

## Trabajos Originales

# Creencias y virus papiloma humano

Ximena Concha P. MSc <sup>1a</sup>, Teresa Urrutia S. PhD <sup>1a</sup>, Giselle Riquelme H. MSc <sup>1b</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>a</sup> Enfermera Matrona, <sup>b</sup> Matrona.

### RESUMEN

*Antecedentes:* La infección por Virus Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual, que afecta a un alto porcentaje de mujeres jóvenes de todo el mundo. Su alta incidencia está asociada al inicio precoz y mayor frecuencia de la actividad sexual. A pesar de que la infección por VPH está ampliamente difundida en el mundo, es una infección aún desconocida por la población, lo que asociado a diversos factores culturales, favorece el desarrollo de múltiples creencias que dificultan la prevención y diagnóstico precoz. *Objetivo:* Identificar, describir y analizar las principales creencias relacionadas al VPH. *Método:* Se realizó búsqueda bibliográfica en MEDLINE, ProQuest, Scielo y metabuscador Tripdatabase, seleccionándose para su análisis, 45 artículos. *Análisis del tema:* La educación en salud debe considerar aspectos cognitivos, sociales y culturales de donde emergen las creencias de la población para poder abordarlas con un modelo teórico que lo sustente. Las creencias identificadas en esta revisión corresponden a la relación de infección por VPH y cáncer de cuello uterino en donde en general esta asociación es reconocida; creencias en relación al riesgo de contraer la infección por VPH asociado al nivel de conocimiento; estoicismo; negación y fatalismo/familismo presente preferentemente en las mujeres en donde niegan su enfermedad postergando su diagnóstico y tratamiento por mantener el bienestar de la familia.

**KEY WORDS:** *Cáncer cervical, creencias, modelo de creencias en salud, virus papiloma, papanicolaou*

### SUMMARY

*Background:* The infection produced by Human Papilloma Virus (HPV) is a sexually transmitted disease that affects a large percentage of young women around the world. This high incidence of HPV infection is associated with early onset and greater frequency of sexual activity. Although HPV infection is widespread in the world, is still an unknown infection, which is associated with cultural factors that favor the development of multiple beliefs that hinder the prevention and early diagnosis. *Objective:* To identify, describe and analyze the major beliefs that limit HPV detection. *Methods:* Literature search was carried out in MEDLINE, ProQuest, Scielo and Tripdatabase metasearch, selecting 45 articles for analysis. *Analysis of the theme:* The health education should consider cultural and social cognitive aspects of a given society and culture from which they emerge to address these beliefs with a theoretical model to support it. The beliefs identified in this review correspond to the relationship between HPV infection and cervical cancer where the association is generally recognized, beliefs regarding the risk of HPV infection associated with the level of knowledge, stoicism, denial and fatalism/familism preferably present in women who deny their illness where diagnosis and treatment are postponed for maintaining the family and others.

**KEY WORDS:** *Cervical cancer, beliefs, health belief mode, papillomavirus, papanicolaou*

## INTRODUCCIÓN

La infección por Virus Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), que afecta a un alto porcentaje de mujeres jóvenes de todo el mundo, principalmente de países en desarrollo, cuyas edades fluctúan entre los 20 y 25 años (1-4). La alta incidencia de infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual, mayor frecuencia de actividad sexual en la etapa de adolescentes y adultos jóvenes y mayor número de parejas sexuales (5-7).

La importancia de la infección por VPH, radica en que al ser el principal factor etiológico del cáncer cérvicouterino (CC), sumado al desconocimiento de esta asociación por un segmento importante de la población y en particular de la población de riesgo, transforma a la infección en un problema de salud pública para los países en desarrollo sobre todo aquellos con alta incidencia de CC (3).

