecuencia para las variables que conforman cada uno de los cuestionarios contenidos en el instrumento, cuestionario sociodemográfico, cuestionario de creencias en

salud de mujeres universitarias, cuestionario de factores de riesgo y cuestionario de información específica de la toma de la citología vaginal.

El análisis de los datos finalizó con la realización de correlaciones bivariadas, para las variables de interés de los distintos cuestionarios contenidos en el instrumento.

Tabla 1:

Caracterización de la muestra según la variable sociodemográfica: Edad.

Rango de edad al que pertenece la participante.		Frecuencia	Percentiles	Valido Percentiles	Porcentaje Acumulado
Valido	18 años	27	18,0	18,0	18,0
	19 a 20	53	35,3	35,3	53,3
	21 años	20	13,3	13,3	66,7
	22 años	16	10,7	10,7	77,3
	23 a 27 años	34	22,7	22,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

En la tabla 1 se aprecian los cinco rangos de edad en que fueron agrupadas las participantes del estudio, (esta agrupación se encuentra establecida en el estudio original), la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación, se ubicaron en un rango de edad comprendido entre los 19 y los 20 años de edad correspondiente al 35,3% de la población total, mientras que el menor porcentaje de participantes, el 22%, se ubico en el rango de 22 años de edad.

Tabla 2:

Caracterización de la muestra según la variable sociodemográfica: Carrera.

Carrera a la que pertenece la participante		Frecuencia	Percentiles	Válidos	Porcentaje Acumulado
Valido	Psicología	50	33,3	33,3	33,3
	Medicina	50	33,3	33,3	66,7
	Derecho	50	33,3	33,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

En la tabla 2, se corrobora que la muestra de mujeres participantes, se encuentra distribuida de forma equitativa según la variable carrera, en tres grupos: 50 mujeres pertenecientes a la carrera de psicología, 50 pertenecientes a la carrera de derecho y 50 mujeres pertenecientes a la carrera de medicina.

Tabla 3:
Caracterización de la muestra según la variable sociodemográfica: Semestre.

Semestre que cursa la participante	Frecuencia	Percentiles	Valido Percentiles	Porcentaje Acumulado
Valido				
3	48	32,0	32,0	32,0
4	47	31,3	31,3	63,3
5	21	14,0	14,0	77,3
6	14	9,3	9,3	86,7
7	20	13,3	13,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En la tabla 3, se aprecia que la muestra de mujeres se encuentra distribuida en 5 semestres. La mayor parte de las mujeres integrantes de la muestra se encontraban cursando en el momento de la aplicación del instrumento tercer semestre.

Tabla 4:
Caracterización de la muestra según la variable sociodemográfica: Estado Civil.

Estado civil de la participante	Frecuencia	Percentiles	Valido Percentiles	Porcentaje Acumulado
Valido Soltera	147	98,0	98,0	98,0
Casada	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

La tabla 4, indica que de la muestra total sólo 3 mujeres, es decir, el 2%, de la muestra total son casadas.

A partir de los puntajes obtenidos en las seis escalas del cuestionario de creencias en salud en mujeres universitarias, y de la escala criterio, (realización de la citología vaginal), se establecieron cinco categorías de agrupación, que coincidieron con los rangos de puntajes bajo, medio bajo, medio alto y alto, y

con los percentiles 20, 40, 60, 80 y 100 establecidos en el estudio original; en base a esta categorización, se realizaron tablas de frecuencias con el fin de poder desarrollar una descripción de los puntajes obtenidos por las participantes en cada una de las escalas psicosociales que conforman el modelo de creencias en salud, y de la escala criterio.

Tabla 5:
Percentiles para cada una de las escalas psicosociales del modelo de creencias en salud.

	susceptibilidad	severidad	beneficios	barreras percibidas	señales para la acción	motivación
N Valido	150	150	150	150	150	150
Percentiles						
20	21,0000	20,0000	23,0000	27,0591	15,0000	11,0000
40	23,0000	22,0000	25,0000	31,0000	17,0000	12,0000
60	25,0000	24,0000	27,0000	33,0000	18,0000	13,0000
80	27,0000	26,0000	29,0000	35,0000	20,0000	14,0000

Para la escala de susceptibilidad el percentil 20 se encuentra en los 21 puntos, lo que quiere decir que los porcentajes inferiores a él se consideran como el rango de puntajes bajos; El rango de puntajes comprendidos entre el percentil 20 y el 40 (21.1 a 23), se considera un puntaje medio bajo en la escala de susceptibilidad. Los puntajes correspondientes a los percentiles del 40 al 60, (23.1 a 25), configuran el rango de puntajes medios. Se entiende por puntajes medios altos para la escala de susceptibilidad, los puntajes que se ubicaron entre el percentil 60 y el 80, (25.1 a 27). Por último, los puntajes altos en esta escala son los que se ubican desde por encima del percentil 80, (27.1 en adelante).

Para la escala de severidad el percentil 20 se encuentra en los 20 puntos, lo que quiere decir que los porcentajes inferiores a él se consideran como el rango de puntajes bajos; El rango de puntajes comprendidos entre el percentil 20 y el 40 (20.1 a 22), se considera un puntaje medio bajo en la escala de severidad. Los puntajes correspondientes a los percentiles del 40 al 60, (23.1 a 25), configuran el rango de puntajes medios. Se entiende por puntajes medios altos para la escala de severidad, los puntajes que se ubicaron entre el percentil 60 y

el 80, (24,1 a 26). Por último, los puntajes altos en esta escala son los que se ubican desde por encima del percentil 80, (26.1 en adelante).

Para la escala de beneficios el percentil 20 se encuentra en los 23 puntos, lo que quiere decir que los porcentajes inferiores a él se consideran como el rango de puntajes bajos; El rango de puntajes comprendidos entre el percentil 20 y el 40 (23.1 a 25), se considera un puntaje medio bajo en la escala de susceptibilidad. Los puntajes correspondientes a los percentiles del 40 al 60, (25.1 a 27), configuran el rango de puntajes medios. Se entiende por puntajes medios altos para la escala de susceptibilidad, los puntajes que se ubicaron entre el percentil 60 y el 80, (27.1 a 29). Por último, los puntajes altos en esta escala son los que se ubican desde por encima del percentil 80, (29.1 en adelante).

