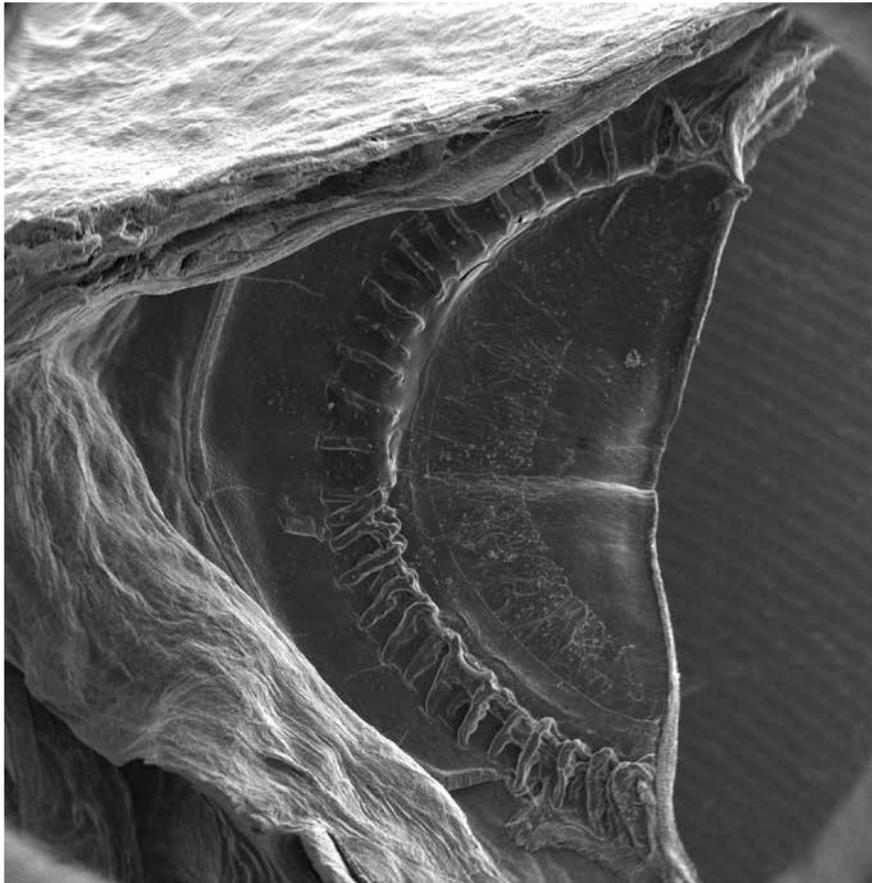


■ **Feto de 20 semanas de desarrollo intrauterino.
disección de cara y exposición de la órbita derecha**

Técnica: Microscopía electrónica de barrido

Imagen que muestra la organización del anillo y corona ciliar



■ Fotografía 2

6/17/2008 11:36:04 AM | HV 15.0 kV | Det ETD | Mag 44x | VacMode High vacuum |
Fotografía realizada en los laboratorios de la Universidad Nacional de Colombia |

 2.0 mm

Zoila Castañeda Murcia, OD, MSc. Universidad El Bosque, Colombia.

© Todos los derechos reservados. Esta fotografía no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, sin el permiso previo de la autora.



Artículo original

Proceso de adopción de la conducta saludable de toma de citología vaginal en mujeres jóvenes

Adoption of healthy behavior for Pap smear collection

Processo de adoção da prática saudável de fazer o Teste Papanicolau entre mulheres novas.

Recibido: 25 | 05 | 2017

Aprobado: 30 | 06 | 2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v7i1.2090>

Resumen

Objetivos. Caracterizar la adopción de la conducta de toma de citología vaginal mediante las variables del modelo Aproximación de Procesos a la Acción Saludable, factores de riesgo y conocimientos sobre la citología vaginal y el cáncer de cuello uterino.

Materiales y métodos. Estudio transversal que incluyó variables sociodemográficas, conocimientos, factores de riesgo y las variables del modelo APAS. Se caracterizaron las fases motivacional y volitiva mediante el establecimiento de tres grupos: No intencional, Intencional y Acción. Se realizaron análisis univariados y, posteriormente, análisis bivariados para estimar diferencias entre grupos.

Resultados. Las mujeres se agruparon según la fase del cambio: No intencional (n=57), Intencional (n=270) y Acción (n=194). A medida que se pasó de la fase motivacional a la fase volitiva aumentaron las puntuaciones obtenidas en las escalas psicosociales, factores de riesgo y conocimiento. Los análisis de varianza mostraron diferencias significativas entre los grupos, excepto en los factores de riesgo.