A pesar que la infección por VPH está ampliamente difundida en el mundo (8), es una infección aún desconocida por parte de la población en riesgo, lo que asociado a diversos factores culturales, favorecen el desarrollo de creencias que dificultan su prevención y diagnóstico precoz (4,5,9-14). Las creencias se han interpretado como falta de conocimiento (9,14) que interfiere en las conductas preventivas y por lo tanto, en la toma informada de decisión en salud (9,15-18).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir y analizar las principales creencias que tiene la población en relación al VPH y que se relacionan con la dificultad de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de la infección por VPH. El propósito de este artículo es contribuir al conocimiento en el tema, aportando información que permita a los profesionales de salud reflexionar acerca del tema.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline/Pubmed, ProQuest, CINHALL, Scielo y el metabuscador Tripdatabase durante el mes de enero del 2011. Se utilizó una estrategia de búsqueda cuyas palabras claves fueron: cervical cancer, beliefs, health belief model, VPH, human papiloma virus, CC y sus respectivas traducciones al momento de realizar la búsqueda en bases de datos en idioma español. Los criterios de selección de los artículos fueron investigaciones realizadas en hombres o mujeres, que den cuenta de las creencias relacionadas con el VPH y el CC. Los artículos seleccionados fueron de una antigüedad no mayor a 10 años a excepción de otros que se considera-

ron relevantes para esta revisión, en idioma inglés, portugués y español. Se encontraron un total de 63 artículos, de los cuales 43 cumplían los criterios de inclusión para esta revisión.

## ANÁLISIS DEL TEMA

El antecedente de infección por VPH cobra relevancia al momento de identificarlo como el principal factor de riesgo del CC, así lo ha notificado el National Cancer Institute el cual reporta una asociación de casi el 100% de los casos (19). Según datos de la OMS (2004), el cáncer cervical es uno de los mayores problemas de salud pública mundial, constituyendo la primera causa de muerte en las mujeres de los países en desarrollo, como América Latina y el Caribe, donde la mortalidad por esta patología sólo es superada por países de África Oriental y Melanesia (20).

El CC fue la cuarta causa de muerte en la mujer en Chile durante el año 2000 siendo la primera causa de muerte para el grupo de mujeres entre los 20 y los 44 años y la tercera para las mujeres entre los 45 y los 59 años (21) La tasa de mortalidad reportada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el año 2003 fue de 8,5 por 100.000 mujeres con un total de 677 casos (22). Estos datos, reflejan una clara tendencia a la disminución en la tasa de mortalidad en la última década, si se considera que para el año 1990 la tasa reportada fue de 14,3 por 100.000 mujeres con 789 casos (22). Si bien es cierto la mortalidad en mujeres jóvenes, menores de 25 años prácticamente es inexistente en nuestro país, se observa un incremento progresivo a partir de los 35 años de edad, encontrándose el 80% de de las defunciones por esta causa en el grupo de mujeres entre los 40 y 60 años de edad (19,23)

En la actualidad existen pocas medidas de salud pública estructuradas para educar a la población sobre la asociación del VPH y el CC (24), por consiguiente, resulta de vital importancia incorporar en los programas de educación y pesquisa, aspectos relacionados a esta condición, teniendo en consideración las barreras que se presentan en relación a las ETS y al CC descritas ampliamente en la literatura nacional e internacional en especial lo concerniente al CC y su forma de pesquisa (10,11,12,15,25,26,27).

Estudios realizados aluden a la carencia de programas que tiendan a la prevención orientada a la población objetivo, desde el prisma de la cultura y creencias de la población, de manera que permitan la toma de decisión en salud sobre la enfermedad y las conductas de prevención (24). En consideración a esto, es que el desarrollo de este manuscrito se

desarrollará definiendo creencias en salud y luego las creencias en relación al VPH propiamente tal que son: relación de infección por VPH y cáncer de cuello uterino, creencias en relación al riesgo de contraer la infección por HPV, estoicismo, negación y fatalismo y finalmente la vergüenza.

