



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

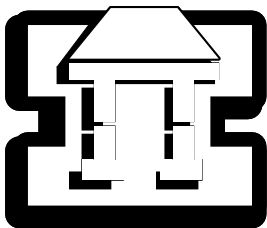
**“CÁNCER CERVICOUTERINO Y ESTILOS DE VIDA EN
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA”**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ARIADNA MENDOZA FIGUEROA**

**DIRECTORA:
MTRA. MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA**

**DICTAMINADORAS:
MTRA. MARIA ARACELI ÁLVAREZ GASCA
MTRA. NORMA YOLANDA RODRÍGUEZ SORIANO**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Y cuando quieres una cosa, todo el Universo
conspira para que realices tu deseo.”**

Paulo Coelho

Gracias a todas aquellas personas que con su existencia, sus pensamientos, sus oraciones, sus deseos, sus conocimientos y sus experiencias, hicieron junto conmigo y el Universo una conspiración para que hoy viera realizado uno de mis más grandes sueños...

Agradecimientos

A Dios:

Porque en tu infinito amor, me das el $\epsilon\chi\omega\tau\tau$ y con $\epsilon\upsilon\omega$ la oportunidad de haber alcanzado el sueño de una carrera universitaria. Te agradezco porque me colmas de tus bendiciones y también por tus promesas cumplidas... y las que faltan. Por tu plan perfecto y porque sé que me vas a hacer brillar... gracias. Te Amo.

A mi Madre, Silvia:

Por darme la vida, porque desde niña bastaba una sola de tus palabras para saberme segura de poder lograr lo que me propusiera. Éste logro también es tuyo, pues es el resultado de: tus esfuerzos por darme lo mejor, de tus desvelos, de tus preocupaciones, de tus cuidados, de tu confianza y de tus oraciones. Gracias por tu amor incondicional y esperar junto conmigo a que este día llegara. Te Amo.

A mi Abuela, Alicia:

Porque siempre has excedido tus posibilidades para darme lo mejor, porque a tu modo has depositado tu confianza en mí y a pesar de todo siempre me has dado tu apoyo. Gracias por tus cuidados, tus preocupaciones, por estar ahí cuando necesito ayuda, porque parte de lo que soy y tengo te lo debo a ti. Te Quiero Mucho.

A mi hermana, Yariela:

Porque éste es un ejemplo de que las mujeres de nuestra familia tenemos la capacidad de lograr lo que nos proponemos, ahora te toca a ti... lucha por lograr tus sueños, no hay límites. Gracias por brindarme tu ayuda, tu apoyo, tu sonrisa y tus palabras. Te Quiero Mucho.

A Enrique:

Por ser mi inspiración y porque tu amor es uno de los pilares que me sostienen. Por estar conmigo en las buenas, por ser mi aliento en las malas y por evitar dejarme vencer en las peores. Por tu ayuda, por tu redacción, por tus palabras, por tu sonrisa y por tu mirada. Por ser mi confidente, mi amigo y el amor de mi vida. Por soñar juntos... Gracias. Te Amo.

A Karina:

Porque juntas iniciamos, recorrimos y terminamos éste sueño. Gracias porque en el camino compartimos un sin fin de experiencias, conocimientos, pensamientos, trabajos, prácticas, diversión, sonrisas, lágrimas, preocupaciones, viajes, gestos, nuestras alegrías y también nuestras tristezas. Gracias por todos esos momentos que pasamos juntas y por los que vienen. Amiga Te Quiero Mucho.

A Gabriela:

Porque juntas recorrimos y vivimos éste camino. Por todas y cada una de las experiencias, de los chistes, de los cafés, de los trabajos que compartimos. Por permitirme conocer a la extraordinaria amiga que eres, por tu madurez, por tu sonrisa y por tus palabras, Gracias. Gabita Te Quiero Mucho

A mi asesora:

A ti Refugio por compartir conmigo tus conocimientos y tu experiencia, por dedicarme parte de tu tiempo, por tu paciencia, por la motivación, por tu compañía y por tu ayuda, Gracias.

A mis dictaminadoras:

A Norma y Araceli, por compartir este tiempo conmigo, al igual que sus conocimientos y su experiencia, Gracias.

A la UNAM:

A la extraordinaria institución que un día abrió sus puertas y me dio la bienvenida. Porque en ella encontré dos amigas extraordinarias, conocí compañeros, maestros y gente sorprendente, porque en ella he crecido personal y profesionalmente. Y porque sé que afuera en el mundo laboral, será mi respaldo y podré volver a ella cuando quiera. GRACIAS.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Resumen | 6 |
| Introducción | 8 |
| Capítulo Uno | |
| Antecedentes de la Psicología de la Salud | 10 |
| 1.1 Psicología de la Salud | 17 |
| 1.2 Estilos de Vida | 25 |
| 1.3 Evaluación en Psicología de la Salud | 33 |
| 1.4 Funciones del Psicólogo de la Salud | 37 |
| Capítulo Dos | |
| Enfermedades Crónicas Degenerativas | 42 |
| 2.1 Cáncer | 53 |
| Capítulo Tres | |
| Cáncer Cervicouterino | 64 |
| 3.1 Patógenos Conductuales Implicados en el CaCu | 68 |
| 3.2 Percepciones Respecto del CaCu | 74 |
| 3.3 Justificación y objetivo | 84 |
| Capítulo Cuatro | |
| Metodología y Resultados | 86 |
| Metodología | 86 |
| Método | 87 |
| Procedimiento | 89 |
| Resultados | 91 |
| Análisis de Resultados y Discusión | 104 |
| Conclusiones | 108 |
| Bibliografía | 111 |
| Anexos | |
| Resumen Proyecto General | |
| Vínculo del Proyecto Particular con El Proyecto General | |
| Examen Médico Automatizado | |

RESUMEN

El Cáncer Cervicouterino (CaCu), es en la actualidad una de las enfermedades crónicas de mayor incidencia en nuestro país, ocupando el primer lugar entre las neoplasias malignas. La etiología del CaCu es multifactorial, es decir, se necesita de la conjunción de factores de riesgo y de patógenos conductuales para incrementar la posibilidad de desarrollar la patología. Anteriormente el CaCu se manifestaba hasta edades adultas, sin embargo, las estadísticas indican que la enfermedad se está manifestando en edades cada vez menores, ocupando el segundo lugar de incidencia en mujeres de 25 a 34 años. El objetivo del presente estudio fue evaluar el estilo de vida y las conductas de riesgo de las estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) que presentan CaCu y compararlo con aquellas que no presentan dicha enfermedad. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, se trabajó con 1383 universitarias de la generación 2004, cuya edad promedio fue de 18.25 años y una desviación estándar de 2.29, a quienes a su ingreso a la facultad se les aplicó el Examen Médico Automatizado elaborado por la UNAM, del cual se recopilaron los datos correspondientes a estilo de vida y patógenos conductuales en el desarrollo del CaCu. Para fines de la investigación dicha población, se dividió en tres secciones a partir de las tres posibles respuestas a la pregunta 3e del EMA la cual indaga si padecen cáncer, las secciones quedaron conformadas de la siguiente manera: respuesta SI (n= 1), respuesta NO (n= 1353), respuesta NO SÉ (n= 25). Los resultados indicaron que del total de las alumnas que reportaron NO tener cáncer, el 15.52% muestran una condición de alto riesgo pues presentan más de tres factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu y además de un estilo de vida no saludable, ya que presentan más de tres patógenos conductuales. Por su parte del total de las alumnas cuya respuesta fue NO SÉ, el 16% presentan la misma condición de alto riesgo. Se puede concluir que aún cuando en la población no se encontró algún caso de CaCu, si se encontraron alumnas con factores de riesgo y patógenos conductuales para dicha enfermedad, lo que indica la necesidad y lo oportuno de

llevar a cabo programas preventivos contra el CaCu y otras enfermedades crónicas degenerativas.