Conclusiones. El patrón de variación de los factores psicosociales a lo largo de las tres etapas evidenció la discontinuidad del proceso de adopción de la conducta saludable. Los conocimientos, la cantidad de hijos y los factores de riesgo tuvieron un efecto importante. La edad fue un factor importante en el proceso. Esta información es útil para la planeación de acciones de prevención del cáncer mediante la toma de citología vaginal.

Palabras clave: aproximación de Procesos a la Acción Saludable, Citología vaginal, Cáncer de cuello uterino, tamizaje.

Diana Carolina Rubio León

Facultad de Medicina,
Doctorado en Salud Pública
Universidad El Bosque,
Bogotá D.C., Colombia.

Correspondencia: drubiol@unbosque.edu.co

Abstract

Objectives: To characterize the adoption of Pap smear behavior using the variables of the Health Action Process Approach model, risk factors and knowledge on Pap smear and cervical cancer.

Materials and methods: A cross-sectional study that included sociodemographic, knowledge, risk factors and variables of the HAPA model. The motivational and volitional phases were characterized by the establishment of three groups: Non Intentional, Intentional and Action. Univariate analyzes and, subsequently, bivariate analyzes were performed to estimate differences between groups.

Results: Women were grouped according to the change phase: Unintentional (n = 57), Intentional (n = 270) and Action (n = 194). Analysis of variance showed significant differences between groups. Except for the risk factors, in the other variables evaluated a significant increase in the volitional phase was observed.

Conclusions: The differences observed in the variables studied throughout the phases evidenced the discontinuity of the process of adoption of healthy behavior. This information is useful for planning cancer prevention actions.

Keywords: Health behavior, self efficacy, Papanicolaou test, uterine cervical neoplasms, early detection of cancer.

Resumo

Objetivos. Caracterizar a adoção da prática saudável de fazer o teste papanicolaou usando as variáveis do modelo de Processo de Abordagem para Ação Saudável, fatores de risco e conhecimento sobre citologia vaginal e câncer cervical.

Materiais e métodos. Estudo transversal que incluiu variáveis sociodemográficas, conhecimento, fatores de risco e variáveis do modelo APAS. As fases motivacional e volitiva foram caracterizadas pelo estabelecimento de três grupos: não intencional, intencional e de ação. Análises univariadas e, posteriormente, análises bivariadas foram realizadas para estimar as diferenças entre os grupos.

Resultados. As mulheres foram agrupadas de acordo com a fase de mudança: não intencional (n = 57), intencional (n = 270) e ação (n = 194). A análise de variância mostrou diferenças significativas entre os grupos. Com exceção dos fatores de risco, nas demais variáveis avaliadas, observou-se um aumento significativo na fase volitiva.

Conclusões. As diferenças observadas nas variáveis estudadas ao longo das fases evidenciaram a descontinuidade do processo de adoção de comportamento saudável. Esta informação é útil para planejar ações de prevenção do câncer.

Palavras-chave: Comportamentos Saudáveis, autoeficácia, Teste de Papanicolaou, neoplasias do colo do útero, detecção precoce de câncer.

Introducción

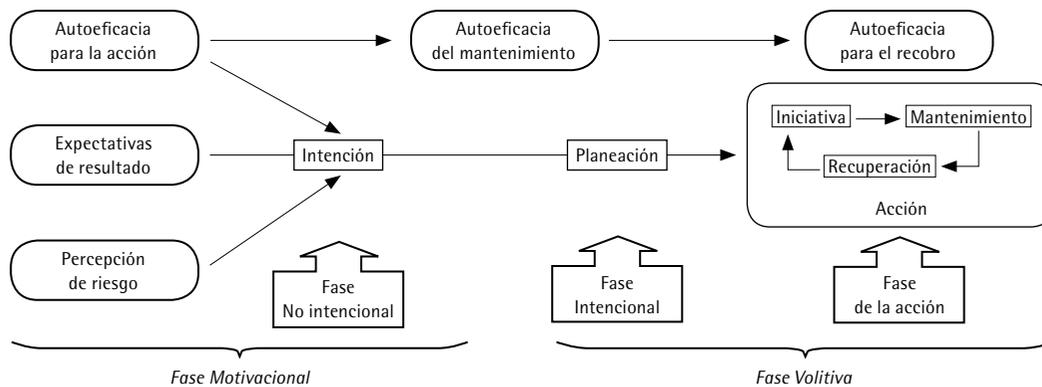
El cáncer de cuello uterino (CaCu) es una enfermedad prevenible; sin embargo, es un problema de salud pública en los países de bajos ingresos (1). En 2008 se estimó que el 88% de las muertes atribuibles a esta enfermedad ocurrió en África (53.000 casos), Latinoamérica y el Caribe (31.400 casos) y Asia (159.800 casos) (2). Este cáncer es el segundo más común entre las mujeres de Latinoamérica y el Caribe; las más altas tasas de incidencia se presentan en Haití, Brasil, México y Colombia (3). En Colombia, se calcula una incidencia anual de 21,5 casos y una mortalidad de 10 mujeres por cada 100.000 (4).