Para la escala de barreras el percentil 20 se encuentra en los 27,059 puntos, lo que quiere decir que los porcentajes inferiores a él se consideran como el rango de puntajes bajos; El rango de puntajes comprendidos entre el percentil 20 y el 40 (27.069 a 31), se considera un puntaje medio bajo en la escala de susceptibilidad. Los puntajes correspondientes a los percentiles del 40 al 60, (31.1 a 33), configuran el rango de puntajes medios. Se entiende por puntajes medios altos para la escala de susceptibilidad, los puntajes que se ubicaron entre el percentil 60 y el 80, (33.1 a 35). Por último, los puntajes altos en esta escala son los que se ubican desde por encima del percentil 80, (35.1 en adelante).

Para la escala de señales el percentil 20 se encuentra en los 15 puntos, lo que quiere decir que los porcentajes inferiores a él se consideran como el rango de puntajes bajos; El rango de puntajes comprendidos entre el percentil 20 y el 40 (15.1 a 17), se considera un puntaje medio bajo en la escala de susceptibilidad. Los puntajes correspondientes a los percentiles del 40 al 60, (17.1 a 18), configuran el rango de puntajes medios. Se entiende por puntajes medios altos para la escala de susceptibilidad, los puntajes que se ubicaron entre el percentil 60 y el 80, (18.1 a 20). Por último, los puntajes altos en esta

escala son los que se ubican desde por encima del percentil 80, (20.1 en adelante).

Para la escala de motivación el percentil 20 se encuentra en los 11 puntos, lo que quiere decir que los porcentajes inferiores a él se consideran como el rango de puntajes bajos; El rango de puntajes comprendidos entre el percentil 20 y el 40 (11.1 a 12), se considera un puntaje medio bajo en la escala de susceptibilidad. Los puntajes correspondientes a los percentiles del 40 al 60, (12.1 a 13), configuran el rango de puntajes medios. Se entiende por puntajes medios altos para la escala de susceptibilidad, los puntajes que se ubicaron entre el percentil 60 y el 80, (13.1 a 14). Por último, los puntajes altos en esta escala son los que se ubican desde por encima del percentil 80, (14.1 en adelante).

Tabla 6:

- Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, susceptibilidad.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala de susceptibilidad.	Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Bajo	32	21.3	21,3
Medio bajo	33	22.0	43,3
Medio	31	20,7	64,0
Medio alto	31	20,7	84,7
Alto	23	15,3	100,0
Total	150	100,0	

En la tabla 6, se aprecia que 65 mujeres, lo que constituye el 43.3% del total de la muestra puntúan en la escala de susceptibilidad en los rangos bajo y medio bajo lo que significa que el 43% de las mujeres no consideran la enfermedad como una posibilidad real o la consideran como una posibilidad lejana en algún momento de su vida.

Tabla 7:
Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, severidad.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala de severidad.		Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido	Bajo	35	23,3	23,3
	Medio bajo	26	17,3	40,7
	Medio	35	23,3	64,0
	Medio alto	32	21,3	85,3
	Alto	22	14,7	100,0
	Total	150	100,0	

La tabla 7, indica que el 40,7 % de las mujeres se encuentran dentro de los puntajes bajos o medio bajos, lo que significa en estas mujeres hay una ausencia de creencias relacionadas con ser diagnósticas con la enfermedad, (cáncer de cuello uterino). El 23,3 % de las mujeres estuvieron ubicadas en el rango medio, lo que es característico de las mujeres que perciben la enfermedad especialmente en virtud de las consecuencias negativas.

Tabla 8:
Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, beneficios percibidos.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala de beneficios.		Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido	Bajo	32	21,3	21,3
	Medio bajo	29	19,3	40,7
	Medio	39	26,0	66,7
	Medio alto	27	18,0	84,7
	Alto	23	15,3	100,0
	Total	150	100,0	

En la tabla 8 se aprecia que la mayoría de las mujeres de la muestra de la UNAB, se ubican en la escala de beneficios en el rango medio, lo que indica que estas mujeres perciben tanto las bondades como los inconvenientes asociados a la citología vaginal.

Tabla 9:
Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, barreras percibidas.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala de barreras.		Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valído				
	Bajo	30	20,0	20,0
	Medio bajo	36	24,0	44,0
	Medio	36	24,0	68,0
	Medio alto	19	12,7	80,7
	Alto	29	19,3	100,0
	Total	150	100,0	

En la tabla 9, se aprecia una igualdad de porcentajes de mujeres ubicadas en los rangos medio bajo y medio. Las mujeres ubicadas en el rango de puntaje medio bajo perciben pocas barreras para la realización del examen y manifiestan que éstas son atenuadas por los beneficios que representa realizarse el examen. Por otra parte las mujeres ubicadas en el rango medio valoran en igual medida las barreras y las facilidades en la realización de la citología.

Tabla 10:
Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, señales para la acción.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala de señales.		Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido	Bajo	31	20,7	20,7
	Medio bajo	42	28,0	48,7
	Medio	18	12,0	60,7
	Medio alto	41	27,3	88,0
	Alto	18	12,0	100,0
	Total	150	100,0	

La mayor parte de las mujeres de la UNAB, obtuvieron puntajes ubicados en el rango medio bajo, lo que demuestra que estas mujeres perciben las señales pero no se le da mayor importancia a la sintomatología interna, ni se toman las citologías vaginales, aunque haya presencia de señales externas.

Tabla 11:
Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, motivación.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala de motivación.		Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido	Bajo	35	23,3	23,3
	Medio bajo	39	26,0	49,3
	Medio	28	18,7	68,0
	Medio alto	19	12,7	80,7
	Alto	29	19,3	100,0
	Total	150	100,0	

En esta tabla, se evidencia el predominio del rango medio bajo, en los puntajes obtenidos por la muestra de universitarias de la UNAB, lo que indica

que estas mujeres consideran que mantener buena salud puede ser algo importante en su vida, pero no están dispuestas a realizar conductas para cuidarla.

Tabla 12:

Caracterización de la muestra según los rangos de puntaje de la escala del modelo de creencias en salud, escala criterio.

