

Questionarios para evaluar la conducta de toma de citología según el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable

Questionnaires for assessing the behavior of Pap smearing according the health action process approach model

Luis Flórez Alarcón y Diana Carolina Rubio León¹

RESUMEN

El presente trabajo da cuenta de la construcción de una batería de instrumentos que permitiera evaluar las variables sociodemográficas, los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, el conocimiento sobre la citología vaginal y el cáncer de aquél, el autorreporte de la realización de la citología y las variables psicosociales propuestas por el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable en una muestra de mujeres jóvenes. Dicha construcción fue realizada en varias fases: construcción del universo de ítems, control de validez por jueces, un pilotaje con 175 participantes y una aplicación a 521 mujeres. Se obtuvo una batería de seis cuestionarios, y la forma final del cuestionario psicosocial constó de seis escalas, cuya confiabilidad fue satisfactoria; la validez de constructo fue confirmada mediante un análisis factorial donde los cuatro primeros factores explicaron 49% de la varianza. La batería obtenida resultó útil para identificar la etapa motivacional o volitiva en que se encontraban las participantes en cuanto al proceso de adopción de la conducta saludable, así como para orientar las intervenciones para la detección precoz del cáncer.

Palabras clave: Construcción de pruebas psicométricas; Aproximación de procesos a la acción saludable; Citología vaginal.

ABSTRACT

This work had as its aim to construct a instrument's battery to assess demographic variables, risk factors for cervical cancer, knowledge about the Pap smear and cervical cancer, the self-report of the performance of cytology, and psychosocial variables proposed by the Health Action Process Approach Model in a sample of young women. The instrument's construction was carried out in several phases: the universe of items' construction checked for validity by judges, a pilot with 175 participants, and its application to 521 women. Was obtained a battery of six questionnaires. The final form of the psychosocial questionnaire had six scales whose reliability was satisfactory; the construct validity was confirmed by a factor analysis, where the first four factors accounted for 49% of the variance. The battery obtained was useful for to identify the motivational or volitional stage in which the participants were in the adoption of healthy behavior process, as well as targeting interventions for cancer screening.

Key words: Construction of psychometric tests; Health Action Process Approach; Pap smear.

¹ Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano", Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Psicología, Ciudad Universitaria, Carrera 45 No. 26-85, Bogotá, Colombia, tel. y fax (571)316-50-06, correos electrónicos: luis@florez.info y dcrubiol@unal.edu.co. Artículo recibido el 17 de febrero y aceptado el 25 de abril de 2011.

Después del cáncer de mama, el del cuello uterino es la segunda causa de muerte en las mujeres por enfermedades oncológicas en el mundo. Se sostiene que globalmente esta enfermedad causa 230 mil muertes anuales (Chamot, Kristensen, Stringer y Mwanahamuntu, 2010). Si bien es prevenible, aún es un problema de salud pública debido a que afecta con una frecuencia muy alta a los países menos desarrollados, pues se estima que más de 80% de los casos y muertes atribuibles a esta enfermedad ocurre en estas regiones (Castro, Vera y Posso, 2006). Dichas cifras seguirán creciendo en los países mencionados debido al aumento en la esperanza de vida de la población y a la ausencia de programas eficientes de tamizaje (Muñoz, Reina y Sánchez, 2008).

En Colombia, el cáncer cervicouterino representa la principal causa de muerte por cáncer en mujeres de entre 30 y 59 años de edad (Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2003), por lo que es un problema prioritario de salud pública dado que la mortalidad ocasionada por ella no ha descendido en los últimos treinta años.

Los diferentes estudios sobre la etiología y los factores implicados en el desarrollo de la enfermedad (Castro y cols., 2006; Gray y Walzer, 2004; Muñoz, Méndez, Posso y cols., 2004; Secretaría de Salud de Bogotá, 2005) hacen referencia a la infección causada por el virus del papiloma humano (VPH) como una precursora necesaria del cáncer de cuello uterino. La Organización Panamericana de la Salud (2004) reporta que en 99.7% de los casos de cáncer cervicouterino se ha detectado infección previa con VPH de los tipos 16 y 18. Distintos estudios epidemiológicos realizados en Colombia han permitido establecer una curva de incidencia para la infección con VPH, cuyos picos se observan en mujeres con edades cercanas a los 20 años y mayores de 50 (Muñoz y cols., 2004), y se afirma que la prevalencia del VPH es muy elevada en las menores de 25 años (Secretaría de Salud de Bogotá, 2005; cfr. Profamilia, Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social y UNFPA, 2005).

Investigaciones recientes afirman que los cánceres relacionados con el VPH son un importante problema de salud en la ciudad de Bogotá, donde el cáncer de cuello uterino ocasiona la muerte de

250 a 350 mujeres cada año, y el diagnóstico de entre 500 y 1,000 casos nuevos (De la Hoz, Alvis, Narváez y Chocontá, 2009).