La prevención primaria del CaCu enfatiza en el control de la infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) mediante el uso de vacunas profilácticas (5); sin embargo, los altos costos de la vacuna hacen fundamental mantener los programas de detección precoz con la toma de citología (6). En países de bajos ingresos que

carecen de programas organizados para la prevención del CaCu, éste no se ha reducido (7, 8).

En Colombia todas las mujeres entre 25 y 69 años y las menores de 25 años que tengan relaciones sexuales y que estén afiliadas al sistema de salud tienen derecho a la citología sin costo (9). Sin embargo, se carece de un programa nacional y unificado para la prevención del CaCu lo que genera que cerca de un cuarto de las mujeres con anormalidad citológica no hayan recibido el diagnóstico ni el tratamiento requeridos (10, 11). Una encuesta nacional reciente mostró entre las mujeres de 21 a 69 años, que el 99,4% conoce la citología vaginal y que el 94,6% se la ha realizado en algún momento de su vida; al tiempo que el conocimiento y la práctica varían según la forma de afiliación al sistema de salud (régimen contributivo: 99,8% conocimiento y 97,1% práctica; régimen subsidiado 98,9% conocimiento y 92,3% práctica (9).

Figura 1. Modelo de aproximación de procesos a la acción saludable (APAS), adaptado de Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*. 2008;57:1-29.



Entre los factores asociados a la realización de la citología vaginal, se ha mencionado el rol de barreras psicosociales que obstaculizan la adopción efectiva de dicha conducta saludable por parte de mujeres latinas y colombianas (12-17). La toma de citología vaginal debe ser entendida en referencia al proceso salud enfermedad, esta conducta es un fenómeno multidimensional.

Uno de los modelos teóricos que explican la adquisición de una conducta saludable como resultado de un proceso de fases es la Aproximación de Procesos a la Acción Saludable – APAS (18-22), donde la autoeficacia es componente transversal a todas las fases de la adopción de la conducta saludable (Figura 1). Schwarzer (19) sostiene que muchas de las condiciones de salud de las personas se relacionan con la realización de comportamientos de riesgo sobre los que, por lo menos en principio, las personas tienen control. Los comportamientos nocivos para la salud pueden reemplazarse gracias a los esfuerzos de autorregulación de la persona para eliminarlos y adquirir hábitos más saludables (23).

En la adopción de comportamientos promotores de la salud, la percepción de riesgo por sí sola no predice el cambio y las intenciones no son suficientes para iniciar efectivamente la conducta saludable, por lo que se sugiere una distinción entre una primera fase motivacional y una fase volitiva posterior (18, 22, 24, 25). A su vez, la fase volitiva plantea dos subfases para distinguir a las personas que tienen la intención pero aún no actúan o no alcanzan el nivel esperado de desempeño o fase intencional, de las personas que se involucran en la acción de forma efectiva y en el nivel de adherencia esperado o fase de acción (24, 26).

En la fase motivacional, la persona desarrolla una intención para actuar y adoptar medidas preventivas (19-21, 25, 27). La motivación para comportarse es un mecanismo de control anticipatorio que involucra tres tipos de expectativas: a) percepción de riesgo: antecedente distal de la intención, es una fase de contemplación y elaboración donde la persona considera las consecuencias negativas de la enfermedad y su vulnerabilidad; b) expectativas de resultado: la evaluación de las consecuencias del comportamiento saludable, balance entre sus pros y contras y c) expectativas de autoeficacia para la acción: percepción sobre la propia capacidad para iniciar una acción y controlar las demandas del medio; es una creencia optimista que permite que las personas se imaginen el éxito de su cambio y anticipen las consecuencias de la conducta. Las expectativas de resultados positivos y las expectativas de autoeficacia para la acción son los factores psicosociales más relacionados con la generación de intenciones, por lo que se postula un posible orden causal y temporal entre ellos (22).

La fase volitiva incluye tres niveles: cognitivo, comportamental y situacional y dos procesos fundamentales que se refieren a la planeación y al control de la acción (22). El nivel cognitivo es un proceso autorregulatorio que media entre las intenciones y las acciones. Cuando se forma una preferencia por un comportamiento en salud, la intención se transforma en instrucciones detalladas según metas próximas y secuencias de acción (19). La planeación de la acción se refiere a cuándo, dónde y cómo se pondrá en marcha una acción deseada, lo que hace referencia a los niveles comportamental y situacional de esta fase. Se ha reportado asociación significativa entre la planeación de la acción y el logro de los objetivos del cambio comportamental (26).