Porcentaje de mujeres que se ubican en cada uno de los rangos de puntaje de la escala criterio		Frecuencia	Percentí	Porcentaje Acumulado
Valido	Bajo	50	33,3	33,3
	Puntaje medio bajo	14	9,3	42,7
	Puntaje medio	27	18,0	60,7
	Puntaje medio alto	34	22,7	83,3
	Puntaje alto	25	16,7	100,0
Total		150	100,0	

En esta tabla se hace explícito que el 50 % de las mujeres de la muestra de la UNAB, nunca se han realizado la citología vaginal, por lo que sus puntajes en esta escala se ubican dentro del rango bajo, lo que significa que aunque tienen una vida sexual activa desde hace más de un año, no se han tomado ninguna citología vaginal. Del restante 50% de mujeres que sí se realizan la citología vaginal sólo el 16% puntúa en el rango alto en esta escala, lo que indica la realización exitosa de la conducta saludable (realizarse la citología vaginal), en términos de frecuencia, (por lo menos anual), correspondencia entre estas y el número de citologías tomadas desde el inicio de la actividad sexual, y fecha de la última toma dentro del último año transcurrido.

Tabla 13:
Descripción de la muestra, según la edad de inicio de la actividad sexual.

Edad de inicio de las relaciones sexuales	Frecuencia	Percentil	Valido Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido				
13	4	2,7	2,7	2,7
14	2	1,3	1,3	4,0
15	11	7,3	7,3	11,3
16	23	15,3	15,3	26,7
17	30	20,0	20,0	46,7
18	44	29,3	29,3	76,0
19	11	7,3	7,3	83,3
20	15	10,0	10,0	93,3
21	5	3,3	3,3	96,7
22	3	2,0	2,0	98,7
23	1	,7	,7	99,3
24	1	,7	,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

La tabla 13, describe la variable edad de inicio de las relaciones sexuales; Se observa que el 76% de las mujeres participantes del estudio iniciaron su actividad sexual a los 18 años o antes.

Tabla 14:
Caracterización de la población según la variable: Ha tenido hijos^-----

Distribución de la población según la variable ha tenido hijos.	Frecuencia	Percentil	Valido Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido 0	141	94,0	94,0	94,0
1	7	4,7	4,7	98,7
2	2	1,3	1,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En la tabla 14, se evidencia que sólo 9 mujeres de la muestra participante en el estudio, han tenido hijos.

Tabla 15:

Caracterización de la población según la existencia o no de antecedentes de cáncer de cuello uterino, en la familia de participantes.

Antecedentes de cáncer de cuello uterino.	Frecuencia	Percentil	Valido	Porcentaje Acumulado
Valido no	131	87,3	87,3	87,3
sí	19	12,7	12,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En la tabla 15, se aprecia que 19 mujeres de la muestra total de participantes, reportaron antecedentes de cáncer de cuello uterino en su familia.

Descripción de la muestra según la información obtenida en las variables que conforman el cuestionario de autorreporte de información específica acerca de la toma de la citología vaginal, mediante tablas de frecuencia.

Tabla 16:

Caracterización de la muestra según el criterio de realización de por lo menos una citología vaginal.

Realización de citología vaginal	Frecuencia	Percentil	Valido	Porcentaje Acumulado
Valido no	75	50,0	50,0	50,0
si	75	50,0	50,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 16, la mitad de las mujeres participantes del estudio reportaron no haberse realizado la citología vaginal, lo que las ubica dentro del rango bajo de la puntuación en la escala criterio, es decir, estas mujeres tienen una vida sexual activa desde hace más de un año, pero no se han tomado ninguna citología vaginal.

Creencias en salud en mujeres universitarias 35

Tabla 17:

Caracterización de la muestra según el periodo de tiempo transcurrido desde la realización de la última citología.

Hace cuanto fue la Última citología.	Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido			
Nunca se han realizado citología	75	50,0	50,0
Mas de dos años	10	6,7	56,7
Un años y seis meses	11	7,3	64,0
Hace un año	17	11,3	75,3
Hace nueve meses	8	5,3	80,7
Menos de seis meses	29	19,3	100,0
Total	150	100,0	

La tabla 17, pone de manifiesto que el 39,3%, de las mujeres participantes en el estudio, ejercen una conducta saludable realizándose la citología vaginal, en términos de frecuencia por lo menos anual.

Tabla 18:

Caracterización de las participantes según la frecuencia de realización de la citología vaginal.

Cada cuanto se realiza la citología.	Frecuencia	Percentil	Acumulado	Porcentaje
Valido				
Nunca se ha realizado	75	50,0		50,0
Cada dos años o mas	10	6,7		56,7
Cada año y seis meses	16	10,7		67,3
Entre un año y un año tres meses	7	4,7		72,0
Cada año	34	22,7		94,7
Cada nueve meses o menos	8	5,3		100,0
Total	150	100,0		

Creencias en salud en mujeres universitarias 36

Como la tabla lo ilustra el 67, 4% de la muestra de mujeres de la UNAB, no asumen una conducta saludable, ya que la frecuencia de realización de citologías es superior al año.

Tabla 19:
Caracterización de las participantes según el resultado de sus últimas citologías.

Resultados de las Últimas citologías	Frecuencia	Percentil	Porcentaje Acumulado
Valido			
0	76	50,7	50,7
no lo sé	8	5,3	56,0
Todas anormales	4	2,7	58,7
Casi todas anormales	2	1,3	60,0
Alguna anormal	9	6,0	66,0
Todas normales	51	34,0	100,0
Total	150	100,0	

En la tabla 19 se aprecia que el 34% de las mujeres han obtenido durante sus últimas citologías resultados normales.

Tabla 20:
Caracterización de la población según la variable cada cuanto se toma la citología vaginal, y el rango de edad.

	Cada cuanto se toma la citología	Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Nunca se ha realizado citología	Cantidad	17	34	8	5	11	75
	% Total	11,3%	22,7%	5,3%	3,3%	7,3%	50,0%
Cada dos años o mas	Cantidad	1	1	2	3	3	10
	% Total	,7%	,7%	1,3%	2,0%	2,0%	6,7%
Cada año y seis meses	Cantidad	2	2	2	2	8	16
	% Total	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	5,3%	10,7%
Entre un año y un año tres meses	Cantidad	3	1	2	0	1	7
	% Total	2,0%	,7%	1,3%	,0%	,7%	4,7%
Cada año	Cantidad	3	13	5	5	8	34
	% Total	2,0%	8,7%	3,3%	3,3%	5,3%	22,7%
Cada nueve meses o menos	Cantidad	1	2	1	1	3	8
	% Total	,7%	1,3%	,7%	,7%	2,0%	5,3%
	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Creencias en salud en mujeres universitarias 37

La tabla 20 ilustra que del 50% de las mujeres que nunca se han realizado la citología vaginal, el 22,7% tienen edades comprendidas en el rango de 19 a 20 años. Además se puede observar que el 72.1% de las mujeres no asuman una conducta saludable ya que o no se realizan la citología vaginal, o se realizan en periodos de tiempo superiores a un año. El 33% de la muestra de mujeres se realizan la citología cada año o menos lo que significa que asuman una conducta saludable respecto de este examen.