En cuanto a la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, se ha subrayado la importancia del control de la infección con VPH y el desarrollo de vacunas profilácticas orientadas a evitarla (Muñoz y cols., 2008); sin embargo, los altos costos de la vacuna hacen que se considere fundamental poner el énfasis en los programas de detección precoz mediante los análisis citológicos.

La realización de la citología vaginal ha sido obstaculizada por barreras psicosociales que disminuyen la probabilidad de la adopción efectiva de tal conducta saludable (Granada, Echeverri y Estrada; 2003; Pelcastre, Tirado, Morado y López, 2007; Piñeros, Cendales, Murillo, Wiesner y Tovar, 2006; Restrepo y Rubio, 2004; Tamayo, Londoño, Posada, Upegui y Henao, 2006; Wilcher, Gilbert, Siano y Arredondo, 2003).

La toma de citología vaginal debe entenderse en referencia al proceso de salud-enfermedad y, en consecuencia, se debe tener en cuenta que la adopción de esta conducta saludable es un fenómeno multidimensional que hace pertinente su análisis por la psicología de la salud y, específicamente, a partir de los modelos teóricos que explican la adquisición de una conducta saludable como resultado de un proceso dinámico y de etapas (Flórez, 2007).

En la línea de estos modelos se encuentra el propuesto por Ralf Schwarzer, conocido como *aproximación de procesos a la acción saludable* (APAS en lo sucesivo) (Schwarzer, 2001; Schwarzer, 2008a; Schwarzer, 2008b; Schwarzer y Fuchs, 2005; Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, Scholz y Lippke, 2008), el cual concede especial importancia a la autoeficacia como componente que atraviesa todas las fases de la adopción del comportamiento saludable. La adopción, iniciación y mantenimiento del mismo dependen de la creencia y la confianza que tiene una persona sobre su propia capacidad para llevarlo a cabo.

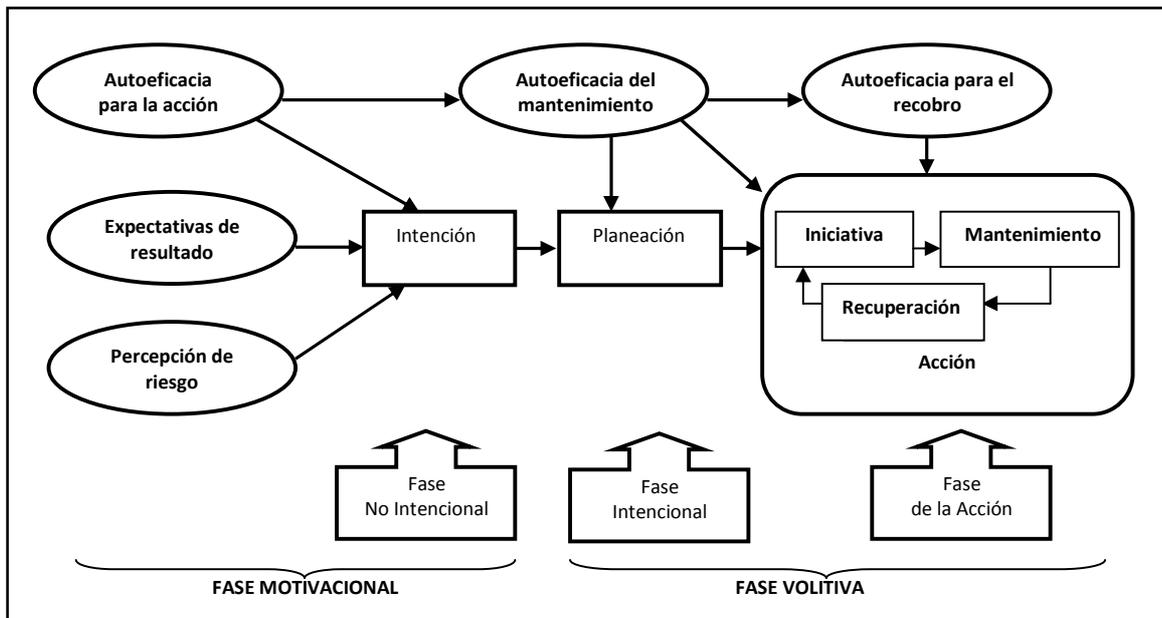
En tal aproximación, Schwarzer (2001) supone que muchas de las condiciones de salud de las personas se vinculan con la realización de comportamientos de riesgo sobre los que, por lo menos en principio, las personas tienen control, lo que hace posible que los comportamientos nocivos para

la salud se remplacen por los esfuerzos de autorregulación de la persona para eliminarlos y adquirir así comportamientos más saludables.