La planeación de la acción es influenciada por las expectativas de autoeficacia del mantenimiento. La cantidad y la calidad de la planeación de la acción dependen de la competencia y experiencias que la persona observa en sí misma. Quien tiene dudas sobre su capacidad se encuentra inclinado a anticipar el fracaso y a abandonar el proceso; quien tiene un sentimiento optimista sobre su autoeficacia visualiza situaciones que guiarán la acción tras la superación de las barreras (22).

Por su parte, la acción es influenciada por las expectativas de autoeficacia para la recuperación (20), conjunto de procesos relativos al inicio, mantenimiento y recuperación de la conducta saludable. Una vez la conducta es iniciada debe ser mantenida a pesar de las tentaciones y recaídas; la persona debe estar confiada en su capacidad para superar esta situación y regresar a su nivel de desempeño anterior.

El modelo APAS cuenta con evidencia empírica sobre su pertinencia en estudio de la adopción de conductas saludables y preventivas (18, 24, 27-29). Se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la adopción de la conducta de toma de citología vaginal mediante la estimación de la asociación de dicha conducta saludable con las variables psicosociales incluidas en las fases motivacional y volitiva del modelo APAS, las variables sociodemográficas, los factores de riesgo y los conocimientos sobre la citología vaginal y el CaCu.

Materiales y métodos

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio transversal.

Participantes

Se conformó una muestra no probabilística constituida por 521 mujeres. Los criterios de inclusión fueron: a) haber tenido relaciones sexuales, b) tener entre 18 y 29 años, c) ser habitantes de alguna de las cuatro localidades de la ciudad de Bogotá donde se desarrolló el estudio: Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda, d) ser atendidas en alguno de los hospitales públicos de primer nivel de atención de dichas localidades.

El estudio fue aprobado por los Comités de ética de los hospitales, luego de lo cual se procedió a contactar a las mujeres que participaron voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos y variables

Sociodemográficas. Edad, estado civil, nivel educativo, hijos, estrato socioeconómico y tipo de trabajo.

Modelo APAS. Se utilizó un cuestionario construido previamente (30) para evaluar la adopción de la conducta de toma de citología vaginal según el modelo APAS, así:

Percepción de riesgo. Frente al CaCu y a las consecuencias negativas de la enfermedad. Fue evaluada con seis ítems tales como “Pienso que todas las mujeres estamos en riesgo de tener cáncer de cuello uterino” y “Si me da cáncer de cuello uterino creo que podría morir”, usando una escala Likert de cuatro opciones, de Totalmente en desacuerdo (1) a Totalmente de acuerdo (4).

Expectativas de resultados. Balance entre pros y contras de la toma de citología vaginal, beneficios y barreras percibidas. Fueron evaluadas con ocho ítems tales como “En realidad no siento vergüenza cuando me toman la citología vaginal” y “Realmente creo que tomarme la citología vaginal beneficia mucho mi salud”, usando una escala Likert de cuatro opciones, de Totalmente en desacuerdo (1) a Totalmente de acuerdo (4).

Autoeficacia para la acción. Creencias positivas sobre la capacidad para iniciar la toma periódica de la citología. Evaluada con un ítem tipo Likert “¿Sinceramente, usted se siente capaz de tomarse la citología vaginal una vez al año?”, con las opciones de respuesta: No (1), Mas o menos (2) y Si (3).

Intención. Interés y compromiso frente a la realización de la citología vaginal. Para identificar la fase en que se encontraban las mujeres se les pidió que seleccionaran sólo una de las opciones presentadas en la Tabla 1.

Planeación. Preparación para la acción y la implementación las intenciones según: cuándo, dónde y cómo se tomarían el examen. Fue evaluada con cuatro ítems tales como “¿Ya tiene planeado el mes en que va a tomarse la próxima citología vaginal?” y “¿Ya tiene planeado en dónde se va a tomar la próxima citología vaginal?”, usando una escala Likert: No (1), Mas o menos (2) y Si (3).

Autoeficacia del mantenimiento. Creencias optimistas acerca de la propia capacidad de mantener la conducta y afrontar las barreras de la fase de acción. Se planteó la pregunta: “¿En cuáles situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse la citología vaginal?”, seguida por seis opciones tales como “Aunque otras mujeres le hayan contado que a

ellas les dolió cuando se hicieron la citología” y “Aunque le de miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino”, para cada una de las cuales se debía seleccionar una de las siguientes opciones: No estoy totalmente segura (1), Mas o menos segura (2) y Estoy totalmente segura (3).

Acción. Se incluyeron cuatro ítems en escala Likert con cuatro opciones de respuesta frente a las preguntas: “¿Hace cuánto fue su primera citología?”, “¿Cuántas citologías se ha realizado?”, “¿Hace cuánto fue su última citología vaginal?” y “¿Más o menos cada cuánto se realiza la citología vaginal?”.

