

Intervención de barreras asociadas a la adherencia para la prevención del cáncer cervical en una población del departamento del Cauca, Colombia según el modelo de creencias en salud y aplicando el Marketing Social

Nohelia Cajas Salazar¹
Nicolás Mateo Ulloa Quilindo²
Juan Camilo Manquillo Franco³

Resumen

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una enfermedad 100% prevenible; sin embargo, es la segunda causa de muerte por cáncer en Colombia, por ello la importancia de realizar programas para prevenir esta enfermedad. El objetivo de este estudio fue implementar un programa educativo a través del marketing social con temáticas enfocadas en influenciar a las mujeres para que adopten un estilo de vida saludable y se adhieran a programas de tamizaje para prevenir el CCU. La población de estudio incluyó 347 mujeres del Cauca de los municipios de Popayán, Tim-

- 1 Ph.D Profesora titular, Grupo de Investigación en Toxicología, Genética y Citogenética. Departamento de Biología, Universidad del Cauca; nsalazar@unicauca.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3157-7251>
- 2 Joven investigador. Comunicador social, Universidad del Cauca; nicomateo522@unicauca.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4468-2552>
- 3 Joven investigador profesional. Biólogo, Universidad del Cauca; juancamilom@unicauca.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9772-5590>



bío y Cajibío. Se administró una encuesta siguiendo el modelo de Creencias en Salud, para caracterizar las principales barreras en los distintos grupos de mujeres que pudieran afectar su adherencia a los programas de tamizaje del CCU. Los resultados arrojaron que las mayores barreras que presentan las mujeres son el sentir vergüenza por exponer sus partes íntimas a desconocidos, la incomodidad de la prueba y la falta de información de esta misma. Las barreras se mejoraron en más del 10%, por ello se evidenció la necesidad de una participación más articulada de los actores que hacen parte del sistema de salud, quienes deben adelantar acciones contundentes hacia la promoción preventiva.

Palabras clave

Cáncer de cuello uterino, adopción de pruebas de detección, barreras de cáncer cervical, mujeres del Cauca, programa educativo, marketing social.

Abstract

Cervical cancer (CC) is a 100% preventable disease; however, it is the second leading cause of cancer death in Colombia, hence the importance of carrying out programs to prevent this disease. The objective of this study was to implement an educational program through social marketing with themes focused on influencing women to adopt a healthy lifestyle and adhere to screening programs to prevent CC. The study population included 347 women from Cauca from the municipalities of Popayán, Timbío and Cajibío. A survey was administered following the Health Beliefs model to characterize the main barriers in the different groups of women that could affect their adherence to the CCU screening programs. The results showed that the greatest barriers that women present are feeling ashamed for exposing their intimate parts to strangers, the discomfort of the test and the lack of information about it. The barriers were improved by more than 10%, which is why the need for a more articulated participation of the actors that are part of the health system, who must advance forceful actions towards preventive promotion, became evident.

Keywords

Cervical cancer, adoption of screening tests, cervical cancer barriers, women from Cauca, educational program, social marketing.

Introducción

A pesar de existir métodos de tamizaje efectivos para detectar oportunamente el cáncer de cuello uterino (CCU), esta patología es actualmente la cuarta causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo con más de 600,000 casos diagnosticados y 300,000 muertes al año. El CCU afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de bajos y medianos ingresos (PBMI) donde se registran alrededor del 90% de los casos. Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud en América Latina y el Caribe, las tasas de mortalidad son tres veces más altas que en Estados Unidos (PAHO, 2018).

En Colombia, a pesar de observarse una tendencia hacia la disminución de la mortalidad en los últimos años, el CCU continúa siendo la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 35 a 45 años. El departamento del Cauca, localizado al sur de Colombia, es una de las regiones más afectadas por esta patología donde, según cifras recientes, representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres menores de 50 años y afecta especialmente a las de bajo nivel educativo, escasos recursos económicos y del área rural del departamento; de hecho, en el 2015 se registró una tasa de mortalidad de 9,3 por 100.000 mujeres, siendo una de las más altas del país.