Palabras clave: Cáncer Cervicouterino (CaCu), patógenos conductuales y estilo de vida.

INTRODUCCIÓN

Al escuchar acerca de las enfermedades crónicas degenerativas, en automático surge la idea que “eso” sólo les pasa a las personas adultas o viejas, nosotros los jóvenes no tenemos que preocuparnos por ese tipo de enfermedades y ocuparnos solamente en nuestro futuro y en la realización de nuestros sueños. Sin embargo, la realidad es que actualmente las enfermedades crónicas degenerativas, se están manifestando en edades cada vez menores debido al estilo de vida que ejercemos.

Dado lo anterior surge la preocupación y el interés por evaluar las conductas de riesgo que los universitarios ejercen en su cotidianeidad, así nace el proyecto de investigación “Patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónicas degenerativas en estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala”, del cual forma parte el presente reporte de investigación.

Para elaborar el presente reporte de investigación, se eligió el tema del cáncer cervicouterino al ser un padecimiento femenino y por mi condición de mujer, teniendo como objetivo evaluar el estilo de vida y las conductas de riesgo de las estudiantes de la FESI que presentan CaCu y compararlo con aquellas que no presentan dicha enfermedad. La información teórica que enmarcó ésta investigación y los resultados que se obtuvieron, están contenidos en cuatro capítulos:

En el Capítulo 1, se hace una revisión acerca de los orígenes del área, así como la perspectiva de la psicología sobre el proceso salud-enfermedad; se enmarca la importancia que ejerce la conducta sobre la construcción de la enfermedad, al describir el concepto estilo de vida; se describe las funciones que desempeña el psicólogo de la salud así como el papel fundamental de la evaluación en Psicología de la Salud.

En el Capítulo 2, se define y describe el concepto de enfermedad crónica degenerativa donde se incluye su historia natural y las implicaciones psicológicas que ésta trae al individuo; se realizó una descripción general de las principales enfermedades crónicas degenerativas enfatizando el padecimiento del cáncer al describir sus implicaciones biológicas y psicológicas.

En el Capítulo 3, se realizó una descripción biológica y psicológica del proceso evolutivo del cáncer cervicouterino; se enlistaron y explicaron los distintos patógenos conductuales y factores de riesgo implicados en el desarrollo del cáncer cervicouterino; también se revisaron las principales barreras psicológicas de las mujeres para someterse al examen de detección oportuna.

El Capítulo 4, contiene la metodología, el método y el procedimiento llevado a cabo en la investigación, así mismo contiene la descripción de los resultados obtenidos, el análisis de los mismos, la discusión y conclusiones de la investigación.

En el apartado de Bibliografía, se enlistaron los materiales teóricos y experimentales utilizados para la construcción del marco teórico, mismos que sustentan la presente investigación.

En el apartado de Anexos, se añade copia del Examen Médico Automatizado mismo que se aplicó a la generación 2004.

CAPÍTULO UNO

Antecedentes de la Psicología de la Salud

En este primer capítulo se hace una revisión acerca de la perspectiva que la Psicología de la Salud tiene sobre el proceso salud-enfermedad. Se inicia con una breve reseña sobre los orígenes de dicha área, abarcando distintos momentos históricos, pero haciendo énfasis en los dos modelos tradicionales de la salud, el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. Ésta mirada al pasado enmarcará el siguiente apartado en donde se aborda de manera específica a la Psicología de la Salud, su visión sobre el tema de salud, sus principales objetivos, así como, el Modelo de Salud, desarrollado por Ribes.

Dado que la dimensión psicológica de la salud es el comportamiento, se realizó un apartado sobre los estilos de vida en el que se especifica la importancia de las conductas en la construcción de la salud o la enfermedad, colocando al individuo como un ser responsable de su bienestar o deterioro físico y psicológico. De igual forma se elaboró un apartado sobre la evaluación en Psicología de la Salud, en donde se expone qué, cómo, cuándo evaluar. Sin embargo, dado que la evaluación no es la única función del psicólogo de la salud, en el último apartado se expone las demás áreas de aplicación e intervención del psicólogo.

El recuento histórico sobre el proceso salud-enfermedad se remonta a las concepciones acerca de la relación mente-cuerpo, las cuales han ido cambiando a través del tiempo y las distintas culturas.

Los filósofos griegos consideraban que la mente y el cuerpo eran una sola unidad. Platón decía “así como no se debería curar los ojos sin la cabeza, o la cabeza sin el cuerpo, no se debería intentar curar el cuerpo sin el alma... la parte nunca estará bien a menos que la totalidad esté bien” (citado por Lipowski, 1986; en Oblitas, 2004).

La civilización griega identificó el rol de la persona en la salud y en la enfermedad, a través de la teoría de los cuatro humores vitales, propuesta por Hipócrates (400-300 a.C.) y más tarde desarrollada por Galeno (139-200 a.C.). De acuerdo con dicha teoría, la enfermedad se presentaba cuando los cuatro humores: la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema, no estaban en equilibrio, es decir, cuando un fluido dominaba la personalidad (Taylor, 1999).

En la Edad Media, el misticismo y espiritualismo dominaron el concepto de enfermedad, el conocimiento y la práctica médica estaban bajo la custodia de la Iglesia Católica. La enfermedad se percibía como un castigo de Dios a consecuencia de la violación de la ley divina; la curación consistía en el arrepentimiento del pecado y en torturar al cuerpo para echar fuera al demonio.

Durante el periodo del Renacimiento, se retomó la enfermedad en términos naturalistas y se produjeron grandes avances en la base tecnológica de la práctica médica. En esta etapa surgió la teoría de la patología celular, la cual sostiene que toda enfermedad tiene su origen en la enfermedad de la célula, base filosófica del modelo biomédico, modelo que se ha desarrollado hasta nuestros días (Labiano, 2004 y Taylor, 1999).

“Dualismo” y “reduccionismo” son las dos ideas básicas que sustentan al modelo biomédico. El dualismo, herencia filosófica cartesiana, refiere que la mente y el cuerpo son dimensiones diferentes y separadas, la física (cuerpo) y la espiritual (mente). El reduccionismo, limita la enfermedad, a la comprensión de los procesos biológicos y bioquímicos.

De acuerdo con Ribes (1989), la concepción biomédica, define a la salud, como la ausencia de enfermedad, entendida esta como una serie de reacciones físicas y químicas producidas por un microorganismo específico, que se manifiestan a través de síntomas; dejando claro que el proceso patológico es independiente de los factores emocionales y del comportamiento del individuo.

Desde la perspectiva médica sobre la enfermedad, que enfatiza las condiciones propias del organismo y sus distintos sistemas, se deja ver a un individuo que posee un cuerpo dotado de herramientas físicas y químicas cuya función es resistir la invasión externa de los microorganismos, este individuo pasivo, sólo puede esperar que su fortaleza corporal resista el ataque.

Paradójicamente, el conocimiento y el trabajo en relación con la salud se enfocan en la enfermedad, en su entendimiento y tratamiento. Siendo la medicina la especialidad por excelencia para dichas labores, y el médico el único profesional con la capacidad de entender y comprender el cuerpo, a él se le otorga el poder del conocimiento sobre la salud y sobre el cuerpo del paciente.

El médico identifica el agente etiológico específico, realiza una descripción de las reacciones fisiológicas y los problemas creados por ese agente, y utiliza un procedimiento específico con el fin de detener el proceso negativo (Reynoso y Seligson, 2005).

En tal proceso de identificación y tratamiento de la enfermedad, el médico desempeña un papel activo y se le confiere la responsabilidad de la curación. El paciente queda reducido a objeto de estudio y a un conjunto de datos, cuya única función es informar sus síntomas al médico, por lo que, elige y desarrolla un papel pasivo en la promoción, mantenimiento y recuperación de su propia salud.

