

Programa de prevención de riesgo de cáncer cérvico-uterino (CaCu) para estudiantes universitarias*

Ma. Refugio Ríos Saldaña¹

Ariadna Mendoza Figueroa²

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

La incidencia y prevalencia del cáncer cérvico-uterino (CaCu) y la mortalidad de mujeres por esta causa requieren acciones dirigidas a la prevención y control de la enfermedad, especialmente en las jóvenes, debido a que además del riesgo para su salud, pueden ver afectado su proyecto de vida y ejercicio profesional. El objetivo de este trabajo es proponer un programa preventivo que permita concientizar y sensibilizar a las jóvenes acerca de su salud, en especial para el desarrollo y adopción de conductas preventivas respecto del CaCu. En este estudio se propone un taller de siete sesiones para abordar contenidos teóricos y conceptuales, factores de riesgo y protección, incidencia y prevalencia, y para favorecer la toma de conciencia en la adopción de comportamientos preventivos, así como un cierre del taller en el que se recuperen los aprendizajes y se explore la posibilidad de ponerlos en práctica.

Palabras clave. CaCu, salud, conductas de riesgo y protección.

The incidence and prevalence of cervical cancer (CC) and female mortality from this cause, requires the propose actions aimed at prevention and control, especially in young women because in addition to putting health at risk, you can project affected your view of life and practice.

The aim of this paper is to propose a preventive program that raised awareness and sensitize young people about their health and especially to the development an adoption of preventive behavior of CC. Seven sessions are raised through the content which addresses theoretical, conceptual, risk and protective factors, incidence and prevalence and promotes awareness for the adoption of preventive behaviors of CC. Is proposed closure of the shop where there recover learning and explore the possibility of putting into practice what they learned.

Keywords. Cervical cancer, health, risk behaviors and protective.



1 Profesora adscrita a la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I), UNAM. email. mrrs@campus.iztacala.unam.mx

2 Licenciada en psicología, colaboradora en el Proyecto de patógenos conductuales relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas.

* Trabajo realizado con apoyo del PAPIIME: EN201604 y pe303011.

En la mayoría de los países el cáncer es la segunda causa de defunción, y más de la mitad de los casos se presenta en la población de los países en desarrollo. Cada año se diagnostican 7 millones de nuevos casos de cáncer y mueren por este padecimiento aproximadamente 5 millones de personas. En 1991 perecieron 41 mil 985 pacientes por esta causa y en 1997 la cifra aumentó a 51 mil 254 (Lazcano, 2001).

El cáncer en general, y el cérvico-uterino (CaCu) en particular, son considerados enfermedades crónicas (EC). Constituyen problemas de salud que requieren tratamiento continuo durante un periodo de años o decenios. Los enfermos crónicos necesitan una atención de salud derivada de una perspectiva longitudinal centrada en la prevención (Bodenheimer, Wagner y Grumbach, 2002) Los encargados de la prestación de servicios de salud deben enfocar la prevención en dos vertientes: evitar la aparición de EC y, en caso de producirse, evitar las complicaciones predecibles mediante un tratamiento y gestión óptimos. El autotratamiento y la colaboración son características fundamentales en este tipo de atención (Von Korff *et al.*, 1997).

En las últimas décadas ha aumentado la incidencia del CaCu hasta el grado de ocupar los primeros lugares como causa de muerte. México registró en el año 2000 el deceso de 27 mil 245 personas a consecuencia de tumores malignos. El CaCu ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad general (Reynoso y Seligson, 2005) (vea la tabla 1).

El análisis de las tendencias actuales indica que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, el cáncer cérvico-uterino se convertirá en la causa principal de defunción en el siglo XXI, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de de-

Tabla 1. Número de muertes por tipo de cáncer*

Tipo de tumor maligno	Defunciones (2005)
Tráquea, bronquios y pulmón	6 225
Estómago	4 980
Cuello del útero	4 604
Hígado	4 169
Próstata	3 835
Mama	3 432

* Tomado de Reynoso y Seligson, 2005.

funciones en un plazo de 25 años (Romero, Grau, Gómez, Infante, Chacón, Asén, Llantá, Molina, Camacho y Grau, 2003).