*Creencias en salud.* La educación en salud debe considerar aspectos cognitivos sociales y culturales de acuerdo a una determinada sociedad y desde esta perspectiva, es que, desde el ámbito de la psicología emergen diferentes modelos sociales relacionados al comportamiento y la salud. Uno de estos modelos es el modelo de creencias en salud (16), el cual describe la influencia de las creencias en las conductas en salud y como ellas determinan la ejecución de dichas conductas. Esta acción es producto de la presencia de los siguientes componentes: primero, la percepción de que se es susceptible de sufrir una determinada enfermedad; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y tercero, que al tomar la decisión de ejecutar una acción factible y eficaz en particular, puede ser beneficioso al reducir la susceptibilidad o la severidad del riesgo, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia y dolor entre otros (28). Cabe señalar que un componente importante también a considerar es la "señal" que permite movilizar al sujeto a realizar una acción preventiva (16,29)

Las creencias, al igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de complejos procesos mediante los cuales, el conocimiento puede ser creado y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas (7).

Al consultar en el Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española se define creencias como: el "Firme asentimiento y conformidad con algo" y si se consulta por el término creer lo define como el "completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos", "Tener por cierto algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado" (30), por lo tanto, si esta explicación la llevamos al plano de la salud, las personas actuarán alineadas a sus creencias, aprendidas en un contexto cultural determinado y descartando cualquier otra alternativa de cuidado en salud que no coincida con dichas creencias.

*Relación de infección por VPH y cáncer de cuello.* Una de las principales asociaciones estudiadas en los últimos años es la relación que la población hace entre el VPH y el CC. Al respecto, en el estudio realizado por enfermeras con madres adolescentes (3), dicha asociación fue clara al igual que

en la investigación de Gerend y cols en el año 2007 (29), quienes la estudiaron en una población de estudiantes adolescentes. Sin embargo, la asociación de VPH y CC no es una relación que establece toda la población.

Resultados opuestos a los antes señalados, fueron los obtenidos en un estudio cualitativo realizado en el Reino Unido en un grupo de 74 mujeres, con citología normal y anormal, revelaron que no existe relación entre infección por VPH y CC, a pesar de que las mujeres que presentaban citología anormal tenían mayor conciencia de esta asociación. En este estudio uno de los relatos señala que el "cáncer de cuello uterino es un asesino, el VPH es una molestia" (31).

La entrega de información en relación al VPH, además de incrementar el conocimiento propiamente tal (32), incrementa la percepción de riesgo de desarrollar CC (33,34), lo que resulta interesante cuando se desea trabajar no tan solo con el conocimiento de las personas sino también con sus creencias.

*Susceptibilidad de contraer VPH.* En un estudio realizado por Gerend y Magloire (29), el 56% de la muestra declaró no estar en riesgo de infección por el VPH a pesar que el 78% mantenía relaciones sexuales. El riesgo de contraer la infección por VPH fue asociado significativamente en este grupo, a ser sexualmente activo y tener numerosas parejas sexuales. De igual forma en otro estudio, los participantes que se sintieron más vulnerables de contraer el virus, fueron aquellos que tenían múltiples parejas (31). Esta asociación también fue parte de los resultados de un estudio realizado por Abotchie y Shokar en Ghana (34), en donde el riesgo de la infección se ve asociado a las dos variables antes señaladas. Los resultados en el estudio de Waller y cols (35), difieren de lo anterior, ya que, a pesar de que las mujeres reconocen al VPH como una ETS no lo relacionan a sus prácticas sexuales. Estos resultados también es avalado por otros investigadores (13). Por lo anterior, si se considera que las personas no se perciben en riesgo de enfermar o adquirir una infección, sería importante intervenir desde este punto de vista al grupo de riesgo, haciéndolas conscientes que sus conductas de riesgo las exponen a altas probabilidades de contraer la infección por VPH.

*Estoicismo, negación y fatalismo y CC.* Es interesante señalar los resultados encontrados en un estudio etnográfico realizado en Texas, en una población de hombres y mujeres de origen latino (13). En esta investigación fue posible realizar un levantamiento de creencias en relación al VPH tanto en hombres como en mujeres cuyos resultados en algunos casos

son atribuibles al género. Es así como en el grupo de mujeres surgen creencias asociadas al estoicismo/familismo, fatalismo y negación, no así en los hombres en los cuales el fatalismo no es parte de los resultados. El estoicismo/familismo se describe en términos de la preocupación de las mujeres por la familia y por otras personas significativas para ella. De cómo son capaces de postergar su cuidado para no descuidar el cuidado y bienestar de su familia.