Sin embargo, la idea reduccionista sobre la etiología de la enfermedad, permitió el desarrollo de una serie de descubrimientos, tales como la insulina, penicilina y otros antibióticos, por lo que se demostró que tal visión simplista es útil y operativa, haciendo pensar de manera optimista que varias enfermedades pueden ser totalmente curadas.

Los avances en la investigación médica hasta la actualidad, han permitido erradicar las enfermedades infecciosas, tales como la neumonía, la gripe y la tuberculosis, que en el pasado eran causa de mortalidad. Sin embargo se ha demostrado que no todas las enfermedades son ocasionadas por agentes patógenos en el organismo, puesto que existen algunas donde no hay una causa física aparente, quedando al descubierto las limitaciones que el paradigma tradicional biomédico impone al concepto de salud (Becoña, 2004).

Aún cuando desde el siglo XIX el enfoque predominante para abordar la salud y la enfermedad ha sido el modelo biomédico, la noción de salud-enfermedad ha ido cambiando con el tiempo y algunos médicos han comenzado a defender una perspectiva alternativa que considera múltiples aspectos sociales, psicológicos y biológicos, la cual recibe el nombre de modelo biopsicosocial.

Actualmente, la perspectiva biopsicosocial de la enfermedad tiene gran aceptación, puesto que deja atrás la visión reduccionista y admite que las causas que interactúan en el proceso salud-enfermedad son de diversa naturaleza y origen. En dicho proceso intervienen elementos de macroprocesos (contexto social, factores climáticos, circunstancias socioeconómicas, etc.) y elementos de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos y emociones, etc.) (Landa, 1999 y Labiano, 2004).

Desde el modelo biopsicosocial, la salud se entiende como un proceso-estado de bienestar que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental. Acentuando la correlación necesaria entre salud y condiciones de vida, ya que existen indicios claros, de cómo las condiciones en las que se vive y las practicas socioculturales son auspiciadoras o directamente responsables de la salud biológica.

La carencia de servicios de agua potable, alimentos, drenaje, recolección de basura, plagas y la inaccesibilidad a los servicios de salud, son situaciones propias de la pobreza que propician enfermedades epidémicas. Sin embargo en la riqueza y abundancia se encuentran circunstancias de excesos o deformaciones de la dieta, el estrés urbano, la disponibilidad de fármacos, la preparación artificial de los alimentos, entre otros (Ribes, 1989).

Por su parte, Becoña (2004) señala que el nivel de desarrollo de una sociedad determina las variables ambientales en la salud de los individuos; en las sociedades latinoamericanas, las estadísticas muestran que un número significativo de enfermedades y muertes es causado por enfermedades infecciosas, por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario o por la falta de alimentos, carencia de condiciones laborales aceptables, alto índice de accidentes y diversos tipos de violencia.

En países más avanzados, la industrialización y urbanización generan problemas más graves, tales como la utilización masiva de vehículos a motor, crecimiento urbano, evacuación de residuos industriales no depurados, contaminación abiótica atmosférica por humos industriales, entre otros (Luzoro, 1992).

Es bien sabido que el rápido crecimiento demográfico y el desarrollo industrial, ha provocado el consumo desmedido e irracional de los recursos naturales y diversas alteraciones del medio, las cuales inciden de forma directa sobre la salud. Entre los problemas que se agravan y que representan nuevos riesgos para la salud del ser humano, afectando su calidad de vida, Labiano (2004) destaca los siguientes:

- Lluvia ácida
- Disminución de la capa de ozono
- Calentamiento global
- Destrucción de bosques y recursos genéticos
- Desertificación

- Cambios climáticos
- Explosión demográfica
- Polución del aire
- Residuos tóxicos

El enfoque del modelo biopsicosocial, deja ver de nuevo la irresponsabilidad del individuo en la promoción y mantenimiento de su salud, al desempeñar un papel pasivo y de víctima ante sus condiciones de vida, del ambiente, la economía; situaciones que sin duda alguna repercuten y afectan su salud.

Puesto que el modelo hace hincapié de las condiciones sociales y ambientales, hay que recordar que es el individuo quien forma y conforma a la sociedad, por lo que tiene la capacidad de modificarla en aquellos aspectos que lo dañan, en este caso en su salud. El hombre es el único responsable del deterioro ambiental, por la explotación irracional de los recursos naturales, gracias a su visión antropocéntrica que lo coloca como dueño del mundo; por lo que su papel de víctima queda totalmente invalidado.

Anteriormente, la perspectiva biomédica dictaba que el único profesional responsable de la salud era el médico, no obstante, el modelo biopsicosocial deja palpar la necesidad de un trabajo multidisciplinario, en el que la responsabilidad del proceso salud-enfermedad requiere la participación del trabajador social, el médico, enfermeras, psicólogos, ecologistas, políticos, empresarios (industrias), y sobre todo del individuo en cuestión.

Puede verse entonces que, desde 1800, psicólogos y médicos abordaron a la enfermedad por separado. En la segunda década de este siglo, se intenta introducir los principios de psicología en los programas de estudiantes de medicina, con el fin de lograr una formación holística.

En 1930, un pequeño grupo de psicólogos fue conducido a centros médicos universitarios, teniendo la oportunidad de trabajar en proyectos básicos y aplicados de investigación neurológica y psicofisiológica. Entre las décadas de 1960 y 1970 se observa al psicólogo clínico y al psiquiatra con funciones intercambiables en apoyo al desempeño médico (Bazán, 2002).

Hasta ahora he referido a la salud en términos de dos perspectivas: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial, los cuales pueden parecer dimensiones lógicas diferentes. Ribes (1989) considera que la viabilidad de ambos modelos para plantear medidas efectivas de prevención, curación y rehabilitación, depende de que puedan interceptarse en un eje mutuamente vinculator.

Se tiene por un lado el modelo biomédico, el cual hace énfasis en la enfermedad y en el estudio de un organismo constituido por órganos, aparatos y sistemas; y por otro lado el biopsicosocial, que considera las condiciones sociales y culturales del individuo. Es decir, lo orgánico y lo social, ambas perspectivas, aun cuando son diferentes se vinculan en el eje representado por el comportamiento, entendido como la práctica individual de un organismo biológico en un ambiente regulado por relaciones socioculturales.

Es aquí en donde entra en escena la psicología de la salud, al considerar las medidas psicológicas (comportamiento y cognición) como parte inevitable de la consideración integral del proceso salud-enfermedad. El análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico, sino que constituye “la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en su entorno, y su estado continuo salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente” (Ribes, 1989. Pág. 17).

El modelo biomédico ha sido rebasado por resultar insuficiente para abordar el proceso salud-enfermedad, puesto que se deja de lado la dimensión psicológica de dicho proceso, en este contexto es que surge la psicología de la salud.

1.1 Psicología de la Salud

La psicología se ocupa del comportamiento, entendiendo éste como la interacción construida históricamente entre ciertos elementos del organismo (una historia única, características singulares, determinadas capacidades y condiciones) y ciertos elementos del medio (Rodríguez, 2002).

El Análisis Experimental de la Conducta y al Análisis Conductual Aplicado, son los dos pilares que sustentan a la psicología de la salud, ya que resalta la idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud o bien, para generar la enfermedad.

El Análisis Conductual Aplicado, es la aplicación de la psicología como ciencia, a la solución de algunos problemas humanos, en este sentido, la salud no fue la excepción. Así mismo Wolpe (1958) señala que la terapia conductual, es el uso de principios establecidos del aprendizaje con el propósito de cambiar conductas desadaptadas, de modo que éstas sean debilitadas y eliminadas, mientras que las conductas adaptativas son reforzadas (Reynoso y Seligson, 2005).