Anteriormente el CaCu se manifestaba en mujeres adultas, pero las estadísticas actuales indican que se está presentando en mujeres cada vez más jóvenes, ocupando el segundo lugar de incidencia en el grupo de edad de 25-34 años. El cáncer es producto de la interacción de condiciones genéticas, medio-ambientales y conductuales. Sin embargo, la mayoría de los factores de riesgo que llevan a contraerlo está asociada con la conducta personal y el estilo de vida del individuo. Entre estos patógenos conductuales, Brannon y Feist (2000) destacan los siguientes.

- ◆ Tabaquismo
- ◆ Dieta inadecuada.
- ◆ Consumo de alcohol.
- ◆ Falta de actividad física.
- ◆ Exposición sin protección a la luz ultravioleta (especialmente la de los rayos del Sol).
- ◆ Conducta sexual temprana desprotegida, con múltiples parejas, sin higiene, embarazos tempranos.

El factor de riesgo más común del CaCu es la exposición a ciertas variedades del papiloma-

virus humano (VPH), el cual constituye en muchos casos una infección de transmisión sexual (ITS) asintomática. Dada esta característica del virus, puede transcurrir mucho tiempo antes de ser detectado (Muñoz y Bosch, 1997).

Otros factores de riesgo del CaCu son los siguientes.

- ◆ No realizarse la prueba de detección del CaCu periódicamente.
- ◆ Comenzar las relaciones sexuales antes de los 20 años (Tirado, Mohar, López, García, Franco y Borges, 2005).
- ◆ Tener parejas sexuales múltiples (dos o más), o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- ◆ La no utilización del condón.
- ◆ Tener una historia familiar de CaCu.
- ◆ Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el HPV.
- ◆ Fumar.
- ◆ Condición socioeconómica (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que no tienen acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento).

De todos los cánceres conocidos, el cérvico-uterino es el que tiene mejores posibilidades de ser detectado, tratado y curado. Sin embargo, sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 44 años de edad a pesar de que se cuenta con programas de detección oportuna (Valenzuela y Miranda, 2001).

Varios autores (Doorenbos, 1982, y Bran-non y Feist, 2000) subrayan que los hábitos sexuales que adopta la mujer a lo largo de su vida son de la mayor importancia en el desarrollo del carcinoma cervicouterino (vea la tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo en mujeres mexicanas con cáncer cérvico-uterino*

Variables	% casos n = 215
Antecedentes obstétricos	
Número de partos	
0	6.1
1 a 3	24.4
4 y más	69.5
Antecedentes ginecológicos	
Uso de anticonceptivos hormonales	4.6
Presencia de infección vaginal en los últimos tres meses	67.30
Actividad sexual	
Inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años	80.8
Infección por VPH	95.8

* Instituto Nacional de Cancerología, México, 2000-2001 (Tirado *et al.*, 2005).

El método de detección oportuna para el CaCu es el *papanicolau*, también llamado *citología vaginal*, que evalúa las condiciones de las células cervicales y detecta algún cambio precanceroso (displasia cervical), así como infecciones o inflamaciones (Serman, 2002). La frecuencia recomendable para someterse a esta prueba es una vez al año, aunque si durante tres años consecutivos los resultados son normales, se puede realizar cada tres años. En México los estudios del papanicolau en los servicios de salud pública son gratuitos y cualquier mujer tiene acceso a ellos.

La etiología del CaCu es multifactorial. Biología y conducta actúan conjuntamente. Por ello, aunque se tienen avances muy importantes en la ciencia, la tecnología médica y la farmacología, es preciso que vayan acompañados de procesos educativos, pues cada vez es mayor la evidencia del peso que

tiene la conducta y los estados psicológicos en la salud de las personas.

Landa (1999) afirma que el comportamiento: modula los efectos biológicos de las circunstancias ambientales, produce cambios graduales en el estado del organismo, es instrumental para detectar y atender una enfermedad y potencia toda acción terapéutica. Por tanto, la salud se construye o no a través de los comportamientos adoptados por un individuo, es decir, de su estilo de vida.