En un estudio realizado por Urrutia y cols (11), mostró que un número importante de mujeres refirió el hecho que se "posponen" por otros integrantes de la familia, situación que corresponde en parte al rol que la mujer cumple al interior de la familia y dentro de la sociedad a la cual pertenecen. Resultados similares son los obtenidos en un estudio realizado en mujeres asiáticas, donde alrededor del 80% de las mujeres, creían que el CC puede afectar el bienestar de la familia (31).

El estoicismo también se expresa en términos de soportar cualquier enfermedad que puedan padecer, que puedan "aguantar", soportar el dolor, en otras palabras, es una enfermedad para "mujeres estoicas" que pueden postergarse por otros (2,12). Si bien este "estoicismo/familismo", puede ser considerado como barrera para un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento eficiente, puede convertirse en una muy buena herramienta que permita a las mujeres tener una mayor adherencia al control y seguimiento de la enfermedad, además de permitir a la familia la oportunidad de participar y apoyar en la toma de decisión en salud (36). Esto último es posible si la motivación de acudir a un centro de salud es cuidarse para estar bien no tan solo por ella sino también por quienes la rodean.

El fatalismo se ve reflejado al considerar al VPH como el agente etiológico del CC y lo que esto conlleva. Desde este punto de vista, se tiende a creer que el cáncer es una enfermedad inevitable que esta predeterminada y que una vez diagnosticada es incurable (13), por lo tanto "sin posibilidad de hacer algo". Las creencias fatalistas son determinadas o agravadas por factores estructurales en las cuales se incluyen el racismo, las dificultades económicas, y la inaccesibilidad a la atención de la salud (12). La fatalidad de una enfermedad, si es tomada en su expresión máxima, evitará que la mujer lleve a cabo una conducta preventiva, asegurando que "frente a dicha sentencia de muerte no hay nada que hacer" (31,32). Esta misma creencia de fatalismo se ve asociado al CC el cual ha sido descrito previamente en la literatura internacional (35,36).

En un estudio realizado en Estados Unidos por Peragallo y cols (36), en población hispana, se vio que los inmigrantes hispanos, son propensos a te-

ner creencias fatalistas, como por ejemplo, señalan la creencia de que no se puede reducir el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino o que el cáncer de cuello uterino es inevitable en su grupo étnico (37). Antshel (38), también describe en su estudio el fatalismo como una parte de la cultura latina.

Otra área de las creencias relacionadas al VPH y al CC es la negación o la susceptibilidad de estar en riesgo de contraer el VPH, de enfermarse de CC o de requerir de una muestra citología de Papanicolaou (PAP). Para sentirse en situación de riesgo, la mujer debe percibir algún síntoma de la enfermedad, algunas necesitan sentir algo diferente que les sugiera que están en riesgo de enfermarse o que están enfermas (3,4,27,38,3,4,27,38-41). En un estudio realizado en Brasil, el 88% de las mujeres señalaron asistir al médico sólo frente a la presencia de síntomas de la enfermedad (42). Así mismo Pinho y cols (43), reportan en su estudio que el 45,3% de las mujeres necesita presentar síntomas que justifiquen la necesidad de solicitar el examen de PAP. Esta creencia determina que la mujer consulte sólo cuando presenta algún síntoma, lo que va en contra del concepto de detección precoz del CC, donde es sabido que la sintomatología se presenta en etapas avanzadas de la enfermedad.

La literatura también expresa la negación frente al diagnóstico de infección por VPH en cuanto a ser portadores del VPH, ninguno de los dos, mujer/hombre, quiere ser portador de la infección del VPH, los hombres niegan cualquier tipo de infección, o la posibilidad de transmitir la enfermedad, dejando traslucir otro elemento cultural por parte de los hombres "el machismo" (12) el cual se transforma en una barrera al momento de diagnosticar la infección y prevenir su contagio.