La adopción de comportamientos promotores de la salud es a menudo una cuestión simplificada en un proceso deliberado en el que la persona de-

cide abstenerse de realizar las conductas de riesgo como resultado de su percepción de una amenaza; sin embargo, dicha percepción, por sí sola, no predice el cambio, por lo que la APAS incluye otras variables presentes en el proceso (Figura 1).

Figura 1. El modelo de aproximación de de procesos a la acción saludable (APAS).



Las variables incluidas en la APAS son las siguientes:

Percepción de riesgo. Es un antecedente distal de la intención, de manera que es asumido como una etapa de contemplación y elaboración en la que la persona considera las consecuencias negativas de la enfermedad y su vulnerabilidad ante ella.

Expectativas de resultados de la conducta saludable. Es el proceso mediante el cual la persona evalúa las consecuencias de realizar el comportamiento saludable haciendo un balance entre sus ventajas y desventajas.

Autoeficacia para la acción. Se refiere a la percepción sobre la capacidad para iniciar una acción y para controlar las demandas del medio gracias a las propias habilidades y a la efectividad en el desempeño (Schwarzer, 2001). Esta expectativa es una creencia optimista que permite que las personas se imaginen el éxito de su cambio (Schwarzer, 2008a).

Planeación de la acción. Alude a la resolución de cuestiones referidas a cuándo, dónde y cómo se pondrá en marcha una acción deseada, lo que remite a los niveles comportamental y situacional de la fase volitiva.

Expectativas de autoeficacia del mantenimiento. Son las competencias y experticia que la persona observa en sí misma. Quien tiene un sentimiento optimista sobre su autoeficacia, visualiza situaciones que guiarán la acción tras la superación de las barreras que se interpondrán (Schwarzer y Fuchs, 2005).

Acción. Es entendida por la APAS como el conjunto de procesos relativos al inicio, mantenimiento y recuperación de la conducta saludable. La acción es influida por las expectativas de autoeficacia para la recuperación (Schwarzer, 2008a); una vez que la conducta es iniciada, debe mantenerse a pesar de las tentaciones; si hay recaídas y la conducta saludable deja de realizarse, la persona debe estar confiada en su capacidad para su-

perar esta situación y regresar a su nivel de desempeño anterior.

Con el propósito de caracterizar el proceso de adopción de la conducta de toma de citología vaginal por parte de una muestra de mujeres jóvenes, se decidió construir una batería de cuestionarios que evaluara las variables psicosociales incluidas en las fases motivacional y volitiva del modelo de APAS, las variables sociodemográficas, los conocimientos, el autorreporte de la toma de examen y los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino.

MÉTODO

Participantes

En este estudio exploratorio (dado que no había investigaciones previas donde se hubiese estudiado la adopción de la conducta de toma de citología a partir del APAS, lo que hizo necesario construir los instrumentos utilizados), se conformó una muestra no probabilística constituida por 696 mujeres con edades de entre 18 y 29 años, pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3, habitantes de cuatro localidades de la ciudad de Bogotá. Estas mujeres ya habían tenido relaciones sexuales y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Fueron contactadas por intermedio de tres hospitales públicos de la ciudad. Su escolaridad varió de primaria incompleta a estudios universitarios.

Procedimiento

El proceso de construcción de los instrumentos psicométricos se desarrolló en las siguientes sub-fases:

Construcción del universo de ítems. Se construyeron 98 ítems a partir de la información recogida previamente mediante tres entrevistas en profundidad y cuatro grupos focales que se llevaron a cabo con mujeres jóvenes para identificar sus conocimientos y percepción sobre los temas que se pretendía evaluar con los cuestionarios. Esta información, junto con la revisión de antecedentes y de los parámetros propuestos por el APAS, hizo posible operacionalizar las variables a evaluar y diseñar los reactivos.

Control de validez por jueces. Con el fin de controlar la validez, dichos ítems fueron puestos a consideración de tres jueces expertos en psicología de la salud y en construcción de pruebas psicométricas. Los ítems se evaluaron según los criterios de relevancia, pertinencia y redacción.

Pilotaje de la batería de instrumentos. Se aplicó la batería piloto a una muestra de 175 mujeres. Los criterios para evaluar los ítems fueron, a saber: a) discriminación del ítem, aceptándose ítems cuyas correlaciones estuvieran entre 0.3 y 0.6; b) confiabilidad de la escala según la estimación de los coeficientes α de Cronbach; c) análisis de la matriz de correlaciones entre los ítems, descartándose aquéllos con correlaciones negativas o superiores a 0.6, y d) variabilidad, según la distribución de respuestas.

Aplicación de la batería de instrumentos. Se aplicaron los instrumentos construidos a una muestra no probabilística intencional constituida por 521 mujeres. Con el fin de establecer la validez del constructo teórico que sustenta el modelo APAS, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con el método de extracción por componentes principales con rotación varimax, suprimiéndose los valores menores a 0.3.