Algunos de los procedimientos de la terapia conductual son incorporados a la aproximación cognitivo-conductual, en la que se resalta la interdependencia de los pensamientos, sentimientos, y conductas, por lo que existe el interés por la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente, ya que éstas contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta desadaptativa (Meinchenbaum, 1988).

De acuerdo con Grau (1998), la psicología de la salud es el producto de la rápida afiliación de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad, a nivel conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población, la cual ha experimentado un gran despliegue en apenas dos décadas.

Es así que, la psicología de la salud emerge como un campo particular de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de importantes problemas de la salud pública contemporánea.

De forma específica, Matarazzo (1980) define la psicología de la salud como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (Labiano, 2004, pág. 15).

Es decir, la psicología de la salud es el campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de la ciencia de la conducta, con el fin de aplicar conocimientos y métodos para la:

1. Promoción y mantenimiento de la salud, a través de estilos de vida que impliquen conductas saludables, tales como una mejor nutrición, la práctica de ejercicio físico, desarrollo de habilidades sociales, etc.
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad, a partir de la modificación de conductas no saludables, como el cigarro y el abuso del alcohol.
3. Estudio de la etiología de la salud, enfermedad y disfunciones.

Los principales objetivos de la psicología de la salud, serán la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas físicos y mentales los cuales estén implicados en la dimensión de lo psicológico, refiriéndose a aquella conducta individual, construida a través de una historia singular (Rodríguez, 2002).

Por lo tanto, la psicología de la salud prepondera la importancia de evaluar y analizar aquellas conductas de un individuo, las cuales lo están llevando, o llevaron, a construir su enfermedad; así como también establecer y promover conductas sanas que le ayuden a elaborar un estilo de vida saludable y por lo consiguiente una buena calidad de vida.

El área de la psicología de la salud, por naturaleza establece la necesidad de un trabajo multidisciplinario, ya que no se puede reducir la responsabilidad sobre la salud al trabajo de los médicos; al estar involucrados factores socioculturales se necesitan trabajadores sociales, al implicarse la historia y subjetividad de un individuo se necesitan psicólogos, al tratarse de un individuo que vive dentro de una sociedad son importantes los políticos, economistas y empresarios, al implicarse el factor medioambiental son importantes los ambientalistas, pero sobre todo al tratarse de la salud de un individuo es indispensable la participación y responsabilidad del mismo.

Dicha necesidad de un trabajo multidisciplinario se debe a que se ha abandonado los antiguos esquemas de la salud, los cuales la reducían a la comprensión de los procesos biológicos de un organismo, ahora no se concibe como la ausencia de alteraciones y de enfermedad sino como un proceso activo en el que intervienen múltiples factores.

Desde 1964, la OMS (Organización Mundial de la Salud) definió la salud, en un sentido amplio, como “un estado de bienestar completo físico, mental y social” (Luzoro, 1992, pág. 25). Dicha definición no solo abarca la biología de un individuo, sino que va mucho más allá al considerar la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano.

Existen parámetros médicos de salud, por ejemplo, la presión arterial, el Índice de Masa Corporal (IMC), que los órganos funcionen adecuadamente, la agudeza visual, etc. De igual forma la esfera subjetiva de la salud, aún cuando le corresponde a cada individuo evaluarla, éste debe implicar distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Así pues, la salud es un recurso para la vida, la esencia básica para la autorrealización del ser humano.

Anteriormente, se percibía la salud y la enfermedad como dos unidades dicotómicas y antagonistas. La enfermedad es percibida como aquella amenaza que, sin avisar, llega repentinamente y nos quita nuestro estado de bienestar físico, mental y social.

Hoy en día se concibe a la salud como un proceso dinámico y cambiante, es decir, algo que se construye y mantiene día con día, a través de nuestro estilo de vida saludable, que implica acciones cognitivo-emocionales, y del tiempo; lo que transforma al individuo en un agente activo en la construcción de su propia salud.

Sin embargo, así como el individuo es el responsable de desarrollar su salud, lo es también al construir enfermedades y tal vez una muerte dolorosa. La enfermedad es una construcción de largo tiempo, a través de conductas nocivas tales como, el abuso del alcohol, del tabaco, una vida sedentaria, una alimentación inadecuada, etc., que un factor psicológico, orgánico o ambiental, detonó, ejemplo de esto son las enfermedades crónico degenerativas (Labiano, 2004).

El cambio en el concepto de salud, es difícil verlo reflejado en la conducta de la gente, considero que se debe a la idea errónea que tenemos sobre el dolor. El dolor en definitiva es algo que cualquiera quiere evitar, si nos duele alguna parte del cuerpo automáticamente buscamos un medicamento que lo elimine.

No obstante el dolor, no es más que una llamada de atención por el descuido que ejercemos sobre nuestro cuerpo, es el síntoma palpable de un conflicto y desarmonía en el individuo. Ante la llamada de atención, manifestada en dolor, lo primero que

hacemos es callarla a través de un medicamento, así evitamos el dolor, pero no la enfermedad.

Lo que significa que las creencias, actitudes, los hábitos cotidianos y, en definitiva, nuestro comportamiento constituyen aspectos centrales en el proceso salud-enfermedad. El paradigma actual señala que la calidad de bienestar psicológico y físico depende principalmente de nuestros hábitos de vida

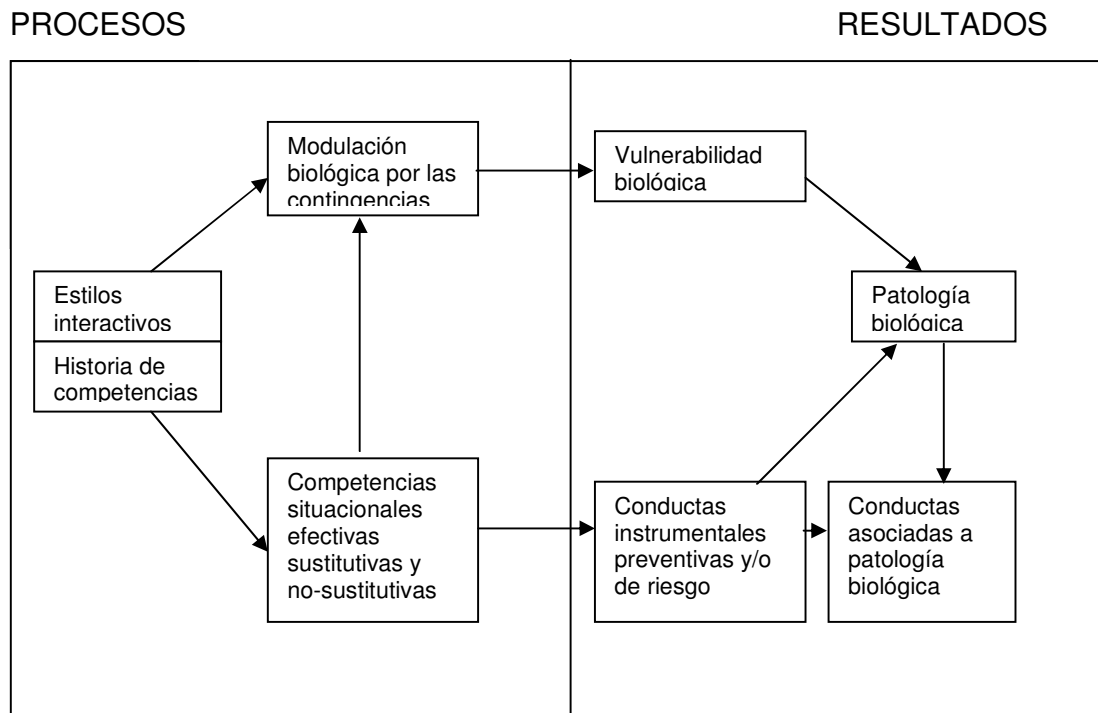
En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar, y que es tarea del individuo a partir de sus conductas, es decir, ese bienestar físico y psicológico no es un producto que se venda en la farmacia o una tarea del médico.