Factores de Riesgo para el CaCu. Evaluados mediante tres ítems: Edad de inicio de las relaciones sexuales, uso del condón y antecedente familiar de cáncer de cuello uterino.

Conocimiento sobre la Citología Vaginal y Sobre el CaCu. Se presentaron siete ítems, tres dicotómicos y cuatro de selección múltiple con única respuesta, que se adaptaron de un estudio previo (31).

Procedimiento. Las mujeres fueron contactadas al interior de los hospitales con independencia del servicio al que habían consultado. Luego de explicarles los objetivos del estudio y de que aceptaran participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado, se realizó la aplicación del cuestionario.

Análisis

Confiabilidad. Ante de realizar cualquier análisis de los datos recogidos, se estimó necesario evaluar la consistencia interna de las escalas destinadas al estudio de las variables del modelo APAS que tenían más de un

ítem (percepción de riesgo, expectativas de resultados, planeación, autoeficacia del mantenimiento y acción), para lo cual se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Análisis univariado. Las participantes fueron reagrupadas según la fase del modelo APAS en que se encontraban (**Tabla 1**): No intencional, Intencional y Acción. Las variables incluidas en el cuestionario se interpretaron como escalas de intervalo, lo que permitió calcular la sumatoria de los ítems correspondientes y la realización del análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas para cada uno de los tres grupos según promedio, desviación típica, valor mínimo y valor máximo (rango).

Análisis bivariado. Con el fin de caracterizar y diferenciar entre las fases del proceso de adopción de la conducta de toma de citología vaginal, se realizó un análisis de varianza en el que se comparó el desempeño los tres grupos: No intención, Intención y Acción, en las variables psicosociales: percepción de riesgo, expectativas de resultados, autoeficacia para la acción, autoeficacia del mantenimiento, planeación, conocimientos y factores de riesgo.

Primero se verificó el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene, para posteriormente realizar la comparación de medias mediante la prueba ANOVA de un factor en caso de que se asumieran varianzas iguales o con la prueba de robusta de igualdad de medias de Welch, usada cuando no se asumía este supuesto. En cuanto al contraste entre las medias de los grupos, se usaron dos pruebas: Honestly Significant Difference - HSD de Tukey y Games – Howell, según si se asumían varianzas homogéneas o no, respectivamente. Para todos los análisis se usó el software estadístico IBM SPSS 20.0.

Tabla 1. Ítems para medir la intención de toma de la citología vaginal.

	Ítem	Puntuación	Etapas
1	Yo nunca me he tomado la citología vaginal y realmente no tengo la intención de hacérmela durante este año.	0	No intencional
2	Yo sí me he tomado la citología vaginal pero no tengo la intención de hacérmela de nuevo.	0	
3	Yo nunca me he tomado la citología vaginal pero tengo la firme intención de hacérmela durante este año.	1	Intencional
4	Yo me tomé la citología vaginal hace varios años y dejé de hacerlo, pero tengo la intención de hacérmela este año.	2	
5	Yo hace poco me tomé mi primera citología vaginal y tengo la intención de hacérmela cada año.	3	
6	Yo me he tomado varias citologías vaginales y tengo la firme intención de seguir haciéndomela cada año.	4	Acción

Fuente. Elaboración de la autora.

Resultados

Confiabilidad. La consistencia interna de las escalas destinadas a evaluar las variables percepción de riesgo ($\alpha=0,656$) expectativas de resultados ($\alpha=0,73$), planeación ($\alpha=0,87$), autoeficacia del mantenimiento ($\alpha=0,83$) y acción ($\alpha=0,707$) fue adecuada, por lo que se procedió a realizar los análisis requeridos para dar cumplimiento al objetivo del estudio.

Análisis univariado. La edad promedio fue de 23 años (DS= 3,3), rango entre 18 y 29 años. De ellas el 61,6% (n=321) eran solteras, el 25% (n=131) vivían en unión libre y el 11% (n=58) estaban casadas. El 49% de las participantes (n=256) no tenía hijos, el 30,7% (n=160) tenía un hijo, el 12,5% (n=65) tenía dos hijos y el 7,7% restante (n=40) tenía entre tres y cinco hijos; la edad promedio del primer hijo fue a los 19 años. El 41% de las participantes (n=217) habían terminado la secundaria, el 35,5% (n=185) estudiaron parte de la secundaria, el 16,3% (n=85) tenían estudios técnicos o

universitarios, mientras que el 6,5% (n=34) tenían estudios de primaria o primaria incompleta. Las participantes vivían en los estratos socioeconómicos medio y bajo y el 50% (n=260) no tenía trabajo remunerado.