Tabla 21:
Descripción de la muestra según los percentiles de la escala susceptibilidad, y la variable sociodemográfica rango de edad.

Escala de Susceptibilidad	edad	Variable sociodemográfica rango correspondiente a					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	8	10	3	5	6	32
	% Total	5,3%	6,7%	2,0%	3,3%	4,0%	21,3%
Medio bajo	Cantidad	9	10	5	2	7	33
	% Total	6,0%	6,7%	3,3%	1,3%	4,7%	22,0%
Medio	Cantidad	3	13	8	2	5	31
	% Total	2,0%	8,7%	5,3%	1,3%	3,3%	20,7%
Medio alto	Cantidad	2	11	3	6	9	31
	% Total	1,3%	7,3%	2,0%	4,0%	6,0%	20,7%
Alto	Cantidad	5	9	1	1	7	23
	% Total	3,3%	6,0%	,7%	,7%	4,7%	15,3%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Tabla 22:
Descripción de la muestra según los percentiles de la escala severidad, y la variable sociodemográfica rango de edad.

Escala de severidad		Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	9	9	3	4	5	30
	% Total	6,0%	6,0%	2,0%	2,7%	3,3%	20,0%
Medio bajo	Cantidad	4	14	6	2	10	36
	% Total	2,7%	9,3%	4,0%	1,3%	6,7%	24,0%
Medio	Cantidad	6	13	7	1	9	36
	% Total	4,0%	8,7%	4,7%	,7%	6,0%	24,0%
Medio alto	Cantidad	4	6	1	4	4	19
	% Total	2,7%	4,0%	7%	2,7%	2,7%	12,7%
Alto	Cantidad	4	11	3	5	6	29
	% Total	2,7%	7,3%	2,0%	3,3%	4,0%	19,3%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% o Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Creencias en salud en mujeres universitarias 38

Tabla 23:

Descripción de la muestra según los percentiles de la escala beneficios percibidos, y la variable sociodemográfica rango de edad.

Escala beneficios Percibidos		Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	8	11	4	4	5	32
	% Total	5,3%	7,3%	2,7%	2,7%	3,3%	21,3%
Medio bajo	Cantidad	6	13	1	2	7	29
	% Total	4,0%	8,7%	,7%	1,3%	4,7%	19,3%
Medio	Cantidad	7	12	9	4	7	39
	% Total	4,7%	8,0%	6,0%	2,7%	4,7%	26,0%
Medio alto	Cantidad	3	9	2	4	9	27
	% Total	2,0%	6,0%	1,3%	2,7%	6,0%	18,0%
Alto	Cantidad	3	8	4	2	6	23
	% Total	2,0%	5,3%	2,7%	1,3%	4,0%	15,3%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Tabla 24:

Descripción de la muestra según los percentiles de la escala barreras percibidas, y la variable sociodemográfica rango de edad.

Escala barreras Percibidas		Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	9	9	3	4	5	30
	% Total	6,0%	6,0%	2,0%	2,7%	3,3%	20,0%
Medio bajo	Cantidad	4	14	6	2	10	36
	% Total	2,7%	9,3%	4,0%	1,3%	6,7%	24,0%
Medio	Cantidad	6	13	7	1	9	36
	% Total	4,0%	8,7%	4,7%	,7%	6,0%	24,0%
Medio alto	Cantidad	4	6	1	4	4	19
	% Total	2,7%	4,0%	,7%	2,7%	2,7%	12,7%
Alto	Cantidad	4	11	3	5	6	29
	% Total	2,7%	7,3%	2,0%	3,3%	4,0%	19,3%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Creencias en salud en mujeres universitarias 39

Tabla 25:
Descripción de la muestra según los percentiles de la escala señales para la acción y la variable sociodemográfica rango de edad.

Percentiles Señales para la acción		Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	6	15	3	3	4	31
	% Total	4,0%	10,0%	2,0%	2,0%	2,7%	20,7%
Medio bajo	Cantidad	8	14	5	7	8	42
	% Total	5,3%	9,3%	3,3%	4,7%	5,3%	28,0%
Medio	Cantidad	5	5	2	3	3	18
	% Total	3,3%	3,3%	1,3%	2,0%	2,0%	12,0%
Medio alto	Cantidad	8	13	6	2	12	41
	% Total	5,3%	8,7%	4,0%	1,3%	8,0%	27,3%
Alto	Cantidad	0	6	4	1	7	18
	% Total	.0%	4,0%	2,7%	,7%	4,7%	12,0%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	%Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Tabla 26:
Descripción de la muestra según los percentiles de la escala motivación para la salud, y la variable sociodemográfica rango de edad.

Escala Motivació para la salud		Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad					Total
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	4	12	7	6	6	35
	% Total	2,7%	8,0%	4,7%	4,0%	4,0%	23,3%
Medio bajo	Cantidad	6	16	4	3	10	39
	% Total	4,0%	10,7%	2,7%	2,0%	6,7%	26,0%
Medio	Cantidad	5	10	5	2	6	28
	% Total	3,3%	6,7%	3,3%	1,3%	4,0%	18,7%
Medio alto	Cantidad	6	4	2	3	4	19
	% o Total	4,0%	2,7%	1,3%	2,0%	2,7%	12,7%
Alto	Cantidad	6	11	2	2	8	29
	% Total	4,0%	7,3%	1,3%	1,3%	5,3%	19,3%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

Tabla 27:
Descripción de la muestra según los percentiles de la escala conducta saludable, y la variable sociodemográfica rango de edad.