Variables. Estas variables dieron origen a los seis cuestionarios construidos, según se describe adelante.

Variables sociodemográficas. Definidas o adaptadas a partir de lo evaluado en estudios locales previos (Lucumí y Gómez, 2004; Rubio y Restrepo, 2005), consistieron en la edad, estado civil, nivel educativo, número de hijos, estrato socioeconómico, tiempo de permanencia en la localidad, ocupación principal en los últimos treinta días, tipo de trabajo y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Variables psicosociales del modelo APAS.

- *Percepción de riesgo:* Vulnerabilidad y riesgo percibidos por las participantes frente al cáncer de cuello uterino y a las consecuencias negativas de la enfermedad.
- *Expectativas de resultados:* Balance entre pros y contras de la realización de la citología vaginal, beneficios y costos percibidos.
- *Autoeficacia para la acción:* Referida a la fase preaccional y a la evaluación general de los recursos que permitirán generar una

intención. Creencias positivas sobre la capacidad para iniciar la toma periódica de la citología.

- *Intención*: Interés y compromiso de las participantes ante la realización de la citología vaginal.
- *Planeación*: Preparación para la acción y de la forma en que se implementarán las intenciones según cuestiones del tipo: cuándo, dónde y cómo se tomarían el examen.
- *Autoeficacia del mantenimiento*: Creencias optimistas acerca de la propia capacidad de mantener la conducta y afrontar las barreras que podrían aparecer durante la fase de acción.
- *Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino*. Edad de inicio de las relaciones sexuales, uso del condón y antecedentes familiares de cáncer cervicouterino.
- *Conocimiento sobre la citología vaginal y sobre el cáncer de cuello uterino*. Esta variable se incluyó con el fin de evaluar el conocimiento de las participantes sobre estos dos temas. Los ítems fueron adaptados a partir del estudio de la Liga Colombiana contra el Cáncer (2008).
- *Autorreporte de realización de la citología vaginal*. Variable criterio que evaluó la información relativa a la fase de acción de la APAS. Se basó en el autorreporte de las participantes en cuanto a la frecuencia del examen, número de tomas, fecha de la primera toma, de la última, resultados y recogida de los resultados.

RESULTADOS

A partir de los ítems resultantes del control de validez por jueces, se configuraron dos baterías de pruebas paralelas que se sometieron a pilotaje en una muestra de 115 mujeres: 73 mujeres de 18 a 29 años habitantes de la localidad de Bosa, que contestaron la versión 1, y 42 mujeres de 20 a 29 años, habitantes de la localidad de Fontibón, que contestaron la versión 2.

Se decidió conformar y pilotear dos pruebas paralelas debido a la cantidad de ítems psicosociales que se quiso evaluar, que en caso de ser piloteados en conjunto habrían hecho que la prueba fuera muy extensa. Cada una de las dos versiones de las escalas relativas a las variables psicosociales de percepción de riesgo, expectativas de resultado, autoeficacia para la acción y mantenimiento, estuvieron conformadas por ítems similares en cantidad y en el constructo evaluado. Las demás escalas psicosociales (intención y planeación), al igual que el cuestionario sociodemográfico y los de Conocimientos, de Factores de Riesgo y de Autorreporte de la Realización de la Citología Vaginal, se presentaron de forma idéntica en las dos versiones de la batería.

Seguidamente se realizó el análisis del funcionamiento de las escalas del Cuestionario de APAS para cada una de las versiones, según los criterios de discriminación, confiabilidad, análisis de la matriz de correlaciones entre los ítems y variabilidad en la distribución de las respuestas.

Según el cumplimiento de dichos criterios, se seleccionaron los ítems que presentaron un mejor funcionamiento, de manera que las escalas de percepción de riesgo, expectativas de resultados y autoeficacia para el mantenimiento quedaron conformadas por menos ítems. Es de especial mención el caso de la escala de autoeficacia para la acción, ya que los diez ítems piloteados mostraron poca variabilidad, y las respuestas una fuerte tendencia al acuerdo total, lo que produjo que las correlaciones ítem-escala fueran cercanas a 0.9, razón por la cual se decidió elegir un solo reactivo para evaluar dicha variable que diera cuenta de la autoeficacia general percibida por las mujeres antes de la realización de la conducta saludable: “¿Sinceramente usted se siente capaz de tomarse la citología vaginal una vez al año?”, cuyas opciones fueron las de “sí”, “más o menos” y “no”.

Tras estos análisis se decidió conformar la versión 3 de la batería de pruebas con el fin de hacer un nuevo pilotaje de las escalas psicosociales, la cual se aplicó a 60 mujeres de 18 a 29 años que habitaban en las localidades de Bosa, Fontibón y Kennedy. La distribución de los ítems en esta versión del pilotaje se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Estructura general de la versión 3 para el pilotaje de la batería de pruebas.