Estas cifras evidencian la importancia de realizar programas de intervención en la población para disminuir el impacto en la salud que el CCU representa. La comprensión profunda de las barreras para la aceptación de la detección del cáncer de cuello uterino es fundamental para lograr los alcances de la iniciativa mundial liderada por la Organización Mundial de la Salud de eliminar el cáncer cervical a nivel mundial en la que recomienda la realización de intervenciones eficaces en diferentes etapas de la vida, ejecutadas con un enfoque multidisciplinario que incluya componentes de educación comunitaria, movilización social, vacunación, detección, tratamiento y cuidados paliativos, de esta manera podría reducirse la alta tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a nivel local, nacional y mundial.



Aunque la mayor limitante en el control del CCU en PBMI es el desigual acceso a los servicios de salud y a los programas de detección temprana del CCU, varios estudios en distintas poblaciones humanas evidencian además la importancia de factores relacionados con falta de conocimiento acerca de las causas, los métodos de prevención y detección temprana, así como barreras conductuales hacia el cuidado de la salud que influyen significativamente en la adherencia de las mujeres a los programas de tamizaje y que deben ser considerados de manera diferencial en cada población para abordar con éxito los programas de intervención encaminados a disminuir la tasa del CCU (Marteau, Hollands, & Fletcher, 2012).

El Modelo de Creencias en Salud ha sido utilizado en múltiples estudios sobre cáncer de cuello uterino alrededor del mundo; por ejemplo, una investigación realizada en Arabia Saudita indicó que la aceptación de la prueba de citología o papanicolaou fue del 26 % y la aceptación de la vacuna contra el VPH fue inferior al 1 %, concluyendo que es necesario realizar programas de detección del cáncer de cuello uterino en Arabia Saudita (Aldohaian, Alshammari, Arafah, 2019). Así mismo, un estudio realizado en Indonesia que incluyó también el Modelo de Creencias en Salud indica que existen bajas tasas de detección del cáncer de cuello uterino y altas intenciones de realizar la detección entre las mujeres rurales de Indonesia, donde una de las principales conclusiones es que las creencias sobre la salud afectan significativamente la intención de las mujeres rurales de hacerse la prueba de citología en Indonesia (Sumarmi, Hsu, Cheng, Lee, 2021).

Por lo tanto, el objetivo del estudio fue el de implementar un programa educativo con temáticas enfocadas en influenciar a las mujeres para que adopten conductas de estilo de vida saludable y se adhieran a programas de tamizaje y servicios de salud a cambio de mejorar su calidad de vida y prevenir el CCU como beneficio importante a mediano y largo plazo, ya que una de las conclusiones que se realizaron en esta investigación da a entender que los programas educativos son necesarios para una buena prevención de las enfermedades.

Marco teórico

Las hojas de ruta establecidas por autoridades en salud a nivel mundial, claramente definen que los descubrimientos científicos deben traducirse en aplicaciones prácticas para mejorar

la salud humana. Tales descubrimientos inician generalmente en los laboratorios a partir de investigación básica, en la que los científicos estudian la enfermedad a nivel molecular o celular, y luego avanzan al nivel clínico, donde se aplican al paciente. Y es así como en países desarrollados, el éxito en la aplicación de los resultados de la investigación básica y clínica ha ampliado significativamente las posibilidades de prevención del cáncer de cuello uterino, mediante la introducción de pruebas más sensibles de detección temprana de lesiones precursoras del cáncer y de infección con el virus del papiloma humano (VPH) y la disponibilidad y aplicación masiva de vacunas profilácticas contra el VPH, las cuales pueden prevenir entre un 70 a 80% de los casos de cáncer y que por su alta eficacia ha mostrado un mayor impacto. Sin embargo, barreras específicas de diferente naturaleza en cada población humana, limitan significativamente la implementación de la tecnología desarrollada.

Los programas de detección mediante frotis de Papanicolaou han sido ineficaces para reducir la mortalidad por CCU en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en parte debido al desconocimiento de la población acerca de información esencial como protocolos de tamización según la edad, factores de riesgo presentes y tecnología disponible que causa como consecuencia bajas tasas de detección, o detección tardía de la enfermedad. Adicionalmente, se ha reportado que en Colombia solo se hace seguimiento activo al 64.2% de las pacientes con resultados anormales en las pruebas de tamización (INC, 2017).