Se conoce como *estilo de vida* (Jadue y Berríos, 1994) a la serie de comportamientos, creencias, conocimientos y actitudes que adopta una persona hacia su propia salud, la cual también está en función de circunstancias externas, como el tiempo, espacio y recursos para acceder a los profesionales de la salud.

Para Gil (2003), existen tres enfoques sobre el estilo de vida. El primero se conceptualiza de forma genérica como una *moral saludable* que cae bajo la responsabilidad del individuo y la administración pública, e incluye ciertos patrones de conducta que llevarán al sujeto a una mayor duración de vida y un menor impacto de ciertas enfermedades graves.³

El segundo enfoque se conoce como *estilo de vida socializado*. En éste no sólo se hace referencia a los hábitos personales, sino también a la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, la cultura y la educación. En este sentido, la responsabilidad del individuo es compartida con los políticos y los legisladores. Desde este enfoque, el estilo de vida comprende conductas relacionadas con la salud, así como con valores y actitudes adoptados por los sujetos en respuesta a su ambiente social y económico, por lo que

se pretende modificar los estilos de vida a través del cambio en las condiciones de vida.

El tercero es el *enfoque pragmático*, que afirma que en salud ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras; es decir, ciertos patrones de comportamiento llevan al individuo a la promoción de su salud o a la potenciación de riesgos.

La característica esencial de los tres enfoques propuestos por Gil radica en que le atribuye la responsabilidad de la salud tanto al individuo como a las instituciones, pues la adopción o no de un estilo de vida promotor de la salud está determinado por factores exógenos y endógenos. Estos últimos están constituidos por aquellas conductas sobre las cuales un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan los riesgos para su salud. Por lo anterior, este autor plantea que existen estilos de vida saludables y estilos de vida no saludables.

Los estilos de vida saludables —conductas o hábitos de salud, o inmunógenos conductuales— constituyen todo aquello que una persona puede hacer, decir o pensar y que tiene como resultado el desarrollo de su salud y la prevención de enfermedades. Los estilos de vida no saludables —conductas de riesgo o patógenos conductuales— hacen referencia a todo aquello que un sujeto pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado es el debilitamiento de su estado de salud, que como consecuencia lo lleven a contraer alguna enfermedad.

Es importante aclarar que las conductas de riesgo no causan necesariamente una enfermedad, sino que permiten predecir la probabilidad de que una persona la desarrolle o muera a causa de la misma (Barradough, 1999a).

³ En tal sentido genérico se circunscribe el trabajo de la Organización Mundial de la Salud (1981), la cual estableció dos objetivos principales para las políticas de salud en 2000: 1) promover estilos de vida que individual y colectivamente y de forma cotidiana estén dirigidos a la salud, y 2) prevenir las enfermedades que puedan ser evitadas.

Los principales inmunógenos conductuales son los siguientes.

- ◆ Dormir siete u ocho horas diarias.
- ◆ Equilibrio dietético, desayuno diario.
- ◆ No ingerir alimentos, nunca o casi nunca, entre comidas.
- ◆ Mantenerse en el peso adecuado a la altura corporal.
- ◆ No fumar.
- ◆ No tomar alcohol o hacerlo moderadamente.
- ◆ Llevar a cabo una actividad física regular.

A la lista anterior de inmunógenos conductuales se han agregado las siguientes conductas.

- ◆ Prácticas de seguridad y protección: uso de cinturón de seguridad, del condón, etcétera.
- ◆ Participación en programas promocionales y preventivos.
- ◆ Cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud.
- ◆ Uso de recursos y servicios sanitarios de la comunidad (Grau, 1998; Becoña, 2004).

La práctica de inmunógenos conductuales opera en función de factores emocionales. Los estados y necesidades emocionales desempeñan un papel importante en las prácticas de salud (Becoña, 2004).

Por otro lado, entre los principales factores de riesgo o patógenos conductuales se encuentran los siguientes.

- ◆ Tabaquismo
- ◆ Alcoholismo
- ◆ Prácticas sexuales de riesgo
- ◆ Horas de sueño deficientes
- ◆ Estilo de alimentación inadecuado
- ◆ Sedentarismo

- ◆ Elevada exposición a contaminantes
- ◆ Conducta tipo A

Es importante precisar que la conducta también implica la cognición. Por ello se afirma que en el campo de la salud los pensamientos y creencias son parte fundamental del proceso salud-enfermedad, además de que son determinantes en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida.