Actualmente se persigue incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y, a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico y evitar la muerte prematura. No solo se trata de incrementar la edad de vida, sino también que el individuo desarrolle una buena vejez y con ello una buena muerte (no dolorosa).

En el modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson (1986, en Labiano, 2004) se pueden distinguir tres tipos de variables independientes:

1. Las situacionales, como el apoyo social que se recibe de otros, grupos sociales a los que el individuo está expuesto, son factores que ayudan a acrecentar o suprimir conductas saludables. Ejem.: el consumo de alcohol en cierto grupo social.
2. Las personales, como creencias, percepciones expectativas, motivaciones, las cuales juegan un papel decisivo en la adopción y mantenimiento de conductas saludables.
3. Las consecuencias anticipadas de las conductas saludables con relación a los costos y beneficios perdidos.

Ribes (1989) en su Modelo de Salud identifica los componentes específicos del comportamiento que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, con fines didácticos, a continuación se incluye un diagrama de dicho modelo.



Tal y como se observa en el diagrama, el modelo incluye dos categorías descriptivas: el lado izquierdo refiere los procesos psicológicos, que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo, encuadradas en un medio sociocultural; del lado derecho, se describe los resultados de dichos procesos.

Los procesos psicológicos refieren el mantenimiento, la recuperación o la pérdida de la salud biológica. Comprende tres factores que interactúan uno respecto del otro, los cuales son:

- La historia interactiva del individuo: constituye la habilidad de un individuo para interactuar con una situación actual, utilizando sus formas de interacción anteriores, adecuados a dicha situación, lo que facilita o interfiere en la emisión de ciertas conductas.

- Las competencias funcionales: es la capacidad conductual del individuo, y refiere a la funcionalidad adquirida en interacciones pasadas por ciertas formas de comportamiento ante determinadas situaciones contingenciales, con base en las consecuencias que han tenido lugar.
- La modulación de los estados biológicos: hace referencia a que las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas, dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada.

De este proceso psicológico de la salud, se derivan factores que confluyen para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad, así mismo se puede observar sus consecuencias en las siguientes formas:

- Vulnerabilidad biológica: son la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica. Estas condiciones son producto de carencias o prácticas inadecuadas, alteraciones genéticas y congénitas, o que se derivan de otros estados patológicos previos.
- Las conductas instrumentales: son las acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la posibilidad de que se contraiga o desarrolle una enfermedad, o de empeorar un estado patológico ya existente. Estas conductas son el reflejo del entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, y de los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas.

A partir de su Modelo de Salud, Ribes (1989) desarticula la dimensión psicológica de la salud en tres factores fundamentales: 1) la manera en que el comportamiento es partícipe de la variación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente; 2) las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud; y 3) las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

El modelo de Ribes, ilustra la vinculación de los modelos biológicos y los modelos sociales, al mostrar la dimensión psicológica de la salud, a través del comportamiento del individuo, es decir, un organismo biológico con una historia particular de relacionarse con ambiente. Por lo que se puede acentuar que las variables que determinan la salud o la enfermedad, son:

- Biología humana: genética y envejecimiento.
- Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, aspectos socioculturales.
- Estilos de vida: conductas y pensamientos.
- Sistema de asistencia sanitaria: calidad, cobertura y acceso.

De dichas variables, aún cuando el medio ambiente y el estilo de vida de las personas, tienen una mayor influencia en la salud que la biología y el sistema sanitario, a menudo los gastos y recursos invertidos en este último, son superiores a la importancia que tiene en la determinación de la salud. Lo que se invierte en controlar y mejorar el ambiente y el estilo de vida de las personas es aún inferior, a la importancia que tienen estos factores en el desarrollo y mantenimiento de la salud.

En la actualidad, las muertes causadas por enfermedades agudas, es decir, por un agente patógeno, se reducen al primer año de vida de un individuo, edad en la que el factor biológico es predominante. Sin embargo en edades posteriores los índices de mortalidad están determinados por el estilo de vida que los individuos han construido.

Hay que recordar que gracias a los avances de la medicina se ha logrado reducir y combatir a las enfermedades infectocontagiosas, sin embargo los estilos de vida de la sociedad actual nos han llevado al desarrollo de enfermedades crónicas; corroborando la importancia del papel de la conducta en el proceso salud-enfermedad, estilos de vida que nos llevan a la construcción de la salud o de la enfermedad, que se especifican en el siguiente apartado.

1.2 Estilos de Vida

La Psicología de la Salud, ha permitido ver la dimensión psicológica de la salud, es decir, el comportamiento del individuo y su importancia en el proceso salud-enfermedad de éste.

Los avances en materia de salud en los países desarrollados han logrado que las expectativas de vida se incrementen notablemente, a principios del siglo XX la esperanza de vida en los hombres era de 46 años y en las mujeres de 48, sin embargo, hoy en día es de 71 y 78 años, respectivamente (Becoña, 2004). Este incremento de la longevidad se ha logrado, gracias a la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas, a lo que han contribuido los avances de la medicina en los programas de inmunización.

Las causas de morbilidad y mortalidad actuales difieren de los de comienzos del siglo XX. En 1900, la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran las principales causas de muerte. Sin embargo, en 1988, fueron reemplazadas por las enfermedades crónicas, tales como las cardiovasculares y el cáncer.

Las enfermedades infecciosas, han sido desplazadas por las enfermedades crónicas, la diferencia fundamental de estas enfermedades es que las infecciosas son causadas por un agente patógeno como bacterias o virus, mientras que las crónicas, en la mayoría de los casos, obedecen a conductas y estilos de vida de individuo.

Actualmente es evidente la relación entre la conducta y la enfermedad, por ejemplo: la conducta de fumar puede desencadenar cáncer de pulmón, faringe, esófago, páncreas, entre otros.; una dieta inadecuada suele relacionarse con cáncer de mama, estómago, útero, endometrio, próstata, entre otros; el abuso de alcohol está asociado con el cáncer de lengua, hígado, esófago, por mencionar algunas; la exposición excesiva a la luz ultravioleta desencadena cáncer de piel; una conducta sexual inadecuada desencadena cáncer cérvico-uterino y SIDA (Barradough, 1999).

Aún cuando hay grandes avances en la ciencia y tecnología de la medicina, y en la farmacología no se ha logrado, ni se logrará, erradicar las enfermedades crónicas degenerativas, y es que todavía, la comunidad, no tiene conciencia de la forma en que la conducta y pensamientos modifican la salud. Además de que se tiene que aceptar que el comportamiento humano resulta más complejo que cualquier virus (Grau, 1998).

Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce la conducta y los estados psicológicos sobre la salud del individuo; y es que, de acuerdo con Landa (1999), el comportamiento modula los efectos biológicos de las circunstancias ambientales, el comportamiento produce cambios graduales en el estado del organismo, el comportamiento es instrumental para detectar y atender una enfermedad y el comportamiento potencia toda acción terapéutica.

Dado lo anterior, la salud se construye o no, a través de los comportamientos adoptados por un individuo, es decir de su estilo de vida. Se entiende por estilo de vida a la serie de comportamientos, creencias, conocimientos y actitudes que adopta una persona hacia su propia salud; el cual también está en función de circunstancias externas tales como, el tiempo, el espacio y los recursos para acceder a los profesionales de la salud (Jadue y Berríos, 1994).