Cerca del 28% de las participantes (n=147) nunca se habían tomado el examen. En cuanto a los factores de riesgo para el CaCu, las participantes reportaron que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 17 años, con un rango de 11 a 28. El 88% había tenido relaciones sexuales sin condón y el 70% no lo usó en la última relación sexual. Sólo el 7,7% reportó antecedentes familiares positivos de CaCu. Respecto del conocimiento sobre la citología y el CaCu, el 95% (n=495) respondió acertadamente que los principales factores de riesgo para el CaCu son el inicio temprano de relaciones sexuales y el número de parejas. El 61% (n=316) respondió acertadamente que la citología vaginal sirve para detectar el cáncer de cuello uterino, así mismo el 61% (n=317) contestó que el VPH se relaciona con una infección de transmisión sexual; sin

Tabla 2. Análisis univariados para las variables del APAS, conocimientos y factores de riesgo para los grupos: No intención, Intención y Acción.

Variable	Estadística	No intención N=57	Intención N=270	Acción N=194
Percepción de riesgo	Media	18,14	18,76	19,69
	Desv. típ.	2,7	2,8	3,0
	Rango	10 - 24	10 - 24	9 - 24
Expectativas de resultado	Media	20,25	22,68	24,80
	Desv. típ.	4,1	4,0	4,1
	Rango	10 - 29	11 - 32	14 - 32
Autoeficacia para la acción	Media	1,58	2,46	2,81
	Desv. típ.	0,73	0,73	0,54
	Rango	1 - 3	1 - 3	1 - 3
Autoeficacia del mantenimiento	Media	10,77	14,13	16,11
	Desv. típ.	3,4	3,1	2,3
	Rango	6 - 18	6 - 18	6 - 18
Planeación	Media	4,37	7,31	10,08
	Desv. típ.	0,8	2,8	2,5
	Rango	4 - 8	4 - 12	4 - 12
Acción	Media	1,75	6,19	12,73
	Desv. típ.	3,8	5,1	2,2
	Rango	0 - 14	0 - 15	7 - 17
Conocimientos	Media	4,30	4,53	4,98
	Desv. típ.	1,5	1,4	1,4
	Rango	2 - 7	1 - 7	1 - 7
Factores de riesgo	Media	1,49	1,63	1,73
	Desv. típ.	0,826	0,713	0,644
	Rango	0 - 3	0 - 3	0 - 3

Fuente. Elaboración de la autora.

embargo, sólo el 33.2% (n=173) acertó en contestar que al inicio del CaCu no hay síntomas.

Según la intención de toma de la citología vaginal (**Tabla 1**), las participantes fueron agrupadas en las fases propuestas por el modelo APAS, así: No intencional (n=57), Intencional (n=270) y Acción (n=194). En el análisis univariado (**Tabla 2**) se muestra que el promedio de las puntuaciones obtenidas en todas las escalas evaluadas para las mujeres ubicadas en la fase volitiva (Intencional y Acción) fue mayor que el de las mujeres ubicadas en la fase motivacional (No intencional) y que las mujeres que se ubicaron en la fase de acción obtuvieron las puntuaciones más altas en todos los aspectos evaluados.

Análisis bivariado. El análisis de varianzas realizado permitió caracterizar y establecer diferencias entre las fases del proceso de adopción de la conducta de toma de citología vaginal, lo que se evidencia en la comparación de los grupos No intención, Intención y Acción (**Tabla 3**), según las variables percepción de riesgo,

expectativas de resultados, autoeficacia para la acción, autoeficacia del mantenimiento, planeación, factores de riesgo y conocimientos. Se destaca que las mujeres en la fase de Acción obtuvieron puntajes significativamente más altos que los otros dos grupos tanto en los conocimientos como en la percepción de riesgo. Asimismo, en las expectativas de resultado, la autoeficacia para la acción, la autoeficacia para el mantenimiento y la planeación, variables del modelo APAS, se observaron diferencias significativas entre los tres grupos. Por otro lado, los factores de riesgo reportados por las participantes no mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los tres grupos.

Discusión y Conclusiones

La comprensión de los factores asociados a la toma de citología incluye tanto variables económicas y técnicas, como variables culturales y psicosociales; sobre estas últimas hay varias investigaciones que reportan

Tabla 3. Análisis bivariados para comparar los grupos No intención, Intención y Acción según las variables del APAS, los conocimientos y los factores de riesgo. * Valor estadísticamente significativo.