Escala Conducta Saludable.		Variable sociodemográfica rango correspondiente a edad Total					
		18 años	19 a 20	21 años	22 años	23 a 27 años	
Bajo	Cantidad	8	20	6	5	11	50
	% Total	5,3%	13,3%	4,0%	3,3%	7,3%	33,3%
Puntaje medio bajo	Cantidad	6	6	2	0	0	14
	% Total	4,0%	4,0%	1,3%	,0%	,0%	9,3%
Puntaje medio	Cantidad	4	10	4	3	6	27
	% Total	2,7%	6,7%	2,7%	2,0%	4,0%	18,0%
Puntaje medio alto	Cantidad	4	9	4	6	11	34
	% Total	2,7%	6,0%	2,7%	4,0%	7,3%	22,7%
Puntaje alto	Cantidad	5	8	4	2	6	25
	% Total	3,3%	5,3%	2,7%	1,3%	4,0%	16,7%
Total	Cantidad	27	53	20	16	34	150
	% Total	18,0%	35,3%	13,3%	10,7%	22,7%	100,0%

El análisis de las anteriores 7 tablas (21 a 27), presenta una tendencia constante la cual señala que de las 75 mujeres que no se han realizado nunca la citología es el grupo de edad entre los 19 y los 20 años, el que menor conducta saludable muestra; sin embargo es este mismo grupo de mujeres (mujeres entre 19 y 20 años), pero en lo referente a las 75 que si se toman la citología vaginal, quienes tienen las puntuaciones más altas en las escalas de susceptibilidad, barreras, severidad, beneficios, motivación y conducta saludable. En la escala de señales para la acción fueron las mujeres del rango de edad comprendido entre los 23 y los 27 años quienes puntuaron más alto.

Creencias en salud en mujeres universitarias 41

Tabla 28: Estadísticos descriptivos para cada una de las siete escalas, analizadas según las medidas de tendencia central.

		susceptibilidad	severidad	beneficios	barreras percibidas	señales para la acción	motivación	Puntaje obtenido en la conducta saludable
N	V	150	150	150	150	150	150	150
Media		24,0025	23,0034	26,1800	31,8825	17,5267	13,0467	6,5667
Mediana		24,0000	23,0000	26,0000	32,0000	18,0000	13,0000	4,0000
Moda		23,00	23,00	26,00	33,00	19,00	12,00	1,00
Desviación		3,71325	3,55813	3,42919	5,18417	2,87712	3,89861	5,03200
Varianza		13,788	12,660	11,759	26,876	8,278	15,199	25,321
Rango		22,00	24,00	18,00	35,00	20,00	46,00	17,00
Mínimo		13,00	12,00	17,00	22,00	8,00	8,00	1,00
Máximo		35,00	36,00	35,00	57,00	28,00	54,00	18,00

Creencias en salud en mujeres universitarias 42

Tabla 29:
Correlaciones divariadas entre las variables sociodemográficas de edad y semestre y las siete escalas de interés.

		edad e actual ad	semestf	susceptibilid	severida	d beneficios	percibidas	barreras para la	señales	motivació	Puntaje
								acción	para la	n	obtenido
											en la
											conducta
											saludable
edad	Correlació	1,000									
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,									
	N	150									
semestre actual	Correlació	,479(**)	1,000								
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,000	,								
	N	160	150								
susceptibilid	Correlació	,118	-,118	1,000							
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,149	,151	,							
	N	150	150	150							
severidad	Correlació	,061	-,034	,080	1,000						
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,460	,680	,331	,						
	N	150	150	150	150						
beneficios	Correlació	,114	,088	,060	-,099	1,000					
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,167	,285	,464	,228	,					
	N	150	150	150	150	150					
barreras percibidas	Correlació	,020	-,119	,141	,1820	,1890	1,000				
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,806	,148	,086	,026	,021	,				
	N	150	150	150	150	150	150				
señales para la acción	Correlació	,231(**)	,002	,283(*)	,1660	,110	,118	1,000			
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,004	,984	,000	,043	,180	,161	,			
	N	150	150	150	150	150	150	150			
Motivación	Correlació	,114	,101	-,017	,022	-,075	-,121	-,049	1,000		
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,164	,217	,839	,787	,359	,139	,553	,		
	N	150	150	150	150	150	150	150	150		
Puntaje obtenido en la conducta saludable	Correlació	,1790	,2100	-,176(')	-,114	,066	-,003	-,1730	,051	1,000	
	nde										
	Pearson										
	Sig.	,028	,010	,031	,163	,425	,973	,034	,533	,	
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	

La variable edad mostró correlación significativa positiva con un 99% de confiabilidad, con las variables semestre ($r = 0,47p < 0,00$) y señales para la

Creencias en salud en mujeres universitarias 44

La variable de historia familiar de cáncer de cuello uterino mostró correlación positiva con un 99% de confiabilidad con las escalas de motivación ($r = 0,243$ $p < 0,003$), y con la escala puntaje la conducta saludable ($r = 0,217$ $p < 0,008$).

Tabla 31:

Correlaciones bivariadas entre las seis escalas del modelo de creencias en salud.

		susceptibilidad	severidad	beneficios	barreras percibidas	señales para la acción	motivación
susceptibilidad	Correlación de Pearson	1,000					
	Sig. (bilateral)	,					
	N	150					
severidad	Correlación de Pearson	,080	1,000				
	Sig. (bilateral)	,331	,				
	N	150	150				
beneficios	Correlación de Pearson	,060	-.099	1,000			
	Sig. (bilateral)	,464	,228	,			
	N	150	150	150			
barreras percibidas	Correlación de Pearson	,141	,182	,189	1,000		
	Sig. (bilateral)	,086	,026	,021	,		
	N	150	150	150	150		
señales para la acción	Correlación de Pearson	,283(*)	,166(*)	,110	,118	1,000	
	Sig. (bilateral)	,000	,043	,180	,151	,	
	N	150	150	150	150	150	
motivación	Correlación de Pearson	-.017	,022	-.075	-.121	-.049	1,000
	Sig. (bilateral)	,839	,787	,359	,139	,553	,
	N	150	150	150	150	150	150

Se encontró correlación positiva entre los pares de escalas pertenecientes al cuestionario de creencias en salud, ya que la escala de señales para la acción mostró correlación significativa con las escalas susceptibilidad ($r = 0,283$ $p < 0,000$) y con la escala de severidad percibida ($r = 0,166$ $p < 0,043$).