En el estilo de vida, el individuo presenta una doble condición, la de objeto y la de agente de salud. Como agente activo, el individuo se preocupa por construir su salud, adoptando conductas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; como agente pasivo considera a la enfermedad como algo ajeno y externo a él, que se presenta en cualquier momento.

De cualquier modo, ya sea como objeto o agente de salud, el ser humano asume un papel activo en la conservación de su propia salud, en la aparición o curación de sus enfermedades, siendo éste el responsable de la construcción de su salud o de sus enfermedades, responsabilidad que en ocasiones no es consciente por los individuos.

Por su parte, Gil Roales (2003), expone tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. En primer lugar de forma genérica se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo y la administración pública, incluye ciertos modos de vivir que llevará al individuo a una mayor duración de vida y un menor impacto de ciertas enfermedades graves.

En tal sentido genérico, se circunscribe el trabajo de la Organización Mundial de la Salud (1981), la cual ha establecido dos objetivos principales para las políticas de salud hasta el año 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.

En segundo lugar, Gil, habla de un estilo de vida socializado, en el que no solo hace referencia a los hábitos personales, sino también a la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación, y en este sentido se comparte la responsabilidad del individuo a los políticos y legisladores.

Desde el enfoque socializado, el estilo de vida comprende conductas relacionadas con la salud, y valores y actitudes adoptados por los individuos, en respuesta a su ambiente social y económico, por lo que se pretende modificar los estilos de vida a través del cambio de las condiciones de vida.

En tercer lugar, se hace referencia al enfoque pragmático que refiere, que en salud ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras, es decir, ciertos patrones de comportamiento lleva al individuo a la promoción de su salud o a la potenciación de riesgos.

La característica esencial de los tres enfoques propuestos por Gil Roales (2003), es la responsabilidad del individuo y las instituciones, sobre la salud. Y es que se debe considerar que la adopción o no, de un estilo de vida promotor de la salud, está determinado por factores exógenos y endógenos.

Los factores exógenos, son todos aquellos que afectan la salud y que escapan al control del individuo. Tal es el caso de los factores sociales y demográficos como la edad, el nivel educacional, clase social, género, condición de vida, acceso a los servicios de salud, entre otros. Las situaciones sociales, también conocidas como determinantes situacionales influyen de modo directo o indirecto para que un individuo adopte una conducta saludable.

Y es que para las personas de bajos recursos, será prioritario ocupar su dinero en cubrir las necesidades básicas como la alimentación, que en un chequeo médico; ésta condición no sólo es determinante en situaciones de pobreza, también en la riqueza pues se cae en excesos de la dieta, del estrés, y puede deteriorar la salud del individuo.

Se entiende, por factores endógenos a aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan los riesgos para la salud. En este sentido Gil Roales (2003) habla de estilo de vida saludable, conductas o hábitos de salud, o de inmunógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un individuo puede hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el desarrollo de su salud y la prevención de enfermedades.

Por otro lado, Gil, habla también de estilos de vida no saludables, conductas de riesgo o patógenos conductuales, para referir a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud y por lo tanto lo lleve a padecer alguna enfermedad.

El estilo de vida saludable, es aquel que incluye acciones realizadas por un individuo que influyen en la posibilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad, y en la disminución del riesgo de enfermarse gravemente (Fusté-Escolano, 2004). Los principales inmunógenos conductuales son:

1. Dormir siete u ocho horas diarias.
2. Equilibrio dietético, desayuno diario.
3. No ingerir alimentos, nunca o casi nunca, entre comidas.
4. Mantenerse en el peso adecuado a la altura.
5. No fumar.
6. No tomar alcohol o hacerlo moderadamente.
7. Llevar a cabo una actividad física regular.

Por su parte Grau (1998) y Becoña (2004), incluyen otras conductas relacionadas con el estilo de vida saludable, entre las que destacan:

- Prácticas de seguridad y protección: uso de cinturón de seguridad, del condón, etc.
- Participación en programas promocionales y preventivos.
- Cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud.
- Uso de los recursos y servicios sanitarios de la comunidad.

Por el contrario, el estilo de vida no saludable, se caracteriza por la incidencia de patógenos conductuales o conductas de riesgo. Cabe señalar, que las conductas de riesgo no causan necesariamente una enfermedad sino que permiten predecir, la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o muera a causa de la misma (Barradough, 1999). Éstas pueden ser:

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Prácticas sexuales de riesgo
- Horas de sueño, deficientes

- Estilo de alimentación inadecuado
- Sedentarismo
- Elevada exposición a contaminantes

Aún cuando los inmunógenos y patógenos conductuales son información que la mayoría de la gente conoce, aunque tal vez no con esos nombres, en la sociedad prevalecen las conductas de riesgo, esto se explica porque las consecuencias negativas de dichas conductas, sobre el bienestar físico, no son inmediatas, sino que están diferidas en el tiempo.

Un aspecto importante a considerar, es que la conducta no sólo es el hecho observable, sino que también implica cognición. Así mismo, en el campo de la salud los pensamientos y creencias son parte fundamental del proceso salud-enfermedad.

Las creencias constituyen una de las fuentes del conocimiento, formado por la influencia del conjunto de nuestras relaciones interpersonales, dentro de un determinado escenario socioeconómico y político, el grado de convicción de éstas radica en su origen, es decir, de dónde o de quién proviene la información y por lo consiguiente el poder de persuasión por el reforzamiento positivo que a lo largo de su vida haya acumulado en su personalidad (González, 2002).

En este sentido, en la cultura mexicana, la psicología de la salud se enfrenta ante el reto de contrarrestar las creencias sobre la salud que pasan de generación en generación a través del folklore, las cuales suelen basarse en la astrología, la religión y la naturaleza (Grau, 1998).

En los años cincuenta, surge el Modelo de Creencias de la Salud (MCS) a partir de los trabajos realizados por algunos psicólogos sociales en el servicio de salud pública de Estados Unidos. Dicho modelo, se incluye en una línea de teorías

cognoscitivas, que plantean al ser humano como un ser racional que busca maximizar los beneficios y minimizar los riesgos de su conducta.

El Modelo de Creencias de la Salud supone que las acciones preventivas son función de la preocupación que tiene una persona por evitar una enfermedad, y la creencia de que una o algunas acciones de salud prevendrán la enfermedad (Vera, Livacic, Fernández y Oblitas, 2005). Los componentes de este modelo son:

1. La preocupación general por la salud: es la creencia que tiene una persona que la reducción de las amenazas a la salud es algo importante y positivo.
2. La susceptibilidad percibida: está constituida por la percepción que tiene la persona de contraer la enfermedad.
3. La severidad percibida: son las creencias que tiene la persona acerca de las consecuencias de contraer la enfermedad.
4. Las barreras y facilitadores psico-sociológicos: son el resultado de la comparación entre los costes y beneficios percibidos por realizar la conducta preventiva.
5. La percepción de autoeficacia: es la expectativa que tiene la persona sobre sí misma en torno a ser capaz de realizar una acción en forma exitosa.

Por su parte Becoña (2004) señala que los inmunógenos conductuales que realiza una persona también están en función de factores emocionales. Los estados y necesidades emocionales desempeñan un papel importante en las prácticas de salud.

Podemos ver que existen creencias que potencian el desarrollo de la salud. Así mismo, por el contrario existen creencias y emociones que interfieren en tal desarrollo, ejemplo de ello es el riesgo optimista, en el que el individuo piensa “a mí no me va a pasar”; el pensar que ciertas enfermedades son exclusivas de sectores de la población por la edad, condición social o género. De igual forma estados emocionales negativos como la depresión, la angustia y el estrés interfieren en las conductas de salud.