La combinación de las estrategias para la identificación de barreras, la clasificación de las mujeres en los distintos niveles de adopción de una conducta de prevención del CCU y de desarrollo del programa educativo a través de los modelos de Creencias en Salud, PAMP y Mercadeo Social respectivamente, aplicada a la salud pública, promueve el cambio de comportamiento para el bien social, ayudando a la prevención de enfermedades o a la promoción de hábitos saludables. Debido al éxito de esta estrategia, se ha usado ampliamente a nivel mundial para promover comportamientos saludables que incluye programas de reducción de consumo de tabaco, prevención de la obesidad (Evans, Christoffel, Necheles, & Becker, 2010) VIH (Dearing, 1996), disminución de riesgo de accidentes por conducir bajo los efectos del alcohol (Chao, Cismaru, Lavack, & Markewich, 2009), entre otros casos exitosos.



Metodología

La población de estudio incluyó 347 mujeres de diferentes comunas de Popayán, capital del Cauca y zonas rurales aledañas, además de municipios cercanos ubicados al sur y norte del departamento como lo son Timbío, Rosas, Cajibío y Piendamó. Todas las mujeres fueron convocadas a través de organizaciones como juntas de acción comunal, madres de familia de instituciones educativas y grupos de lideresas articuladas a organizaciones gubernamentales locales como la Secretaría de la Mujer de Popayán.

Inicialmente, se diseñó y administró una encuesta siguiendo el modelo de Creencias en Salud, para caracterizar las principales barreras en los distintos grupos de mujeres que pudieran afectar su adherencia a los programas de vacunación y tamizaje del CCU. La encuesta además incluyó preguntas que permitieron clasificar a cada mujer en uno de los seis niveles del Modelo de Adopción de la Precaución o PAMP según la puntuación obtenida.

El PAMP identifica siete etapas a lo largo del camino partiendo desde la falta de consciencia hasta la acción: Etapa 1 si no es consciente del problema de salud; Etapa 2 si cuando se aprende por primera vez algo acerca del problema, y ya no se es inconsciente, pero no están aún comprometidos con su prevención; Etapa 3 si ya se alcanza la etapa de toma de decisiones; Etapa 4, si se manifiesta compromiso por el problema y ya se está considerando responder; Etapa 5 si se ha decidido adoptar una precaución; Etapa 6 incluye a quienes deciden adoptar la precaución, y dan un primer paso al cambio de conducta: la Etapa 7 no se consideró debido a que la duración del estudio no fue suficiente para evaluar el mantenimiento de la conducta en el tiempo.

Con el Modelo PAMP se pretende explicar cómo las mujeres del estudio tomaron decisiones conducentes a ejecutar decisiones y como las traduce a una acción. En otras palabras, este modelo permitió evaluar el comportamiento preventivo de las mujeres contra el cáncer cervical. Posteriormente, se diseñó un programa educativo cuyas temáticas se ajustaron a las barreras identificadas de conocimiento y de percepción de riesgo, con el fin de contribuir a su superación y de esta manera mejorar su conducta hacia la adopción de estrategias de prevención primaria y secundaria del CCU que a largo plazo logren disminuir la carga de enfermedad por esta patología a nivel local y departamental.

Este programa educativo fue implementado siguiendo la estrategia de Mercadeo Social que es una herramienta que ha mostrado ser muy efectiva para influenciar a comunidades humanas a adoptar cambios sociales positivos teniendo en cuenta sus necesidades y características particulares. De esta manera, se decidió articular el Mercadeo Social al plan de intervención que se realizó para la prevención del CCU, para lo cual se siguió un proceso riguroso de planificación que incluyó la caracterización y segmentación de la población, la selección de las temáticas a desarrollar, la preparación del material didáctico y los medios para su socialización y la articulación con actores claves del sistema de salud local para obtener mejores resultados de adherencia al final del proyecto.