*Vergüenza.* Es una de las barreras que se considera importante dejar documentada en esta revisión, es el sentimiento de la vergüenza frente a la confirmación diagnóstica de infección por VPH (13), este sentimiento también es señalado por Brenna y cols (2001), quienes reportan que un 87% de las mujeres de su estudio sienten vergüenza frente a la toma de la muestra de PAP (42). En el estudio de Fernández y cols (13), la vergüenza fue asociada por las mujeres a la estigmatización de portar una enfermedad de transmisión sexual, por lo que pueden ser señaladas como promiscuas e infieles. En otro estudio la vergüenza frente al diagnóstico por VPH fue más frecuente en personas jóvenes y con un nivel bajo de conocimiento relacionados con la enfermedad (31). En este punto cabe la reflexión, como las mujeres aceptan y no cuestionan, el hecho de no ser ellas las promiscuas o infieles, si no sus parejas, dejando traslucir en esta actitud

el sentimiento que emerge desde las mujeres hacia el "machismo".

## CONCLUSIÓN

La infección por el VPH es transmitida sexualmente, por lo tanto es prevenible, y puede ser controlada. Si bien existen en la literatura nacional e internacional variados artículos que abordan la temática de las creencias relacionadas al VPH, estas son muy variadas e interpretadas de diversas formas, incluyendo dentro de estos, aspectos que pueden ser considerados más bien como conocimientos errados que creencia. Esta diversidad de información definida como creencias, constituyó una limitación importante al evaluar esta variable y realizar el análisis de la información recopilada para esta revisión.

En la literatura nacional e internacional se documenta ampliamente la iniciación sexual de los jóvenes cada vez a edades más precoces, aumentando con ello la posibilidad de infectarse en el transcurso de su vida, con el VPH de alto grado cancerígeno (8,9,36,37). Por consiguiente el cuidado de las personas entregado por los profesionales de la salud debe ser integral, teniendo en consideración todas las dimensiones de la persona y no solo considerar el ámbito biológico, sino que también, contemplar para una intervención eficiente, los pensamientos, sentimientos y la cultura dentro de la cual emergen las creencias.

Las creencias en relación al VPH es un tema poco abordado en la población chilena, es importante realizar investigaciones que den cuenta sobre los conocimientos, creencias y el comportamiento sexual de las personas, que permitan generar intervenciones culturalmente apropiadas.

## REFERENCIAS

1. Sánchez M, Uribe F, Conde C. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud pública de Mex* 2002;44:442-447. Hallado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n5/14034.pdf>. Acceso el 4 de enero 2011
2. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67:318-23.
3. Kahn J, Ding L, Huang B, Zimet G, Rosenthal S, Frazier L. Mothers' intention for their daughters and themselves to receive the human papillomavirus vaccine: a national study of nurses. *Pediatrics* 2009;123:1439-45.
4. Castro M, Arellano M. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Publica Mex* 2010; 52:207-12. Hallado en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n3/04.pdf>. Acceso el 4 de enero 2011
5. Castro I. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev Haban Cienc Méd* 2010;9(suppl 5):705-16. Hallado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-19X2010000500014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-19X2010000500014&script=sci_arttext). Acceso el 22 de enero 2011.
6. León G, Bosques D. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005;3. Hallado en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n1/gin10105.pdf>. Recuperado 28 de enero 2011
7. Montero A, González E, Molina T. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2008;12:42-7.
8. Denny-Smith T, Bairan A, Page M. A survey of female nursing students' knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18:62-9.
9. Barbosa L, Bezerra A, Teixeira M. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Rev Esc Enferm* 2008; 42:737-43. Hallado en [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp). Acceso el 4 de enero 2011.
10. Lamadrid S. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizadores de la prevención secundaria del cáncer cervico-uterino. *Cad Saúde Pública* 1998;14(Supl 1):33-40.
11. Urrutia MT, Poupin L, Concha X, Vinales D, Iglesia C, Reyes V. ¿Por que las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73:98-103.
12. Valenzuela MT, Miranda A. ¿Porque no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2001;5:75-80.
13. Fernandez M, McCurdy S, Arvey S, Tyson S, Morales D, Flores, et al. HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border. *Ethn Health* 2009;4:607-24.
14. Lee E, Tripp-Reimer T, Miller A, Sadler GR, Lee SY. Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncol Nurse Forum* 2007;34:713-20.
15. Lamadrid, S. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. *Bol Of Sanit Panam* 1996;121:542-9.
16. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. In: Becker M. (Ed.). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B Slack. 1974;1-8.
17. Finfgeld DL, Wonqvatunyus, Conn V, Grando V, Riusell C. Health belief model and reversal theory: A comparative analysis. *J Adv Nurs* 2003; 43:288-97.
18. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/cancer-topics/hpv-vaccines>
19. OMS. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Hallado en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>