Creencias en salud en mujeres universitarias 45

Tabla 32: Correlaciones bivariadas entre cada una de las seis escalas del cuestionario de creencias en salud y la escala criterio, (conducta saludable).

		susceptibilidad	severidad	beneficios	barreras percibidas	señales para la acción	motivación	Puntaje obtenido en la conducta saludable
Susceptibilidad	Correlación de Pearson	1,000						
	Sig.	,						
	N	150						
severidad	Correlación de Pearson	,080	1,000					
	Sig.	,331	,					
	N	150	150					
beneficios	Correlación de Pearson	,060	-,099	1,000				
	Sig.	,464	,228	,				
	N	150	150	150				
barreras percibidas	Correlación de Pearson	,141	,182	,189	1,000			
	Sig.	,086	,026	,021	■			
	N	150	150	150	150			
señales para la acción	Correlación de Pearson	,283(**)	,166(')	,110	,118	1,000		
	Sig.	,000	,043	,180	,151	,		
	N	150	150	150	150	150		
motivación	Correlación de Pearson	-,017	,022	-,075	-,121	-,049	1,000	
	Sig.	,839	,787	,359	,139	,553	,	
	N	150	150	150	150	150	150	
Puntaje obtenido en la conducta saludable	Correlación de Pearson	-,176(')	-,114	,066	-,003	-,173(')	,051	1,000
	Sig.	,031	,163	,425	,973	,034	,533	>
	N	150	150	150	150	150	150	150

La escala conducta saludable mostró correlación con la escala susceptibilidad ($r = -0,176$ $p < 0,31$), y con la escala señales para la acción ($r = -0,173$ $p < 0,034$).

Discusión

A partir del análisis de los resultados de la información obtenida, se encontró mediante el Cuestionario de Autorreporte de Información Específica sobre la Realización de la Citología Vaginal, que tan solo un 50% del total de esta población se realiza el examen, y que de este 50% tan solo el 22.7% lo asume dentro de los parámetros médicamente recomendables para el buen cuidado de la salud (Tablas 18 y 20). Por tanto, tales resultados dan cuenta de la baja frecuencia del ejercicio de la conducta saludable enmarcada en la escala criterio. Este dato confirma y se suma a los hallazgos citados en los antecedentes de la presente investigación, donde en repetidas ocasiones se afirmó que la prevalencia e incidencia del cáncer de cuello uterino obedece al descuido frente a la realización de la citología vaginal como examen de tamizaje preventivo, Franco; y otros, (1999); Bratti.M; Rodríguez, (2004); Temes de Quadros, (2004). A razón de este descuido es posible explicar el aumento de las cifras que esta enfermedad ha cobrado en la ciudad de Bucaramanga, Ortiz; Uribe; Díaz. (2004).

El punto que marcó la diferencia entre las 75 mujeres que se han sometido al examen de la citología vaginal y las 75 que no, se encontró en la experimentación de la creencia de la severidad de las consecuencias de la enfermedad. Es decir, las 75 mujeres en quienes se encontró un cierto nivel medio, o medio - alto en la escala criterio, temen a padecer las consecuencias del cáncer de cuello uterino. Las implicaciones teóricas que dan luz en este hallazgo, consisten en que el modelo de creencias en salud supone que la iniciativa hacia el ejercicio de conducta criterio se halla retroalimentada por la percepción de la severidad de la enfermedad como tal, lo cual alimenta a su vez una sensación emocional de temor.

Una de las formas de entender y explicar las condiciones que generan la negligencia ante el cuidado de la salud mediante la aplicación periódica del examen de citología vaginal, se vislumbra en la correlación de las variables, (Convertidas en escalas para efectos del instrumento de medición), del modelo de creencias en salud y la escala criterio con la categorización de la población

según las variables y datos del cuestionario sociodemográfico, el cual fue asumido para efectos del presente trabajo dando a conocer el siguiente análisis.

Las únicas diferencias significativas encontradas, indican que las mujeres universitarias de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, que se encuentran entre los 23 y 27 años, consideran en mayor grado la creencia de atribuir atención e importancia a las señales externas e internas para la acción de la conducta criterio, en comparación con las mujeres ubicadas en los demás rangos de edades. Ante este hallazgo, el modelo de creencias en salud explica que existe en las personas un conjunto de creencias constituido a partir de su experiencia de vida, el cual implica que a mayor edad, se cuenta con un mayor número de vivencias, que contribuyen a la formación de tales creencias; por causa de esto, es posible que tan solo a mayor edad se perciban diferencias significativas en la escala de señales para la acción.

Así mismo, fue hallada una percepción más alta de beneficios en las mujeres estudiantes de la carrera de Psicología, que en las estudiantes de las carreras de medicina y derecho. Ya que el modelo citado para la lectura analítica de estos resultados no ofrece ninguna explicación para este acontecimiento, es decir, el modelo como tal no explica causalmente la correlación existente entre carrera Vs Conducta saludable, este dato queda expresado como una apreciación descriptiva de la población involucrada en el estudio realizado. A su vez, la expresión de este dato en tales términos, es coherente con el logro de uno de los objetivos específicos planteados en la investigación, a saber, el siguiente: Aportar información que podría ser considerada en el futuro para el desarrollo de estrategias y acciones de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad, dirigidas a la población de mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Con referencia a las demás variables sociodemográficas correlacionadas con las seis escalas y la escala criterio, no fueron halladas diferencias significativas que como las anteriores apuntaran al fortalecimiento de la conducta saludable.

Finalmente el análisis correlacional permite soportar lo siguiente:

Confirmando la perspectiva teórica asumida en el modelo de creencias en salud, al respecto de que la experiencia de vida, en términos de la edad y el nivel de educación recibida, retroalimenta el buen ejercicio de la conducta criterio, el análisis correlacional pone en evidencia una correlación positiva (Directamente proporcional) entre la toma de la citología vaginal y las variables de la edad, el semestre en curso y las señales para la acción. Así mismo, pone de manifiesto una correlación positiva entre las variables de historia familiar con antecedentes de cáncer de cuello uterino, motivación para la acción y conducta saludable; en este caso la experiencia de vida favorece igualmente que en anterior el ejercicio de la conducta criterio, con la variación de que en esta correlación se suma a dicha experiencia como una vivencia de carácter no normativo que motiva y sostiene el interés por el cuidado de la salud. Traduciendo esta correlación positiva al nivel de la explicación causal de la conducta saludable, el procedimiento estadístico aplicado sobre los resultados reveló que una de las razones que da inicio y sostiene la acción preventiva frente a este tipo especial de cáncer en las mujeres que participaron en este estudio, es el antecedente de haber tenido algún familiar enfermo de esta mismo mal.