¿Por qué una persona tiene un estilo de vida saludable o no? Un paso para contestar la pregunta es conocer cuál es su creencia respecto de la salud y la enfermedad. Quienes ven la enfermedad como el resultado de un estilo de vida no sano, participan de manera activa en formas de vida que mejoran o mantienen su salud, además de que piensan que la curación de un padecimiento implica cambios en su estilo de vida. Aquellas que creen que la enfermedad surge de improviso y viene a robarles su salud, muestran una actitud pasiva, mantienen un estilo de vida no saludable, acuden únicamente al médico cuando se sienten enfermos y depositan toda la responsabilidad de su curación en éste y en las medicinas (esperan que éstas los sanen fácil y rápidamente).

Las creencias constituyen una fuente de conocimiento. Formadas por la influencia del conjunto de relaciones interpersonales en determinado escenario socioeconómico y político, el grado de convicción en ellas radica en su origen, es decir, de dónde o de quién proviene la información (González, 2002). Grau (1998) afirma que las creencias sobre la salud pasan de generación en generación a través del folclor.

En 1950 surge el modelo de creencias de la salud (MCS) con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Este modelo evalúa creencias acerca de las acciones de pre-

vencción, detección precoz y conductas y roles de enfermedad (Valenzuela y Miranda, 2001).

El MCS concibe al ser humano como un ser racional que busca maximizar los beneficios y minimizar los riesgos de su conducta. Supone que las acciones preventivas operan en función de la preocupación que tienen las personas por evitar una enfermedad y su creencia de que existen acciones de salud que la previenen (Vera, Livacic, Fernández y Oblitas, 2005). Postula que para que ocurra un cambio en la conducta de salud de un sujeto, éste deberá sentirse amenazado por su patrón de comportamiento, creer que el cambio será benéfico y que tendrá consecuencias negativas mínimas, además de sentirse competente para realizar la acción (Collazo, 1994, en Vera *et al.*, 2005). El MCS incluye los siguientes componentes.

Preocupación general por la salud. Creencia de una persona acerca de que la reducción de las amenazas a la salud es importante y positivo.

Susceptibilidad percibida. Percepción subjetiva de estar en riesgo de enfermarse. Constituye el primer paso para iniciar cualquier acción preventiva de detección precoz o curativa.

Severidad percibida. Creencia sobre las consecuencias de contraer la enfermedad. Incluye las evaluaciones médicas del padecimiento, sus posibles consecuencias sociales y los efectos en la familia, el trabajo o las relaciones sociales.

Percepción de beneficios y barreras. Es resultado de comparar los costes y beneficios percibidos por realizar la conducta preventiva.

Percepción de autoeficacia. Convicción individual de ser capaz de realizar una conducta y/o acción en forma exitosa.

Otro aspecto que completa el MCS es la presencia de estímulos internos o externos que son claves para actuar. Ejemplo de claves internas es el síntoma de alguna enfermedad, mientras que ejemplos de claves externas son una campaña de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y estar en contacto con personas cercanas afectadas por algún padecimiento (Meda *et al.*, 2004).

En investigaciones realizadas con estudiantes universitarios para identificar sus creencias respecto de la salud (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; y Meda *et al.*, 2004), los resultados indican que las poblaciones universitarias tienen creencias protectoras y/o favorables hacia la salud. Además, existen diferencias por edad (al aumentar ésta se incrementan las creencias), estrato socioeconómico (mayor presencia de creencias favorables a la salud en estudiantes de estrato medio, medio alto y alto) y género (las mujeres tienen más creencias favorables respecto de las prácticas saludables de autocuidado y cuidado médico, actividad física, dieta, importancia de las relaciones sociales y del daño que ocasiona el uso de sustancias).

En el estudio de Arrivillaga, Salazar y Correa se concluye además que los jóvenes no se perciben en riesgo o se perciben como sujetos invulnerables, lo que los lleva a realizar conductas insanas que afectan su salud a mediano o largo plazos.