INSTRUMENTO	Ítems por escala	Total de ítems
Cuestionario sociodemográfico	10	10
Cuestionario de APAS de toma de citología vaginal		
Percepción de riesgo	9	38
Expectativas de resultado	14	
Autoeficacia para la acción	1	
Intención	1	
Autoeficacia para el mantenimiento	9	
Planeación	4	
Cuestionario de Conocimientos sobre la Citología Vaginal y el Cáncer de Cuello Uterino	7	7
Cuestionario de Factores de Riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino	4	4
Cuestionario de Autorreporte de Realización de la Citología Vaginal	8	8

Inicialmente, se verificó el adecuado funcionamiento de los cuestionarios sociodemográfico, de Conocimientos, de Factores de Riesgo, de Autorreporte de realización de la Citología Vaginal, y de las escalas psicosociales de intención y planeación. El ítem que evaluó la autoeficacia para la acción siguió mostrando tendencia al acuerdo, pero mejoró la variabilidad en las respuestas.

Los nueve reactivos de la escala de Percepción de riesgo mostraron correlaciones positivas y se estimó un α de Cronbach inicial de 0.728. Con el fin de recortar la escala y dejar solo los mejores ítems, se excluyeron los dos reactivos de correlaciones más bajas con la escala, ya que ambos eran negativos. Los siete ítems incluidos tuvieron correlaciones con la escala de entre 0.36 y 0.60, y el α final fue de 0.768.

En cuanto a la escala de Expectativas de resultado, se obtuvo un α inicial de 0.725 para los catorce ítems piloteados. Se eliminaron los reactivos con correlaciones negativas y menores de 0.3 con la escala. Finalmente, se seleccionaron nueve reactivos con correlaciones ítem-escala de entre 0.33 y 0.76, con los cuales la escala obtuvo una confiabilidad final de 0.8.

En la escala de Autoeficacia para el mantenimiento, se estimó un α inicial de 0.93, lo que sugirió que algunos de los ítems incluidos evaluaban lo mismo, por lo que se hizo un análisis de contenido de los reactivos, tras el cual se decidió eliminar tres que evaluaban autoeficacia frente a las barreras: miedo al dolor, incomodidad y pena, que se consideraron temas muy generales.

Por último, se conservaron seis ítems que medían la capacidad percibida para afrontar barreras más concretas frente al examen, obteniéndose un coeficiente α de Cronbach de 0.87.

La batería resultante del pilotaje fue aplicada a 521 mujeres, cuyo análisis permitió establecer las características psicométricas de los seis cuestionarios obtenidos. De dos escalas psicosociales del Cuestionario de APAS de Toma de Citología Vaginal (Percepción de riesgo y Expectativas de resultado), se extrajeron dos ítems que mostraron las menores correlaciones ítem-escala. La forma final de este cuestionario quedó conformada por seis escalas, con 25 ítems tipo Likert y un ítem de selección múltiple, correspondiente a la escala de intención (Tabla 2).

Con el objetivo de categorizar a las participantes según su intención de tomarse la citología, se construyó un ítem de selección múltiple con seis opciones de respuesta correspondientes a afirmaciones sobre su intención y su conducta de toma de citología vaginal, pidiendo a las mujeres que eligieran la que más se acomodaba a sí mismas (Tabla 3).

Las respuestas de las participantes fueron estimadas en una variable categórica y en una numérica de la siguiente forma:

Intención categorizada: En la Tabla 3 se presentan las opciones que permitieron ubicar a las participantes en tres categorías: No intencionadas (quienes eligieron las opciones 1 y 6), Intencionadas (quienes puntuaron las opciones 2, 3 y 4) y Actores (quienes seleccionaron la opción 5).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y confiabilidad para las escalas del Cuestionario de APAS de Toma de Citología Vaginal.

Escala	Ítems	Correlación Ítem-escala	α	Rango	Media	Desviación estándar
Percepción de riesgo	6	0.16- 0.49	0.656	9 – 24	19	2.9
Expectativas de resultado	8	0.22-0.60	0.727	10 – 32	23	4.2
Autoeficacia para la acción	1	-	-	1 – 3	2.5	0.7
Intención	1	-	-	0 – 4	2.5	1.4
Autoeficacia del mantenimiento	6	0.53-0.68	0.83	6 – 18	14.5	3.3
Planeación	4	0.69-0.75	0.87	4 – 12	8	3.1

Tabla 3. Opciones de respuesta del ítem de intención del Cuestionario de APAS de Toma de Citología Vaginal.