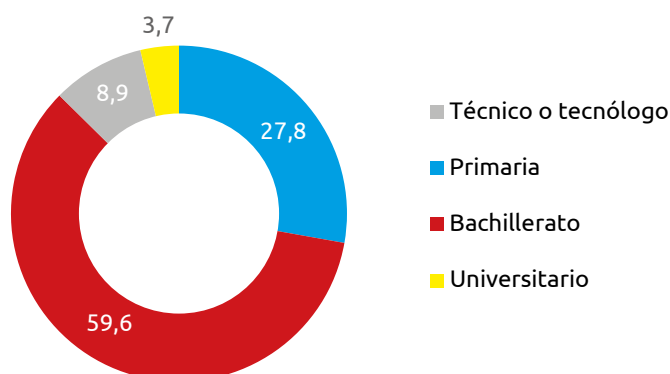
Al final del programa se aplicó nuevamente la encuesta para determinar cuantitativamente el impacto producido en el grupo de mujeres participantes hacia la adopción de conductas de prevención del CCU.

Resultados

Las mujeres encuestadas en las diferentes zonas del departamento tenían un rango de edad entre los 18 años y los 65 años con un promedio de edad de 37 años. El nivel de escolaridad se distribuye de la siguiente manera: el 27,8% de las mujeres encuestadas alcanzaron la primaria como máximo nivel educativo. El 59.6% son bachilleres, mientras que el restante 12.5% pertenece a las mujeres con estudios técnicos, tecnólogos y universitarios (Gráfico 1). No hubo casos de mujeres con estudios referentes a posgrados o similares.



Gráfico 1 -Nivel de escolaridad

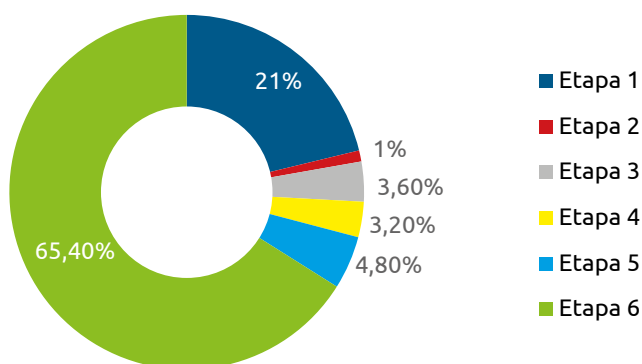


Fuente. Elaboración propia

En cuanto al sistema de salud que tiene la población objeto de estudio, el 65.4% argumenta no tener sistema de salud, mientras que el 34.6% pertenecen al régimen contributivo.

Por otra parte, según el Modelo de Adopción de la Precaución, el 21% de las mujeres se encontraban en la etapa 1, es decir, no se es consciente del problema de salud, en este caso no conocen acerca de las pruebas de tamizaje; el 1% de la población se encuentra en etapa 2, esto quiere decir que son conscientes del problema pero no van hacer nada por evitarlo, en este caso, conocen que existen pruebas de tamizaje como la citología pero han decidido no realizárselas; en la etapa 3 está el 3.6% de las mujeres que no han analizado son conscientes de que existen pruebas de tamizaje pero nunca han analizado si se quieren hacer esta pruebas o no; el 3.2% de las mujeres de este estudio se encuentran en la etapa 4, lo que quiere decir que saben del problema de salud pública y podrían comprometerse a este, en este caso podrían acceder a realizarse la citología o pruebas de tamizaje; en la etapa 5 el 4.8% de las mujeres va a tomar acciones frente al problema de salud pública, en este caso están decididas a realizarse la citología y/o prueba del VPH. Por último, en la etapa 6 se encuentra el 65.4% que ya han tomado la decisión de prevenir, es decir, son las mujeres que ya se han realizado la citología, al menos una vez en sus vidas (Gráfico 2).

Gráfico2 -Modelo PAMP



Fuente. Elaboración propia

Barreras Identificadas

En el presente estudio se evaluaron un total de 14 barreras, todas ellas establecidas después de una larga revisión literaria en el que se determinó dicho número de barreras al ser las más comunes en las investigaciones revisadas.

Se encontró que la mayor barrera que expresan las mujeres es la vergüenza de que una persona externa vea los genitales de ellas, ya que el 55% de la población objeto indicó que esto representa una limitante a la hora de realizarse la citología o prueba de Papanicolau, así como también la prueba de ADN - VPH.

La segunda barrera más común que expresan las mujeres es que el realizarse la citología representa un dolor o incomodidad en ellas, con esta barrera se identificaron el 52.6% de las mujeres encuestadas, es decir 130.