Por ultimo con respecto a esta población específica, la tercera y última correlación bivariada expresada brindó elementos para argumentar que en los casos de las mujeres que presentaron altos puntajes en la conducta criterio, en la variable de señales para la acción, correlacionaron en esta operación estadística con la variable de susceptibilidad. Es decir, que aquellas mujeres que previenen la enfermedad citada mediante la toma de la citología vaginal dentro de los parámetros recomendables, atribuyen un alto nivel de importancia a las señales para la acción a causa de creer que son susceptibles a la posibilidad de contraer cáncer de cuello uterino.

La discusión del análisis de los resultados propuesta en estos párrafos apunta a entender que la conducta saludable que ha sido evaluada en las mujeres estudiantes de la UNAB, se encuentra limitada a la presencia de las

condiciones mencionadas, es decir, a la correlación positiva de puntajes altos entre la frecuencia de la realización periódica de la citología vaginal, con las variables de edad relacionada con señales para la acción y severidad, y motivación para la acción con historia familiar con antecedentes de cáncer de cuello uterino.

Referencias

Perlman.D; Cozby.P. (1985). "Psicología Social". Ed. McGraw Hill. México D.F.

Myers.D. (1987). "Psicología Social". Ed Panamericana. España.

Moscovici,S. (1986). "Psicología Social: Pensamiento y Vida Social". Ed. Paidós. España.

Berstein. D.A; Nietzettel. N (1995) "Introducción a la psicología clínica". Ed MacGracHill. México. Cap 2.

Bueno Montaña.M; Rubiano.J; Trujillo.D, (1991). "Tamizaje en cáncer Geocológico". Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Cancerología.

Stone. C.G. (1988) "Psicología de la salud: Una definición amplia". Publicado en: Revista latinoamericana de psicología Vol 22 No 1 pag 15.

Coon. D. (1999) "Psicología, exploración y aplicación". Ed Thompson. Pag 451.

Conner, M. & Norman, P. (Eds) (1996). "Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models. Buckingham,. UK: Open University Press.

Franco.E; Villa.L; Roñan.T; Ferenczy.A, (1999). "Desing and Methods of the Ludwing-McGil) longitudinal study of the natural history of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Brazil". Publicado en Pan Americal Journal of Public Health. Volumen 6 No. 4. Octubre de 1999.

Castro,M; Cobos,F; Corzo,E; Forero,P; Insuasty,J. (2000). "Registro y análisis del comportamiento del cáncer en la unidad de oncología del hospital universitario Ramón Gonzáles Valencia de Bucaramanga durante los años de 1990 a 1995". Publicado en la revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Medicas UIS, Abril - Junio de 2000.

Hempling.r. (2000). "Lesiones preinvasoras del cáncer de cervix: Diagnostico y tratamiento". En Ontología Ginecológica. Nueva York: Marban.

Correa Taborda. W; Carneiro Ferreira. S; Rodríguez. D; Stávale. J; Baruzzi. R. (2000). "Rastreamento do câncer de colo uterino em indias do parque

indígena do Xingu, Brasilñ central. Publicado en Revista de Salud Publica (Journal of Public Health), Volumen 7 No. 2. Febrero de 2000.

Giuliano.A; Denman.C; Guernsey de Zpien.J; Navarro Hanze.J; Ortega.L; Djambazov; Brown de Galaz.E; Hatch.K. (2001). "Design and results of the USA - México border Human Papillomavirus (HPV), cervical dysplacia, and chlanydia trachomatis study". Publicado en Revista de Salud Publica (Journal of Public Health), Volumen 9 No. 3. Marzo de 2001.

Alvares Bermudez;J. (2002). "Estudio sobre creencias en salud y enfermedad". Ed. Trillos. México.

Días de Costa.J; Berenhausen.P; Manzolli.P y Moreira.M, (1998). "Cobertura do exame histopatológico na cidade de Pelotas, Brasil". Publicado en Revista de Salud Publica (Journal of Public Health), Volumen 2 No. 5 Mayo de 1998.

Boyle. P; Maisonneuve. P; Autier. P. (2000). Update on cáncer control in women. International journal of genecology and obstetric. 70.263-303.

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Departamento medico de Bienestar Universitario. Noviembre de 2004.

Gaitán Duarte; Rubio Romero y Eslava Schmalbach; (2004). "Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelíal cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia 1999 - 2003". Publicado en Revista de Salud Publica (Journal of Public Health), Volumen 6 No. 3 Septiembre - Diciembre de 2004.

Bratti.M; Rodríguez. A; Schiffman.M; Hildesheim.A; Morales.J; Alfaro.M; Guillen.D; Hutchinson.M; Sherman.M; Eklund.C; Schussler.J; Buckland.J; Morera.L; Cardenas.F; Barrantes.M; Perez.E; Cox.T; Burk.R; Herrero.R, (2004). "Description of a seven-year prospective study of human popillomavirus infection and cervical neoplasia among 10.000 women in Guanacaste, Costa Rica". Publicado en Revista de Salud Publica (Journal of Public Health), Volumen 15. No. 2 Febrero de 2004.

Temes de Quadros.A; Gómez Victoria.C y Dias de Costa.J, (2004). "Converge and focus of cervical cáncer prevention program in southern Brazil".

Publicado en Revista de Salud Publica (Journal of Public Health), Volumen 16
No. 4 Octubre de 2004.

Restrepo.Mj Rubio.D.C. (2004). "Creencias en salud en mujeres
Universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal". Revista
Colombiana de Psicología. No.13, 102-112.