1	Yo nunca me he tomado la citología vaginal y realmente <i>no</i> tengo la intención de hacérmela durante este año.
2	Yo nunca me he tomado la citología vaginal, pero tengo la firme intención de hacérmela durante este año.
3	Yo me tomé la citología vaginal hace varios años y dejé de hacerlo, pero tengo la intención de hacérmela este año.
4	Yo hace poco me hice mi primera citología vaginal y tengo la intención de hacérmela cada año.
5	Yo me he tomado varias citologías vaginales y tengo la firme intención de seguir haciéndomela cada año.
6	Yo sí me he tomado la citología vaginal, pero <i>no</i> tengo la intención de hacérmela de nuevo.

Intención numérica: Con esta información también se construyó una variable de intervalo en la que se asignó una puntuación convencional de entre 0 y 4, según el aumento de la intención para realizar la conducta. Así: 0, para quienes seleccionaron las opciones 1 y 6; 1, para quienes seleccionaron la opción 2; 2, para quienes seleccionaron la opción 3; 3, para quienes seleccionaron la opción 4, y 4, para quienes seleccionaron la opción 5.

En ambas versiones del pilotaje se pudo establecer que en la variable de intención las participantes seleccionaron solo una de las seis opciones planteadas, selección que en todos los casos

coincidió con la información dada en el Cuestionario de Autorreporte de la Realización de la Citología Vaginal, lo que también se asumió como un indicador de consistencia entre los cuestionarios de la batería.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio con los ítems de las escalas de Percepción de riesgo, Expectativas de resultado, Autoeficacia para el mantenimiento y Planeación, con el fin de establecer la validez del constructo teórico mediante el método de extracción por componentes principales con rotación varimax, suprimiéndose los valores menores a 0.3 (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis factorial de componentes principales para los ítems del Cuestionario de APAS.

Escala	ÍTEM	COMPONENTE			
		1 24 %	2 10 %	3 8.3 %	4 6.6 %
Percepción de riesgo	Creo que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad mortal.				0.61
	Pienso que todas las mujeres estamos en riesgo de tener cáncer de cuello uterino.				0.65
	Si yo tuviera cáncer de cuello uterino, creo que se afectarían mucho mi vida y mi salud.				0.65
	Si me da cáncer de cuello uterino creo que podría morir.				0.65
	Realmente me siento en riesgo de tener cáncer de cuello uterino en algún momento de mi vida.				0.52
	Me parece que el cáncer de cuello uterino sólo le da a las mujeres mayores.				

Continúa...

Expectativas de resultado	Creo que tomarse la citología vaginal es la mejor forma de prevenir el cáncer del cuello uterino.				0.40
	A mí la citología vaginal <i>no</i> me produce miedo.			0.75	
	En realidad <i>no</i> siento vergüenza cuando me toman la citología vaginal.			0.76	
	Pienso que las mujeres que se toman la citología vaginal pueden curarse en caso de tener cáncer de cuello uterino.			0.35	0.35
	En realidad <i>no</i> me da pena tener que desnudarme para que me tomen la citología vaginal.			0.77	
	Realmente creo que tomarme la citología vaginal beneficia mucho mi salud.			0.38	0.52
	Si otras mujeres me cuentan que les dolió cuando se tomaron la citología, a mí me daría miedo hacérmela.			0.54	
	Me parece que durante la toma de la citología vaginal se puede llegar a sentir mucho dolor.			0.44	
Planeación	¿Ya tiene planeado el mes en que va a tomarse la próxima citología vaginal?		0.82		
	¿Ya tiene planeado dónde se va a tomar la próxima citología vaginal?		0.82		
	¿Ya tiene planeado cómo se va a tomar la citología vaginal este año?		0.81		
	¿Ya tiene planeado cada cuánto se va a tomar la citología vaginal?		0.75		
Autoeficacia del mantenimiento	Aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino.	0.73			
	Aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron la citología.	0.75			
	Aunque le haya dolido mucho cuando le tomaron la última citología vaginal.	0.71			
	Aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que tomarse la citología.	0.68			
	Aunque no se haya sentido bien atendida por los médicos y las enfermeras.	0.64			
	Aunque no sepa lo que le van a hacer durante la toma del examen.	0.70			

Los cuatro primeros componentes extraídos explicaron 49% de la varianza total, lo que se considera adecuado para la construcción de un cuestionario. De manera general, cada uno de los componentes extraídos incluyó los ítems de una sola variable psicosocial, por lo que se asumió que los resultados del análisis por componentes principales apoyaron la validez del constructo del modelo APAS a partir del cual se construyó el instrumento.

En la Tabla 4 se puede observar que el primer componente extraído explicó 24% de la varianza total y agrupó todos los ítems que hacen parte de la escala de autoeficacia para el mantenimiento. El segundo explicó 10% y agrupó todos los ítems de la escala de planeación. En el caso del tercer componente, la varianza explicada fue de 8.3% y agrupó siete de los ocho ítems de la escala de expectativas de resultado. El cuarto componente explicó 6.3% de la varianza total y agrupó cinco de los seis ítems que medían la variable de percepción de riesgo.