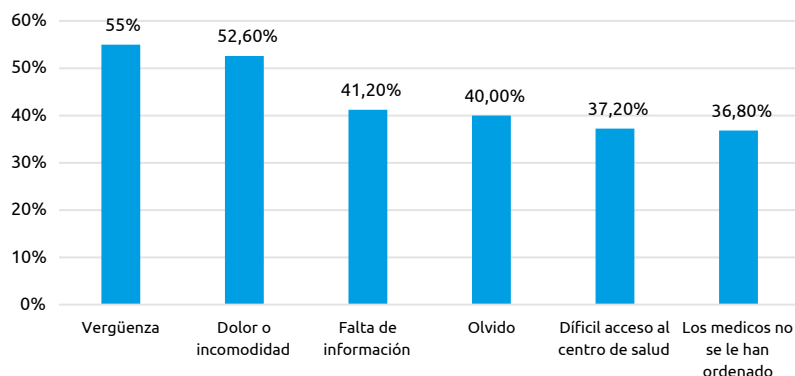
La tercera barrera más común que expresaron las mujeres fue la falta de información sobre la efectividad de las pruebas de tamizaje, es decir, a qué edad o en qué momento se debe realizar, qué cuidados se deben tener antes y después de una citología, entre otras muchas dudas que no les han sido resueltas, todo esto en conjunto representa una limitante en el 41.2% de la población objeto de estudio.

Otras barreras que se pueden detectar y que evitan la prevención del cáncer cervical son: las mujeres argumentan que olvidan realizarse la prueba o están muy ocupadas para realizar dicha actividad, además el difícil acceso a un centro de salud in-



fluye en la decisión de realizarse la citología, ya que los medios de transporte no son eficientes, los horarios no son flexibles y los tiempos de espera no son los adecuados, configurando todo esto último en una barrera a la hora de acceder a las pruebas de tamizaje (Tabla 1).

Tabla 1 -Barreras en las mujeres para realizarse pruebas de tamizaje



Fuente. Elaboración propia

El 21% de las mujeres, es decir, 73 de ellas no tomaron ninguna de las 14 barreras como un impedimento para la adhesión a programas de prevención del cáncer de cuello uterino, esto quiere decir que el 79% de la población objeto de estudio ve alguna(s) barrera(s) para no acceder a las herramientas de detección precoz del cáncer de cuello uterino que ofrece la ciencia. Por último, el 3.2% de la población manifestó sentir todas las 14 barreras como impedimento para acceder a los programas preventivos del CCU.

Intervención educativa

Una vez determinadas las barreras, se diseñó una intervención educativa con el fin de dar a conocer cómo se puede prevenir el CCU, haciendo énfasis en superar las barreras que habían manifestado con la realización de la primera encuesta. Para ello se prepararon siete temas, todos ligados a que las mujeres tengan la intención de adherirse a los programas de tamizaje.

Los temas eran: autoestima, derechos sexuales y reproductivos, generalidades del cáncer de cuello uterino, virus del papiloma humano, vacunación contra el virus del papiloma humano, pruebas de tamizaje y tratamientos contra lesiones precancerosas del cuello uterino.

Una vez realizada la intervención educativa y abarcando los temas mencionados anteriormente, las mujeres volvían a realizar nuevamente la misma encuesta con el fin de poder comparar los resultados antes de la charla educativa y después de dicha intervención.

Realizada nuevamente las encuestas, los datos muestran una mejoría en las barreras, entre ellas la barrera acerca de la falta de información, ya que mejoró en un 21% (Tabla 5).

La barrera sobre la incomodidad o dolor como una razón para no hacerse la citología, fue la segunda en mejorar pues tuvo una reducción de más del 17%. Frente a esta barrera es importante aclarar que, según personas expertas, los procedimientos de las pruebas de tamizaje no deben causar dolor, ya que si causa dolor es que se están tomando de mala forma.