Es interesante observar que aunque los dos estudios descritos reportan que las jóvenes universitarias tienen creencias que favorecen la salud, este dato resulta contradictorio con la baja respuesta que se observa en este sector a los programas de detección oportuna del padecimiento. Recordemos que el CaCu es el tipo de cáncer con mayores probabilidades de ser detectado, tratado y curado, y sin embargo sigue siendo la primera causa de muerte en

mujeres de entre 15 y 44 años, a pesar de que se cuenta con programas de detección oportuna. En el caso de nuestro país se cuenta con un programa nacional de detección de cáncer cervical desde mediados de los años 1980. Sin embargo, el Instituto Nacional de Salud Pública reporta un impacto casi nulo en la disminución de la frecuencia de esta enfermedad, y señala que lo anterior se debe a las barreras psicológicas y culturales a las que se enfrenta el programa (Lazcano, 2001).

Intervención psicológica en salud

La intervención psicológica en salud ha sido dividida en dos tipos, cuyo objetivo común consiste en mantener la salud y evitar la enfermedad: una es la intervención en promoción de la salud, que se dirige a la adquisición o mejoramiento de repertorios saludables, mismos que se determinan de manera empírica de acuerdo con el resultado en el mantenimiento de un buen estado de salud, y la otra es la intervención que se enfoca en la prevención de enfermedades mediante el cambio o eliminación de comportamientos de riesgo (Gil, 2003). Landa (1999) plantea que el psicólogo tiene las siguientes tres tareas en el área preventiva.

Prevención primaria. Se aboca a las prácticas cotidianas de las personas antes de que aparezcan riesgos biológicos. En esta área las intervenciones están enfocadas en el desarrollo de estilos de vida que reduzcan la vulnerabilidad biológica, en la promoción de conductas de protección y en la adquisición de aquellas que disminuyan las reacciones de estrés.

Prevención secundaria. Se enfoca en las conductas que impiden el avance de una pro-

pensión a la patología o de una condición patológica inicial. En esta área se trabajan, entre otros aspectos: que las personas conozcan los indicadores de riesgo, acudir con oportunidad a los servicios de salud y la adherencia terapéutica.

Prevención terciaria. Su objetivo consiste en prevenir la cronicidad de ciertas patologías y el deterioro acelerado del paciente. Los programas buscan establecer comportamientos que faciliten la recuperación parcial o total de funciones perdidas, así como eliminar o paliar la interferencia de ciertos factores psicológicos (ansiedad, estrés, temor, etc.) que incrementan la reacción biológica.

Por lo anterior, para que los programas de intervención en general, y en México en particular, tengan éxito, deben incluir la revisión de los estilos de vida y de las creencias.

En cuanto a la población motivo de interés de este estudio, los alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) de la UNAM se encuentran en un rango de edad de 18 a 24 años. Para que alcancen un óptimo desempeño académico y el logro de sus metas se requiere, además de sus conocimientos y saberes previos, que cuenten con salud. En la investigación "Detección de patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas en estudiantes universitarios de la FES-I", realizada por el Grupo de Investigación de Interacciones Sociales: Salud y Educación, se analizó una muestra de 1383 mujeres de primer ingreso de la generación 2004, cuya edad promedio era de 18.25 años, con una desviación estándar de 2.29.

A esta muestra se le aplicó, a su ingreso a la facultad, el examen médico automatizado

elaborado por la UNAM, del cual se recopilaban los datos correspondientes a los factores de riesgo para el desarrollo del CaCu y el estilo de vida.

Los resultados indican que 15.52% de las alumnas que reportaron NO padecer cáncer muestran una condición de doble riesgo, pues presentan más de tres factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu y un estilo de vida no saludable, pues registran más de tres patógenos conductuales. Por su parte, 16% de las alumnas cuya respuesta fue NO SÉ, presentan la misma condición de doble riesgo, por lo que se concluyó que aun cuando en la población no se encontró específicamente algún caso de CaCu, sí se identificó a alumnas con factores de riesgo y patógenos conductuales para dicha enfermedad.