Es de resaltar el caso de tres ítems que, siendo de la escala de expectativas de resultado, cargaron de manera importante en el cuarto componente; estos reactivos se refirieron a los beneficios asociados a la citología vaginal como forma de asegurar la prevención y la curación en caso de tener

cáncer de cuello uterino, así como de mantener un buen estado de salud. Este hecho puede ser explicado de dos formas. En primer lugar, es necesario tener en cuenta que las expectativas de resultado propuestas por el modelo APAS se refieren a un balance entre los pros y los contras de realizar una conducta saludable; este constructo se deriva de las variables de beneficios percibidos y de barreras percibidas del modelo de creencias en salud, las que en estudios previos habían mostrado ser variables opuestas entre sí (Restrepo y Rubio, 2004). En el tercer componente se agruparon, principalmente, los ítems referidos a las barreras asociadas al examen; mientras que los relacionados con los beneficios de la toma de citología cargaron más en el cuarto componente. La segunda explicación se deriva de lo observado en el análisis de la información obtenida mediante los grupos focales, donde el eje temático sobre la evaluación del riesgo y de la severidad del cáncer de cuello uterino incluyeron la referencia a la citología vaginal como una forma de disminuir la vulnerabilidad y las consecuencias negativas de la enfermedad, que son los temas incluidos en la variable de percepción de riesgo de la APAS, cuyos reactivos aparecieron en el último componente.

El ítem que no cargó en ninguna de las escalas también tuvo la menor correlación con la escala de percepción de riesgo, a pesar de lo cual se incluyó dado que evaluaba un aspecto no considerado en otros reactivos: la percepción del vulnerabilidad al cáncer en términos de la edad de las mujeres.

Se realizaron tres versiones de la batería de instrumentos que fueron sometidas a pilotaje, donde los cuestionarios que avaluaban las variables sociodemográficas, los factores de riesgo, los conocimientos y la toma de citología vaginal mostraron un buen desempeño, de manera que se estimó que eran bien comprendidos por las participantes, con independencia de su escolaridad, y permitían evaluar apropiadamente las variables de interés.

DISCUSIÓN

En la construcción de Cuestionario de APAS de Toma de Citología Vaginal se propusieron seis escalas correspondientes a las variables de Percepción de riesgo, Expectativas de resultado, Autoeficacia para la acción, Intención, Autoeficacia para el mantenimiento y Planeación. Para estimar el funcionamiento de los reactivos, se evaluaron los criterios de discriminación, confiabilidad de la escala, correlaciones entre los ítems y distribución en las opciones de respuesta.

La batería de pruebas obtenida de los pilotajes fue aplicada a una muestra de 521 mujeres. Se realizaron los análisis descriptivos univariados que permitieron caracterizar los instrumentos. En el caso del Cuestionario de APAS, las escalas de percepción de riesgo, expectativas de resultados, autoeficacia para el mantenimiento y planeación obtuvieron estimaciones altas de confiabilidad, que sugirieron que las escalas finalmente obtenidas tenían consistencia interna y homogeneidad entre los reactivos que las conformaban.

Con el fin de estimar la validez del constructo teórico, se realizó un análisis multivariado con el método de extracción de componentes principales que permitió establecer la representación más simple de las relaciones entre las los reactivos. Los cuatro primeros componentes extraídos explicaron 49% de la varianza total, estimación que se consideró aceptable para un instrumento

que se hallaba en proceso de construcción y que apoyó la validez del constructo teórico del APAS.

En esta investigación se construyó el Cuestionario de Conocimientos sobre el Cáncer de Cuello Uterino y sobre la Citología Vaginal, que permite contrastar las respuestas a los ítems dicótomos del tipo: “¿Sabe usted qué es el cáncer de cuello uterino?”, con acierto en los ítems con clave en los cuales se preguntó por información general sobre los mismos aspectos. El diseño de este cuestionario hace posible evaluar tal independencia entre las respuestas, ya que la información recopilada puede ser analizada mediante tablas de contingencia y pruebas de independencia χ^2 .

El Cuestionario de Factores de Riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino pudo evaluar la presencia de éstos en las participantes. A partir del Cuestionario de Autorreporte sobre la Realización de la Citología Vaginal y del ítem que midió la intención en el Cuestionario de APAS de Toma de Citología Vaginal, es factible ubicar a las mujeres que respondan la batería en alguna de las etapas del proceso de adopción de la conducta saludable de toma de citología vaginal, identificando entre quienes no tienen la intención, muestran la intención para actuar o ya se encuentran en la fase de acción.

Lo anterior es el principal aporte de la batería de instrumentos construida, ya que permite ubicar a las mujeres en un momento del cambio, lo que tiene como consecuencia la configuración de grupos diferentes para optimizar las intervenciones en salud, de manera que se modifiquen las barreras psicosociales de una etapa para pasar a la siguiente.