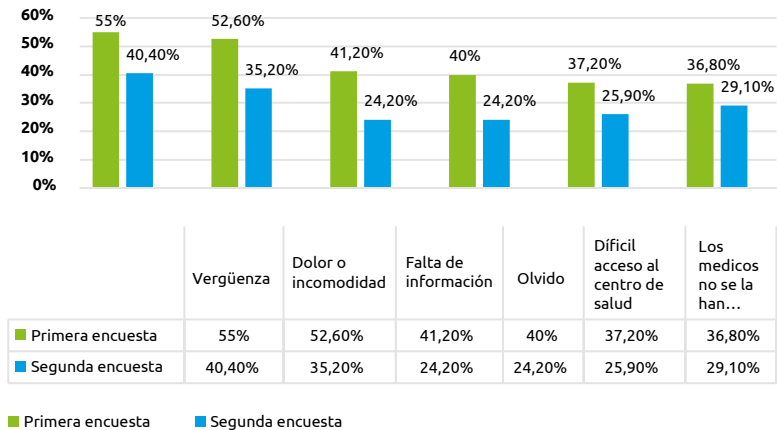
Comparando los resultados arrojados de la primera encuesta con la segunda encuesta se percibe una mejoría en las seis mayores barreras que se mencionaron en el primer cuestionario, en más del 10% (Tabla 2), así mismo ninguna barrera en la encuesta final sobrepasa el 50%.

La vergüenza de que una persona externa vea las partes íntimas de las mujeres pasó de un 55% a un 40.40%; el dolor o incomodidad a la hora de realizarse la citología pasó de un 52.60% a un 35.20%, teniendo una reducción cercana al 20%; la falta de información pasó de tener el 41.20% en la primera encuesta a tener el 24.20% en la segunda encuesta; así mismo el olvido de acceder a las pruebas de tamizaje o mantenerse muy ocupada pasó del 40% al 24.20%; por último el difícil acceso a los centros de salud, ya sea por falta de transporte, horarios no flexibles o tiempos de espera muy largo pasó del 37.20% al 25.90%.

En suma, analizando nuevamente después de realizado el cuestionario, muchas mujeres subieron de etapa en el PAMP, de hecho, ninguna mujer se situó en las etapas 1 o 2, teniendo una mejor recepción a la hora de prevenir el problema, en este caso acceder a las distintas herramientas de prevención que se ofrecen en este cáncer, o sea la toma de la citología y/o prueba del VPH (Gráfico 3).

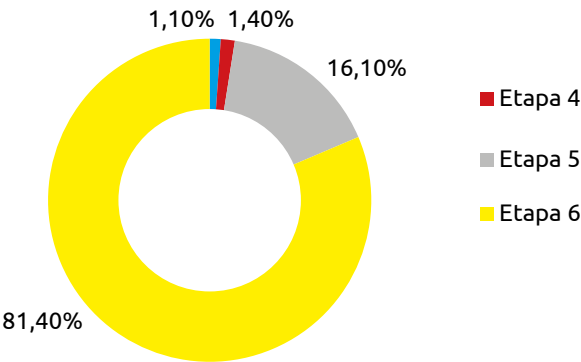


Tabla 2 - Comparación de percepción de barreras entre la primera encuesta y segunda encuesta



Fuente. Elaboración propia

Gráfico 3 -Modelo PAMP



Fuente. Elaboración propia

Discusión

Debido a los altos números de incidencia y mortalidad que se presentaban en Colombia por CCU, era evidente que un fallo en el sistema de salud de este país, pues al tratarse de una enfermedad 100% prevenible, la hipótesis planteada era que

dichas estadísticas de casos y muertes por CCU se debían a dos factores: el primero era el desconocimiento y/o la falta de información para prevenir esta enfermedad; y el segundo era la poca efectividad del sistema de salud colombiano en ofrecer a las mujeres las tres herramientas para prevenir este cáncer: vacunación contra el VPH, pruebas de tamizaje y tratamientos.

Al no poder interferir o modificar en cómo funciona el sistema de salud colombiano, esta investigación se enfocó en ofrecer charlas educativas a la población que más lo necesitaba y que de esta manera la falta de información o el desconocimiento de esta enfermedad no fuera un factor para poder prevenirla.

Los resultados arrojaron que luego de la intervención educativa se mejoraron todas barreras que se habían planteado en la encuesta, esto nos da a entender, que previo a esta investigación, el público objetivo no había sido partícipe de un programa similar. Cabe resaltar que estas charlas educativas tenían una duración de dos horas y se hacían por única vez, lo que nos da a entender que de ser más constantes con este tipo de capacitaciones los resultados pueden ser mucho mejores.