Variable	Prueba de Levene	P	Prueba análisis varianza	Valor del estadístico del análisis varianza	P	Prueba de contraste	Grupos que difirieron significativamente
Percepción de riesgo	F=0,89	0,41	ANOVA de un factor	F= 9,97	0,00*	HSD de Tukey	El grupo en fase de acción obtuvo puntajes más altos que los otros dos grupos.
Expectativas de resultados	F=1,16	0,313	ANOVA de un factor	F=32,9	0,00*	HSD de Tukey	Los tres grupos difirieron entre sí.
Autoeficacia para la acción	F=45,83	0,00*	Welch	F asintótica=74,5	0,00*	Games – Howell	Los tres grupos difirieron entre sí.
Autoeficacia para el mantenimiento	F=22,3	0,00*	Welch	F asintótica=89,9	0,00*	Games – Howell	Los tres grupos difirieron entre sí.
Planeación	F=41,9	0,00*	Welch	F asintótica=345,1	0,00*	Games – Howell	Los tres grupos difirieron entre sí.
Conocimientos	F=1,13	0,32	ANOVA de un factor	F=7,3	0,001*	HSD de Tukey	El grupo en fase de acción obtuvo puntajes más altos que los otros dos grupos.
Factores de riesgo	F=5,9	0,003*	Welch	F asintótica=2,56	0,08	-	No se observaron diferencias entre los grupos.

Fuente. Elaboración de la autora.

la relación entre los factores psicológicos y culturales y la toma de citología vaginal (12-17). En este estudio se adoptó el modelo APAS.

Uno de los postulados fundamentales del modelo APAS es que la adquisición de una conducta saludable se da a lo largo de un proceso segmentado en fases, donde se diferencia entre una fase motivacional y una fase volitiva (18-20, 23). A partir de estas fases pueden establecerse tres grupos de personas, quienes no tienen la intención para adquirir la conducta saludable, quienes tienen la intención pero aún no han adquirido la conducta, y quienes ya adquirieron la conducta y la mantienen (26). En este estudio se siguió tal categorización por fases.

Al comparar las participantes ubicadas en la fase motivacional las ubicadas en la fase volitiva se observó un aumento en las puntuaciones obtenidas en las escalas psicosociales y de conocimiento evaluadas. Los análisis de varianza mostraron diferencias significativas entre estos grupos, lo que muestra que la adquisición de la conducta saludable de toma de citología es un proceso discontinuo que implica momentos cualitativamente diferentes, tal como lo propone el modelo APAS (20, 24, 27).

Las mujeres que se encontraron en la fase de acción obtuvieron puntajes significativamente más altos en todas las escalas psicosociales y en el conocimiento. Se resalta que éste fue el único grupo que difirió significativamente de los otros dos en cuanto a la percepción de riesgo y los conocimientos. Se afirma que el conocimiento sobre la existencia de un riesgo para la salud es el paso previo para que se inicie el proceso de adopción de conductas protectoras (32).

Las expectativas de resultado, la autoeficacia para la acción, la autoeficacia para el mantenimiento y la planeación difirieron significativamente entre los tres grupos. En el balance entre los pros y los contras de la conducta saludable de toma de citología se tendió a maximizar las consecuencias positivas a medida que las mujeres desarrollaron la intención y posteriormente la acción. La percepción sobre la propia capacidad para adherirse a la toma periódica de la citología vaginal, autoeficacia para la acción, al igual que la capacidad percibida para afrontar las barreras que pueden tener lugar una vez se comienza a tomar el examen, autoeficacia para el mantenimiento, aumentaron de forma significativa entre los tres momentos de cambio, tal como lo propone el modelo (26). A medida que la mujer inicia la conducta y se va tomando más citología vaginales se va percibiendo a sí misma como

más hábil para afrontar las barreras del examen, dolor, pena, miedo y vergüenza, entre otras. El hecho de que la planeación también variara significativamente coincide con la propuesta de Schwarzer (19) en cuanto a que los planes de acción constituyen un proceso autorregulatorio que media entre las intenciones y el desempeño de la conducta. La variable factores de riesgo no permitió establecer diferencias entre los grupos, lo que se asumió como evidencia de que los factores asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino reportados por las participantes no tuvieron relación con el desempeño de la conducta saludable.

La intención de adherirse al tratamiento de una anomalía se ha relacionado con la representación de la enfermedad y con la percepción de control sobre los efectos del tratamiento. En este estudio no fue posible evaluar esta relación, dado que no se diferenció entre las mujeres que habían tenido resultados anormales en el tamizaje previo y quienes tenían resultados normales. Esto constituye una limitación del estudio en tanto que la experiencia previa del diagnóstico puede influenciar el mantenimiento de la conducta saludable, aspecto que debería ser incluido en estudios posteriores.