El análisis de la información obtenida en los cuestionarios que conforman la batería de pruebas establece las necesidades de las mujeres en cuanto a los factores de riesgo que presentan y los conocimientos sobre la enfermedad y sobre el examen, información que, de ser tenida en cuenta para diseñar algún programa de intervención en psicología de la salud frente a esta problemática, constituirá las orientaciones para atender adecuadamente los requerimientos de las mujeres.

Otra de las fortalezas del instrumento es que en su proceso de construcción se aseguró que las mujeres pudieran contestarlo independientemente de su escolaridad, objetivo que se cumplió y que se evidencia en que las participantes tenían una es-

colaridad que iba de la primaria incompleta hasta estudios universitarios, sin que se viera afectado el funcionamiento de los reactivos presentados.

En cuanto a las recomendaciones para continuar este estudio, parece importante hacer repli-

caciones que permitan validar el funcionamiento de los cuestionarios en otros grupos de mujeres del país.

REFERENCIAS

- Castro, M., Vera, L. y Posso, H. (2006). Epidemiología del cáncer de cuello uterino: Estado del arte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57, 182-189.
- Chamot, E., Kristensen, S., Stringer, J. y Mwanahamuntu, M. (2010). Are treatments for cervical precancerous lesions in less-developed countries safe enough to promote scaling-up of cervical screening programs? A systematic review. *BMC Women's Health*, 10, 1-11.
- De la Hoz, F., Alvis, N., Narváez, J. y Chocontá, L. (2009). Evaluación de la carga de enfermedad por el virus del papiloma humano en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 454-467.
- Flórez, L. (2007). *Psicología de la salud: Promoción y prevención*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Granada, P., Echeverri, M. y Estrada, A. (2003). Barreras culturales en la práctica de citología cérvicouterina. *Revista Epidemiológica*, 6, 5-12.
- Gray, S. y Walzer, T. (2004). New strategies for cervical cancer screening in adolescents. *Adolescent Medicine*, 16, 344-349.
- Liga Colombiana Contra el Cáncer (2008). *Estudio del nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 21 años en Colombia*. Manuscrito no publicado.
- Lucumí, D. y Gómez, L. (2004). Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 367-377.
- Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2003). *Situación de la salud en Colombia. Indicadores básicos*. Boletín Informativo. Disponible en línea: <http://www.ivansenador.com/articulo/9571-tratamientos-paliativos-para-la-salud-en-colombia>.
- Muñoz, N., Méndez, F., Posso, H., Molano, M., Van den Brule, A., Ronderos, M., Meijer, C. y Muñoz, A. (2004). Incidence, duration, and determinants of cervical human papillomavirus infection in a cohort of colombian women with normal cytological results. *The Journal of Infectious Diseases*, 190, 2077-2087.
- Muñoz, N., Reina, J. y Sánchez, G. (2008). La vacuna contra el virus del papiloma humano: Una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. *Colombia Médica*, 39, 196-204.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- Pelcastre, B., Tirado, L., Morado, A. y López, M. (2007). Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services. *Reproductive Health*, 4(2), 1-10.
- Piñeros, M., Cendales, R., Murillo, R., Wiesner, C. y Tovar, S. (2006). Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados: análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005. *Memorias del I Congreso Nacional Investigación en Salud Pública*, Bogotá.
- Profamilia, Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2005). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Profamilia.
- Restrepo, M. y Rubio, D. (2004). Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 102-112.
- Rubio, D. y Restrepo, M. (2005). Construcción de una batería de instrumentos psicométricos para evaluar creencias en salud relacionadas con la toma de citología vaginal. *Avances en Métodos de Investigación*, 3, 97-110.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health related behaviors. *Current Directions on Psychological Science*, 10, 47- 51.
- Schwarzer, R. (2008a). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1-29.
- Schwarzer, R. (2008b). Some burning issues in research on health behavior change. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 84-93.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (2005). Self-efficacy and health behaviors. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 163-196). Buckingham, UK: Open University Press.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J., Scholz, U. y Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27, 54-63.

- Secretaria de Salud de Bogotá, D.C. (2005). *Manual de Normas Técnico-Administrativas de Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino*. Bogotá: Autor.
- Tamayo, A., Londoño, O., Posada, H., Upegui, P. y Henao, F. (2006). Cáncer cervicouterino: más allá de lo que es, la percepción de las mujeres. *Memorias del I Congreso Nacional Investigación en Salud Pública*, Bogotá.
- Wilcher, R., Gilbert, L., Siano, C. y Arredondo, E. (2003). From focus groups to workshops: Developing a culturally appropriate cervical cancer prevention intervention for rural latinas. En M. Torres y G. Cernada (Eds.): *Sexual and reproductive health promotion in latino populations: parteras, promotoras and poetas. Case studies across the Americas* (pp. 81-100). Amityville, NY: Baywood Publishing Company Inc.