En vista de lo anterior, y dado que la población de estudiantes mujeres de la FES-I se encuentra en el rango de edad en que por lo general inicia su vida sexual activa (en ocasiones con varias parejas), adquiere el hábito de fumar, mantiene una dieta inadecuada, etc., todos ellos factores de riesgo para el CaCu, y además se incluye en el rango de edad en el que este tipo de cáncer es la primera causa de muerte (15-44 años), se propone como acción preventiva un programa de intervención con la modalidad didáctica de “taller”. El trabajo que se pretende desarrollar se caracteriza por la construcción, reelaboración y socialización grupal y vivencial de los conocimientos y experiencias de cada participante.

La metodología de este tipo de trabajo subraya la participación activa de cada integrante a partir de su experiencia personal, la promoción de la reflexión crítica sobre sus actitudes, estilo de vida, creencias y valores propios (que como ya fue expuesto son muy importantes en el proceso de salud-enferme-

dad), y el acercamiento a la información y conocimientos básicos sobre el CaCu.

El taller está estructurado en siete sesiones de 3 horas cada una con las siguientes características.

Materiales. Un espacio amplio, iluminado y ventilado; copias de los instrumentos que se mencionan más adelante, pizarrón, gis, rotafolio, hojas, plumines, cañón y computadora.

Título del taller. “El CaCu y yo... sí, YO ¿???????”

Objetivo general. Las participantes reflexionan sobre su estado de salud en general y revisan sus estilos de vida, creencias y actitudes con respecto a la salud.

Sesiones temáticas

1. *Presentación e integración.* En esta sesión se favorece la integración grupal, se revisan los objetivos del taller y las expectativas de las participantes, y se establecen las reglas grupales.
2. *Revisemos nuestra salud.* Introducción acerca de qué entienden por salud. Se aplica y evalúa el *Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades* y se discuten los resultados obtenidos.
3. *“Mi vida es mi vida”.* Se analiza el significado que cada participante atribuye a la frase que da el título a la sesión. Se introduce la noción *estilo de vida* y se habla sobre estilos saludables y no saludables. Se revisa el estilo de vida propio y se asocia con el diagnóstico realizado en la primera sesión.
4. *Sexualidad y libertad.* Se revisa su concepto sobre *libertad, sexualidad y erotismo*. Se analizan las prácticas sexuales de las parti-

cipantes: elección de compañero, decisión de tener prácticas sexuales y con quién, cuidados e higiene, y problemas asociados (ITS/VPH: CaCu).

5. *Lo que creo, lo que hago.* Se aplica el cuestionario "Significado y creencias en salud". Se revisa en el grupo para conocer las creencias individuales en este tema. Se discuten las consecuencias de tener cada creencia.
6. *De amores y desamores ¿por quién?* Se revisa qué entienden por amor y para quién. Se habla del cuidado de sí como una forma de amor. Se da a conocer el programa de detección oportuna del CaCU y en qué consiste.
7. *¿Y ahora qué?* Es la sesión de cierre del taller. Se utiliza de nuevo el *Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades* a efecto de elaborar un plan o estrategia para resolver los problemas de salud o los riesgos encontrados.

Referencias

- ARRIVILLAGA, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). "Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios." *Colombia Médica*, 34(4), pp. 186-195.
- BAMMER, K. y Newberry, B. (eds.) (1985). "Contribución del *stress* al desarrollo y crecimiento del cáncer y la forma de combatirlo." *El stress y cáncer*. Barcelona: Herder.
- BARRADOUGH, J. (1999a). *Cancer and emotion*. Nueva York: John Wiley.
- BAZÁN, G. E. (2002). "Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México." *Revista de Psicología y Ciencia social*, 5(2), pp. 20-25.
- BECONA, I. E. (2004). "Promoción de estilos de vida saludables." Oblitas, L. A., *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- BONDENHEIMER T., Wagner E., Grumbach K. (2002). "Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model", parte 2, *Journal of American Medical Association*, 288, pp. 1909-1914.
- BRANNON, L. y Feist, J. (2000). *Identificación de factores conductuales en el cáncer*. Psicología de la Salud. España: Thompson Learning.
- . (2000). *Vivir con una enfermedad crónica*. Psicología de la salud. España: Thompson Learning.
- DOORENBOS, J. G. (1982). "Elementos esenciales de las neoplasias malignas del cuello y cuerpo uterinos. Tratamiento no quirúrgico de las enfermedades malignas." México: Manual Moderno.
- ESCONDÓN, R. C., Benítez, M. M., Navarrete, E. J., Vázquez, M. J., Martínez, M. O. y Escobedo, D. J. (1992). "Epidemiología del cáncer cervico-uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social." *Revista de Salud Pública de México*, 34(6), pp. 607-614.
- FUSTÉ-ESCOLANO, A. (2004). "Comportamiento y salud." Oblitas, L. A., *op. cit.*
- GARCÍA, Q. F., Martínez, S. E. y Cáceres O. E. (2001). "Intervención cognoscitivo conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer." *Psicología y Salud*, 11(1), pp. 113-123.
- GIL Roales-Nieto, J. (2003). *Comportamiento y salud, y comportamiento como riesgo*. Psicología de la Salud. España: Paraninfo.
- GONZÁLEZ, V. (2002). "Las creencias y el proceso salud-enfermedad." *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología* [www.psicolatina.org].
- GRAU, A. J. (1998) "La psicología de la salud en América Latina. México", Rodríguez, O. G. y Rojas R. M. (1998). *La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro*. México, Facultad de Psicología, UNAM.