Un punto cardinal para entender por que un individuo tiene un estilo de vida saludable o no, es conocer cuál es su creencia respecto de la salud y la enfermedad. Los individuos que ven a la enfermedad como el resultado de un estilo de vida no sano, se implican activamente con formas de vida que mejoran o mantienen su salud, sabiendo que la cura de una enfermedad es un proceso que implica cambios en su estilo de vida.

Por otra parte, aquellos individuos que creen que la enfermedad surge de improviso y viene a robarles su salud, muestran una actitud pasiva y como consecuencia mantienen un estilo de vida no saludable, acuden únicamente al doctor cuando se sienten enfermos y depositan toda la responsabilidad de su curación en la medicina, además esperan que los medicamentos curen su padecimiento fácil y rápidamente.

Dado lo anterior el Modelo de Creencias de la Salud postula que para que ocurra un cambio en la conducta de la salud de una persona, ésta deberá sentirse amenazada con su patrón de comportamiento presente, creer que el cambio será beneficioso, creer que éste tendrá un mínimo de consecuencias negativas y sentirse competente para ejecutar la debida acción (Collazo, 1994. En: Vera y cols., 2005).

Como se explicó a lo largo de éste apartado los estilos de vida son promotores de las enfermedades crónicas, por lo que es tarea del psicólogo favorecer el cambio de dichos patrones de comportamiento. Sin embargo antes de cualquier intervención, es primordial realizar una buena evaluación para optimizar los resultados y asegurar el éxito. A continuación se especifican los principios básicos de la evaluación psicológica en el campo de la salud, sus objetivos e importancia; además de las principales técnicas e instrumentos utilizados para dicha tarea.

1.3 Evaluación en Psicología de la Salud

En Psicología de la Salud, como en la ciencia de la Psicología en general, la evaluación es la piedra fundamental para establecer y garantizar el éxito de un tratamiento; comparte, también, numerosas características con la evaluación conductual en psicología clínica.

Para Jaimes, (1998) el concepto de evaluación, consiste en un proceso de asignación de “números” a las diferentes “magnitudes” o “clases” en que se pueda manifestar una variable, como el tiempo de evolución, la temperatura corporal, el nivel de ansiedad o el género del consultante.

Es importante saber que la evaluación es un proceso que siempre estará presente a nivel pre, intra y postratamiento. Los aspectos importantes del proceso de evaluación son: el análisis funcional del problema, los factores o variables que determinan el diseño y aplicación del tratamiento, y la evaluación de los resultados obtenidos a partir de criterios científicos clínicos. Es decir, es preciso evaluar para saber cuál y cómo es el problema, si el tratamiento consiguió o no sus propósitos y si el problema reaparece o no.

De acuerdo con Buena-Casal y Sierra (1997), existen cinco principios básicos que deben dirigir la evaluación en psicología de la salud:

1. La consideración de los comportamientos de evaluación en términos observables y mensurables.
2. Evaluar la interacción entre comportamiento y fenómenos ambientales y fisiológicos.
3. Enfatizar la conexión del proceso de evaluación con el de aplicación del tratamiento.
4. La evaluación continua, una secuencia de medición-aplicación-medición.
5. Evaluar a lo largo de la aplicación del tratamiento, para evidenciar la efectividad de la aplicación y permita su rectificación, si es preciso.

Los objetivos de la evaluación en psicología de la salud dependen de que la intervención se planee sobre la salud y/o la enfermedad, y de que se pretenda trabajar a un nivel individual, grupal, institucional o comunitario. Aunque, de acuerdo con Gil Roales (2003), se cubren cuatro grandes objetivos:

- Delimitar las condiciones personales, interpersonales, comunitarias y sociales, que contribuyen al comienzo y/o mantenimiento de una enfermedad.
- Proporcionar un grado de predictibilidad acerca del curso del trastorno.
- Planear y llevar a cabo la intervención que regulará la condición patológica.
- Proveer un lenguaje común que facilite la comunicación entre los profesionales.

Uno de los conceptos centrales de la evaluación en salud es la validez, entendida como la certeza de que la información obtenida sea el reflejo de la realidad, o como coloquialmente se diría “que se mida lo que se quiere medir”; y para ello, en psicología de la salud se cuentan con diversas técnicas de evaluación, de las cuales el evaluador deberá elegir las que más se adecuen a la problemática.

En concordancia con Caballo y Casal (1991) y con Phares y Trull (2000), las herramientas principales en la evaluación son:

- La entrevista: es el modo más versátil para obtener datos sobre estilos de vida, actitudes, creencias y prácticas concretas de salud, además permite crear el clima de confianza necesario.
- Los cuestionarios y pruebas psicológicas: son auxiliares para identificar áreas problemáticas. Existe una gran diversidad de inventarios para medir ansiedad, estrés, depresión, conductas saludables, hasta algunos más específicos en enfermedades como el cáncer.
- El autorregistro: hace consciente al paciente de aspectos de su propio comportamiento que pudieran ser desapercibidos o sobre los que podría mantener creencias equivocadas, además se le concede la responsabilidad de su propia conducta y su cambio o mantenimiento.

- La observación directa: permite una detallada descripción del comportamiento de evaluación y de las condiciones de ocurrencia antecedente y consecuente.
- Las medidas psicofisiológicas: los resultados de la evaluación médica proporcionan información siempre útil y con frecuencia necesaria, ya que son el marco de referencia en la intervención en la enfermedad y la promoción de la salud.
- El expediente médico.

Dado que la enfermedad es la mitad del objeto total de estudio en psicología de la salud, debe diseñarse una evaluación psicológica de la enfermedad que atienda a sus particularidades, por lo que los propósitos de la evaluación deberán adecuarse a la naturaleza de la enfermedad.

Robles (2004) propone dos tipos de evaluación del efecto de una enfermedad: a) medidas generales: evalúa el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad, se basan en el modelo conceptual multidimensional de calidad de vida, y b) medidas específicas: evalúa diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad en particular. Así mismo considera que los eventos antecedentes de la enfermedad pueden ser categorizados de la siguiente manera:

- Eventos desencadenantes, acontecimientos que causan parcial o totalmente, o que contribuyen con la enfermedad. Las causas típicas de las condiciones crónicas incluyen: predisposición genética o hereditaria, traumas de nacimiento, accidentes o lesiones, enfermedades y condiciones asociadas con el envejecimiento.
- Variables contextuales, variables asociadas en tiempo y espacio con la enfermedad. Son situaciones o eventos biológicos, psicosociales y/o ambientales específicos presentes en el momento de la condición crónica.

Aun cuando la mayoría de las veces la investigación se enfoca en la enfermedad, la evaluación psicológica de la salud representa un campo amplio y de creciente desarrollo. La evaluación de la salud se basa en los indicadores del nivel de salud establecidos por las pautas de salud de la OMS (Gil, 2003).

De acuerdo con Jaimes (1998) las evaluaciones de la salud se conforman en torno a la medición de las alteraciones de la salud, del estado subjetivo de bienestar y/o la presencia de conductas de riesgo o patógenos conductuales, que se suponen alterará la salud en un futuro próximo. Una manera de evaluar el estado de salud de los individuos es el empleo de escalas o puntuaciones subjetivas de salud percibida, es decir, el propio sujeto evalúa su estado de salud de acuerdo a una escala de valoración cualitativa (por ejemplo: excelente, buena, suficiente, pobre) o cuantitativa (en una escala del 0 al 10).

La autoevaluación subjetiva ofrece un aproximado del estado de salud, ya que un individuo determinado puede sentirse muy bien pero estar manteniendo conductas que suponen un riesgo de alteración, a corto o mediano plazo, de su salud; por lo que este tipo de evaluaciones necesitan precisarse, a través de entrevistas, inventarios de salud, cuestionarios que evalúa el estado de funcionamiento general o particular del sujeto y la frecuencia de utilización de los servicios médicos.