Los hallazgos de este estudio son útiles para el planeamiento de estrategias de prevención del CaCu que reconozcan las distintas fases del proceso de adopción de la conducta de toma de citología, a partir de lo cual se podrían plantear intervenciones de educación en salud orientadas diferencialmente según las necesidades de las mujeres. Finalmente, es necesario tener en cuenta que si bien este estudio aportó información muy relevante sobre las variables psicosociales implicadas en la conducta de toma de citología vaginal observada en una muestra de mujeres residentes en la ciudad de Bogotá, la adopción de la conducta saludable hace parte del complejo y dinámico proceso salud enfermedad, lo que implica que además de estas variables se deben considerar otros factores implicados no sólo con la toma de citología sino con la adherencia al seguimiento.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias

1. WHO. Global status report on noncommunicable diseases, 2010. Geneva: WHO; 2011.

2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127:2893–917.
3. Global Health Council. The burden of cancer in developing countries. Global Health Council Report. 2010.
4. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. GLOBOCAN 2008 v1.2: Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon: IARC; 2010.
5. Gravitt PE. The known unknowns of HPV natural history. *J Clin Invest*. 2011;121(12):4593-9.
6. Muñoz N, Reina J, Sánchez G. La vacuna contra el virus del papiloma humano: Una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello cérvico uterino. *Colombia Médica*. 2008;39:196 – 204.
7. Chamot E, Kristensen S, Stringer JS, Mwanahamuntu MH. Are treatments for cervical precancerous lesions in less-developed countries safe enough to promote scaling-up of cervical screening programs? A systematic review. *BMC Womens Health*. 2010;10:11.
8. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26 Suppl 11:L37-L48.
9. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Bogotá.: Profamilia.; 2016.
10. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anomalía citológica de cuello uterino, en Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2010;12(1):1-13.
11. Piñeros M, Gamboa O, Hernández-Suárez G, Pardo C, Bray F. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984-2008. *Cancer Epidemiol*. 2013;37(3):233-9.
12. Rubio D, Restrepo M. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004;13:102 - 12.
13. Tamayo L, Chávez M, Henao L. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2009;27(2):177-86.
14. Wilcher R, Gilbert L, Siano C, Arredondo E. From focus groups to workshops: Developing a culturally appropriate cervical cancer prevention intervention for rural latinas. In: Torres M, Cernada G, editors. *Sexual and Reproductive Health Promotion in Latino Populations: Parteras, promotoras y poetas Case Studies Across the Americas*. New York: Baywood Publishing Company Inc; 2003. p. 81-100.
15. Granada P, Echeverri M, Estrada A. Barreras culturales en la práctica de citología cérvicouterina. *Revista epidemiológica*. 2003;6:5-12.
16. Garcés I, Rubio D, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2012;30(1):7-16.
17. Pelcastre B, Tirado L, Morado A, López M. Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services. *Reproductive Health*. 2007;4(2):1-10.
18. Schwarzer R, Sniehotta F, Lippke S, Luszczynska A, Scholz U, Schüz B, et al. On the assessment and analysis of variables in the Health Action Process Approach: Conducting an investigation. 2003.
19. Schwarzer R. Social – cognitive factors in changing health related behaviors. *Current Directions on Psychological Science*. 2001;10:47-51.
20. Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*. 2008;57:1-29.
21. Schwarzer R. Some burning issues in research on health behavior change. *Applied Psychology: An International Review*. 2008;57:84-93.
22. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviors. In: Conner M, Norman P, editors. *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press; 2005. p. 163-96.
23. Luszczynska A, Diehl M, Gutierrez B, Kuusinen P, Schwarzer R. Measuring one component of dispositional self-regulation: attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences*. 2004;37:555-66.
24. Lippke S, Plotnikoff RC. Testing Two Principles of the Health Action Process Approach in Individuals With Type 2 Diabetes. *Health Psychol*. 2012.
25. Schwarzer R, Luszczynska A, Ziegelmann J, Scholz U, Lippke S. Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*. 2008;27:54-63.
26. Schüz B, Sniehotta F, Mallach N, Wiedemann A, Schwarzer R. Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. *Health Education Research*. 2009;24:64-75.
27. Lippke S, Ziegelmann J, Schwarzer R. Stage-specific adoption and maintenance of physical activity: Testing a three-stage model. *Psychology of Sport and Exercise*. 2005;6:585-603.
28. Hankonen N, Absetz P, Kinnunen M, Haukkala A, Jallinoja P. Toward identifying a broader range of social cognitive determinants of dietary intentions and behaviors. *Appl Psychol Health Well Being*. 2013;5(1):118-35.
29. Luszczynska A, Schwarzer R. Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health*. 2003;18:93-108.
30. Flórez L, Rubio D. Cuestionarios para evaluar la conducta de toma de citología según el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable. *Psicología y Salud*. 2011;21(2):145-55.
31. Liga Colombiana Contra el Cáncer. Estudio del nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 21 años en Colombia 2008.
32. Weinstein N, Rothman A, Sutton S. Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*. 1998;17:290-9.