- GRAU, A. J., Knapp R. E., Pire S. T., Villanueva G. Z. T. y Rodríguez F. H. (1997). "La psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades." *Psicología y Salud*, 9, pp. 73-87.
- HERNÁNDEZ, H. C. I., Girón, C. J. L., Correa, C. A. J., Hernández, L. J. A., Esquivel, A. A. y Jacobo, S. A. M. (2002). "Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC." *Revista de Enfermería IMSS*, 10(1), pp. 7-10.
- JADUE, L. y Berríos, X. (1994). "Estilos de vida de la mujer adulta de la región metropolitana." *Boletín de la Escuela de Medicina*, 23, Universidad Católica de Chile, Santiago.
- LANDA, D. P. (1999). "El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud." *Psicología y Ciencia Social*, 3(2), pp. 32-37.
- LATORRE, J. y Beneit, P. (1981). *La enfermedad crónica*. Psicología de la salud. Buenos Aires: Lumon.
- LAZCANO, H. A. (2001). *Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino*. *Cáncer cérvico-uterino. Diagnóstico, prevención y control*. México: Editorial Médica Panamericana.
- MEDA, L. R. M., Moreno, J. B., Morales, L. M., Torres, Y. P., Lara, G. B. y Nava, B. G. (2004). "Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios." *Revista de Educación y Desarrollo*, 3 [<http://www.googleacademico.com/>]
- MUÑOZ, N. y Bosch, X. (1997). "Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectivas de prevención." *Salud Pública de México*, 39(4), pp. 274-282.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2002). "Innovative care for chronic conditions: building blocks for action." Ginebra: OMS.
- . (2005). "Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas." Ginebra: OMS.
- REYNOSO, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- RODRÍGUEZ, M. J. (1995). *La calidad de vida en pacientes crónicos*. Psicología social de la salud. España: Síntesis.
- ROMERO, P. T., Grau, J. A., Gómez, S. C., Infante, P. O., Chacón, R. M., Asén, M. L., Llantá, A. M., Molina, C. M., Camacho, R. R. y Grau, A. R. (2003). "Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia." *Revista de Psicología y Salud*, 13(1), pp. 87-99.
- SERMAN, F. (2002). "Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento." *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(4) [<http://www.googleacademico.com/>]
- TIRADO, G. L., Mohar, B. A., López, C. M., García, C. A., Franco, M. F. y Borges, G. (2005). "Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas." *Revista de Salud Pública de México*, 47(5), pp. 342-350.
- VON Korff M. et al. (1997). "Collaborative management of chronic illness: essential elements." *Annals of Internal Medicine*, 127, pp. 1097-1102.
- VALENZUELA, S. M. y Miranda, A. (2001). "¿Por qué no me hago el papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile." *Revista Chilena Salud Pública* 5(2-3), pp. 75-80 [<http://www.googleacademico.com/>].
- VERA-VILLARROEL, P., Livacic-Rojas, P., Fernández, A. M. y Oblitas, L. (2005). "Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud." [<http://www.psicologiacientifica.com/>].