En Internet:

<http://www.cop.es/infocop/vemumero.asp?id=1148>

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

http://patient.cancerconsultants.com/cervical_cancer_treatment.aspx?lang=es&id=670<http://www.fihu-c>

http://cls.nci.nih.gov/fact/3_20s.htm#one

http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/spanish/cc_basic_spanish.htm#deteccion

Apéndice A

CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS EN RELACIÓN CON LA TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL®

Rubio, 2004*

Edad: Carrera: Semestre: Estado Civil: Fecha: _____

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

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Siempre me mantengo muy interesada por realizarme controles y exámenes médicos regulares.	1	2	3	4	5
2	Me parece normal tener que desnudarme para que me examine el médico.	1	2	3	4	5
3	Me siento vulnerable al cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
4	Las mujeres que se realizan citología vaginal muy seguramente se curarán en caso de tener cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
5	Me parece que la citología vaginal no es un examen muy costoso.	1	2	3	4	5
6	Aunque me enterara de una jornada de toma de citologías en la universidad no me la tomaría.	1	2	3	4	5
7	Mi vida ya no sería la misma si tuviera cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
8	Estoy segura que siempre hago todo lo necesario para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
9	Tengo pocas posibilidades de desarrollar el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
10	Con realizarme periódicamente la citología vaginal prevengo el cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
11	Me da vergüenza realizarme la citología vaginal.	1	2	3	4	5
12	En realidad pienso que podría desarrollar cáncer de cuello uterino a pesar de realizarme varias citologías.	1	2	3	4	5
13	No podría cumplir con mis metas si me dijeran que tengo cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
14	Mi vida sexual no tiene nada que ver con la posibilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
15	Si tuviera cáncer de cuello uterino se deterioraría mi vida sexual.	1	2	3	4	5
16	Creo que preferiría realizarme la citología dentro de las jornadas realizadas en la universidad.	1	2	3	4	5
17	Le temo a los resultados de la citología vaginal.	1	2	3	4	5
18	Realmente son pocas las veces que decido realizarme controles médicos periódicos.	1	2	3	4	5
19	No creo que vaya a tener cáncer de cuello uterino alguna vez.	1	2	3	4	5
20	Me avergüenza que los médicos examinen mis órganos genitales.	1	2	3	4	5
21	Creo que si yo tuviera cáncer de cuello uterino me sería una enfermedad fácil de sobrellevar.	1	2	3	4	5

POR FAVOR CONTINÚE AL RESPALDO

* Rubio, D. (2004). Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado profesional no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Correo Electrónico: dcrubio1@unal.edu.co

Creencias en salud en mujeres universiadas 54

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

Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? Sí NO

A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Tiene hijos? SINO

Cuántos?

Hace cuánto tuvo su primer hijo?

Alguna mujer de su familia ha desarrollado cáncer de cuello uterino? SI NO

Se ha realizado citología vaginal? SI NO

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE HOJA

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

Hace cuánto fue su primera citología?

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

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

Hace cuanto fue su última citología?				
Más de 2 años	1 año y 6 meses	Hace 1 año	Hace 9 meses	Menos de 6 meses

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

El resultado de sus citologías ha sido:				
No lo sé	Todas anormales	Casi todas anormales	Alguna anormal	Todas normales

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

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

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo 1

Debido a que se consideró necesario se realizó la comparación de las medias de los puntajes obtenidos en las seis escalas del cuestionario de creencias en salud y en la escala criterio, según las categorías de las variables del cuestionario sociodemográfico: Edad, Carrera y Semestre; mediante tablas anova para establecer si había diferencias significativas entre las medias de los cinco rangos de edad en los que se agrupó a las participantes.

Tabla 1: Anova para la comparación de las medias obtenidas en las siete escalas, según las variables del cuestionario sociodemográfico: edad.

Anova	Mean Square	F	Sig.
Susceptibilidad	14,535 13,768	1,056	,381
Severidad	5,966 12,845	,464	,762
Beneficios	13,684 11,706	1,169	,327
barreras percibidas	5,166 27,474	,188	,944
Motivación	15,497 15,191	1,020	,399
Señales para la acción	26,422 7,777	3,397	,011
Puntaje obtenido en la conducta saludable	23,346 25,376	,920	,454

Sólo se encontró diferencia significativa entre los grupos de edades en la escala señales para la acción, ya que se obtuvo como resultado una F 3,397 con un sigma de 0,11. El análisis de resultados puso en evidencia que el

puntaje obtenido por las participantes pertenecientes al grupo de las mujeres entre 23 y 27 años, difieren significativamente de las medias obtenidas por las mujeres pertenecientes a los los restantes grupos.

Anexo 2

Tabla 2: Anova para la comparación de las medias obtenidas en las siete escalas, según las variables del cuestionario sociodemográfico: Carrera.

	Mean	Square F	Sig.
susceptibilidad	3,587	,256	,857
ad	13,998		
severidad	29,204	2,370	,073
	12,320		
beneficios	46,887	4,248	,007
	11,038		
barreras percibidas	15,893	,586	,625
	27,101		
motivación	22,998	1,529	,209
	15,039		
señales para la acción	7,362	,887	,449
	8,297		
Puntaje obtenido en la conducta saludable	35,357	1,408	,243
	25,115		

Para establecer si existía diferencia significativa entre las medias de las escalas psicosociales y de la escala criterio, con las diferentes categorías de carreras se realizó una prueba anova. La prueba de Levene permitió asumir, con un 95% de confiabilidad, que sólo existía diferencia significativa entre las diferentes categorías de carreras en la escala de beneficios percibidos, arrojando como resultado que el promedio de los puntajes de las participantes pertenecientes a la carrera de Psicología difería significativamente de los puntajes obtenidos por las participantes de las carreras de medicina y derecho, lo cual indica que las estudiantes de Psicología perciben más ganancias con respecto a la realización de la citología, como conducta que podría reducir las probabilidades de experimentar las consecuencias negativas del cáncer de cuello uterino, que las estudiantes de las carreras de medicina y derecho.

Anexo 3

Tabla 3: Anova para la comparación de las medias obtenidas en las siete escalas, según las variables del cuestionario sociodemográfico: Semestre.

	Mean Square	F	Sig.
susceptibilidad	3,587 13,998	,256	,857
severidad	29,204 12,320	2,370	,073
beneficios	46,887 11,038	4,248	,007
barreras percibidas	15,893 27,101	,586	,625
motivación	22,998 15,039	1,529	,209
señales para la acción	7,362 8,297	,887	,449
Puntaje obtenido en la conducta saludable	35,357 25,115	1,408	,243

A través de la realización de una tabla anova se estableció que no existían diferencias significativas entre las medias de las seis escalas psicosociales y de la escala criterio en lo referente al nivel del semestre en el cual se encontraban las participantes.