Para efectos de este estudio las barreras se podrían dividir en dos categorías: las que se pueden mejorar gracias a charlas educativas y las que dependen de otros factores. Es decir, existen ciertas barreras que son más accesibles al cambio que otras, por ejemplo la falta de información se mejora con estas capacitaciones educativas, pero la barrera evidenciada sobre la prohibición de las parejas para que las mujeres no acceden a las pruebas de tamizaje, no se puede mejorar únicamente con una charla educativa, sino que hay un trasfondo en esta barrera que va mucho más allá de un programa educativo; sin embargo, como se mencionó anteriormente, todas las barreras se mejoraron.

De igual forma en las charlas educativas siempre se resaltó el importante papel que juegan las mujeres en el buen desarrollo de una sociedad, para que de esta manera se empoderaran y exigieran sus derechos tanto a sus parejas/esposos, como a los centros de salud, gobierno local, el Estado, entre otros, el cual era uno de los temas de estas capacitaciones educativas.

Estos programas, adaptados al lenguaje y educación que manejan el público objetivo, siempre van arrojar resultados positivos, más si se hacen en el lugar donde habitan, por ello es importante dejar un precedente de cómo con un programa educativo de corta duración pudo mejorar las barreras en las mujeres para que accedieran a programas de prevención del CCU.



Conclusiones

Nuestros hallazgos evidencian la urgente necesidad de una participación más articulada de los distintos actores que hacen parte del sistema de salud en el departamento del Cauca, quienes deben adelantar acciones más contundentes hacia la promoción de la atención preventiva, asegurar el seguimiento de las mujeres que requieren intervención, así como resaltar y ejecutar los programas y soluciones educativos generados por la comunidad en su lenguaje y adaptado a su cultura y creencias.

En suma, es importante que se enfatice en la vacunación contra el VPH como la herramienta primaria para evitar más casos por esta enfermedad, así mismo que se desmitifiquen muchos rumores que existen en torno a la vacunación y que por el contrario se resalte los beneficios que trae consigo el aplicarse esta vacuna, la cual ayuda a evitar no solamente el CCU, sino también otros tipos de cánceres.

Por último, consideramos que es además esencial evaluar el nivel de apropiación de las temáticas desarrolladas por parte de las mujeres, para que se garantice la sostenibilidad de este tipo de estrategias, pues las mujeres participantes serán capaces de compartir toda la información suministrada y sus vivencias con los miembros de su núcleo familiar y su comunidad cercana. La edad de mayor vulnerabilidad cáncer de cuello uterino afecta a las mujeres en la etapa de mayor auge de productividad, dejando en muchas ocasiones niños sin madres y afectando los años de vida productiva, lo que al final termina afectando el buen desarrollo de una sociedad.

Referencias

- Aldohaian A.I.; Alshammari S.A. & Arafah DM. (2019) Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among Saudi women: a cross-sectional observational study. *BMC Womens Health*. 8;19(1): 6. doi: 10.1186/s12905-018-0701-2. PMID: 30621680; PMCID: PMC6323726.
- Chao, P.; Cismaru, M.; Lavack, A. M. & Markewich, E. (2009). Social marketing campaigns aimed at preventing drunk driving. *International Marketing Review*, 26(3), 292-311.
- Dearing, J. (1996). Social marketing and diffusion-based strate-

- gies for communicating with unique populations: HIV prevention in San Francisco. *Journal of health communication*, 1(4), 343-364.
- Evans, W. D., Christoffel, K. K., Necheles, J. W., & Becker, A. B. (2010). Social marketing as a childhood obesity prevention strategy. *Obesity*, 18, 23-26.
- Marteau, T. M., Hollands, G. J., & Fletcher, P. C. (2012). Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*, 337(6101), 1492-1495.
- Pan American Health Organization. (2018). Plan of Action for Cervical Cancer Prevention and Control 2018-2030. PAHO.
- Sumarmi S, Hsu YY, Cheng YM, Lee SH. (2021) Factors associated with the intention to undergo Pap smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. *Reprod Health*, 18(1):138. Doi: 10.1186/s12978-021-01188-7. PMID: 34193195; PMCID: PMC8244128.