20. Donoso E, Cuello M, Villarroel L. Reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en Chile, 1990-2003. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:307-12.
21. Instituto Nacional de estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales 2003. Hallado en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/estadisticas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php).
22. Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Hallado en: [www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CancerCervicouterino.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CancerCervicouterino.pdf)
23. Oviedo G, Arpaia A, Ratia E, Seco N, Rodríguez I, Ramírez Z. Factores de riesgo en mujeres con infección del virus papiloma humano. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69:343-6.
24. de Acevedo S, Antero Sousa M, Vieira N. Motivos que levam mulheres a nao retornarem para receber o resultado de examen Papanicolaou. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006;14:503-9.
25. Rubio D, Restrepo M. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas a la toma de citología vaginal. *Rev Colomb Psicol* 2004;13:102-12.
26. Soto F, Lacoste J, Papenfuss R, Gutiérrez, A. Modelos de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:335-41.
27. Cabrera G, Tascón J, Lucumin D. Creencias en salud: historia, constructos, y aportes al modelo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2001;19:318-28. Hallado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12019107.pdf>. Acceso el 15 de enero de 2011.
28. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 1988;15:175-83.
29. Gerend M, Magloire Z. Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *J Adol Health* 2008;42:237-42
30. Diccionario de la Real academia de la Lengua Española. Hallado en: <http://www.rae.es/rae.html>. Acceso el 12 de noviembre 2011
31. Holroyd E, Twinn SF, Shia AT. Chinese women's experiences and images of the Pap smear examination. *Cancer Nurs* 2001;24:68-75.
32. Wetzel C, Tissot A, Kollar L, Hillard P, Stone R, Kahn J. Development of a HPV educational protocol for adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20: 281-7.
33. Marlow L, Waller J, Wardle J. The impact of HPV information on perceived risk of cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18:373-6.
34. Abotchie P, Shokar N. Cervical cancer screening among college students in Ghana: knowledge and health beliefs. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:412-6 .
35. Waller J, McCaffery K , Nazroo J, Wardle J. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *Br J Cancer* 2005;92:265-70.
36. Peragallo N, Melinda A, Berenice T. Cervical cancer screening practices among latino women in Chicago. *Public Health Nursing* 1997;14:251-5.
37. Mc Mullin J, De Alba I, Chávez L, Hubbell A. Influence of beliefs about cervical cancer etiology on PAP smear use among latin immigrants. *Ethn Health* 2005;10:3-18.
38. Antshel K. Integrating culture as a means of improving treatment adherence in the Latino population. *Psychol Health Med* 2002;7:435-449.
39. Agurto I, Bishop, A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004;39:91-8.
40. Boyer L, Williams M, Callister L, Marshall E. Hispanic women's perceptions regarding cervical cancer screening. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2001;30:240-5.
41. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chile* 2007;135:1261-9.
42. Brenna S, Hardy E, Zeferino L, Namura I. Conhecimentos, atitudes e prática do exame Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saude Publica* 2001;17:909-14.
43. Pinho A, França Junio I, Schraiber L, D'Oliveira A. Cobertura e motivos para a realizacao ou nao do tetes de Papanicolau no município de Sao Paulo *Cad Saude Publica* 2003;19(Sup 2):S303-13.