Corresponde también al área de salud el análisis del comportamiento poblacional de los grupos sociales o comunidades en las cuales se va prestar el servicio. Dentro de esta, las cuatro variables básicas de interés son la mortalidad, la natalidad, la fecundidad y las migraciones. Se suman a ellas el estudio de la morbilidad, la estructura poblacional, los brotes epidémicos y el mapeo de riesgos entre un sinnúmero de fenómenos (Robles, 2004)

Este estudio permite la proyección demográfica y con ello el establecimiento de políticas de salud, prever la demanda de recursos de salud, de profesionales e infraestructura en general, y el psicólogo no debe estar al margen de ello. Si se tuviera conocimiento de los índices de morbilidad, de los déficit de habilidades sociales, de los cuadros de ansiedad y estrés, o a nivel clínico de los índices de no cumplimiento del tratamiento, de la deserción terapéutica, de los estilos de afrontamiento y demás, se podrían establecer modalidades de prevención específicamente diseñadas para los grupos involucrados, se implementarían programas comunitarios con mayor eficacia.

A lo largo de este apartado se explicó los lineamientos principales de la evaluación, dejando ver su importancia. La evaluación es una actividad primordial, ya que de ella parte la estructuración del tratamiento, y la seguridad de obtener resultados. Sin embargo no es la única función que el psicólogo, en el campo de la salud, desempeña; sino que éste tiene la capacidad para la elaboración de programas de intervención que incidan a nivel individual, grupal y comunitario. En el siguiente y último apartado se detallan dichas funciones.

1.4 Funciones del Psicólogo de la Salud

Además de la evaluación, la naturaleza del trabajo del psicólogo de la salud contempla diversas funciones sin limitarlas a lo que es la intervención o rehabilitación. Rodríguez (2002), considera que dichas funciones pueden ser:

- Detección en donde la metodología psicológica permite identificar problemas, recursos, capacidades, necesidades, etc., vinculadas al comportamiento individual.
- Desarrollo, que se refiere en general al entrenamiento de capacidades y competencias.

- Planeación y prevención, que indican el diseño de planes y la aplicación de estrategias para evitar la aparición o agudización de cierto tipo de problemas sociales, aunque siempre manejados en lo individual.
- Intervención, que se vincula con el uso de técnicas y procedimientos para la solución de problemas ya existentes.
- Investigación.

Las dos grandes áreas de aplicación de la psicología de la salud son la enfermedad y la salud, y en este sentido cada una posee diferentes niveles de intervención. La intervención en enfermedad directa sobre los pacientes que sufren la enfermedad; sin embargo el individuo enfermo no es el único que vive la enfermedad, a su vez su red social, como la familia, lo acompaña y es participe de su patología. Bazán (2002), propone ocho áreas para que el psicólogo de la salud intervenga en pacientes y familiares:

1. Manejo del paciente: adherencia terapéutica y favorecer la readaptación conductual.
2. Manejo de dolor: disminuir las molestias, que el paciente realice sus actividades cotidianas.
3. Manejo pediátrico: entrenamiento del paciente y de los padres.
4. desórdenes psicosomáticos en adultos: retroalimentación para el control de algunos síntomas.
5. Pacientes psiquiátricos, adaptación del paciente tanto a la institución como a su medio.
6. Rehabilitación, establecimiento de nuevas conductas.
7. Pacientes geriátricos, repertorios sociales y favorecer la independencia.
8. Prevención del estrés y reducción de factores de riesgo.

Además de que incluye los frecuentes problemas en la adaptación del paciente a la enfermedad y/o a los procedimientos médicos de tratamiento, un problema relacionado en la aceptación y el ajuste de la familia para la nueva condición de vida, ya que las actitudes de pacientes y familiares estarán en función del tipo de

la enfermedad: enfermedades crónicas, enfermedades agudas, desórdenes del desarrollo, enfermedades psicogenéticas, enfermedades terminales y muerte.

El objetivo fundamental de la intervención es la restauración de la salud, ya sea en los casos de personas que sufran procesos patológicos agudos, susceptibles de curación con los medios disponibles. Por otro lado el mantenimiento de la salud en la enfermedad crónica, es decir, el mantenimiento del mayor y mejor grado de salud posible.

En el caso de las enfermedades crónicas, surgen dos subáreas de intervención: 1) afrontamiento de la enfermedad en pacientes y de las personas que convivan con ellos, con el propósito de lograr minimizar el impacto psicológico, y 2) la facilitación de la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad y el dolor.

En el proceso de la enfermedad, además del paciente y de la familia, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, otros) viven el desarrollo de ésta, padecen efectos negativos del trabajo puesto que están constantemente expuestos a personas que sufren actividades laborales con alta demanda emocional, lo que puede generar estrés. Por dichas razones, el psicólogo de la salud tiene la capacidad de intervenir, también, en el equipo al cuidado de la salud con el fin de elevar su calidad de vida.

Por su parte, la intervención en salud, Gil (2003) la divide en dos subáreas, cuyo objetivo en común es el mantenimiento de la salud y evitación de la enfermedad.

Dichas subáreas se refieren a:

- La intervención específica, dirigida a la adquisición o la potenciación de repertorios saludables en función de los datos disponibles, en tanto su resultado sea el mantenimiento de un mejor estado de salud.
- La intervención específica sobre prevención de enfermedades mediante el cambio o eliminación de comportamientos de riesgo para cierto tipo de patologías.

La psicología de la salud, tiene un gran desarrollo de programas dirigidos a la intervención en enfermedades, sin embargo le apuesta a la prevención de éstas. La prevención debe entenderse, no solo como la mera transmisión de información, sino además se debe entrenar, instruir y regular. Desde la dimensión psicológica de la salud, le asigna al psicólogo tres tareas fundamentales (Landa, 1999):

- Prevención primaria: son las prácticas cotidianas de los individuos previas a las aparición de riesgos biológicos, tales como, el desarrollo de estilo de vida que reduzcan la vulnerabilidad biológica, la promoción de conductas de protección, la adquisición de conductas que reduzcan las reacciones de estrés.
- Prevención secundaria: se relaciona con las conductas que impiden el avance de una propensión a la patología o de una condición patológica inicial. El reconocimiento de indicadores de riesgo, el acudir con oportunidad a los servicios de salud, la adherencia terapéutica, entre otras.
- Prevención terciaria: se trata de prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo, por lo que se basará en establecer comportamientos que faciliten la recuperación parcial o total de funciones perdidas, eliminar interferencia de estados que perturben la reacción biológica.

“La psicología de la salud es el campo de mayor futuro se la psicología para las próximas décadas y, por tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y, aún más importante, profesional” (Oblitas, 2000. En: Labiano, 2004).

Los avances en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son escasos y se desarrollan con lentitud, y es que las nuevas ideas sobre la salud encuentran fuertes barreras que dificultan su práctica. Obstáculos de índole material: carencia de medios, escasos presupuestos; de índole formativo: profesionales altamente influenciados por la perspectiva biomédica; de índole

social: presiones a favor de mayor gasto terapéutico; cultural: tradiciones, creencias, dieta alimenticia; y psicológico: rutinas, falta de conocimientos, ideas, actitudes, entre otras (Gil, 2003).

En la sociedad actual, existe la idea, que una enfermedad se debe a agentes externos a nosotros, que se apropian de cierto órgano de nuestro cuerpo, muy pocas veces se tiene la conciencia de la enfermedad es un proceso que nosotros mismos construimos a través del tiempo y de ciertos estilos de vida; y es que ¿cómo pensar que yo misma he creado mi enfermedad?, es una responsabilidad muy grande sobre nosotros, y más aún cuando se trata de una enfermedad crónica.

A lo largo de este primer capítulo se deja ver que los avances de la medicina han logrado erradicar y controlar las enfermedades causadas por agentes externos al cuerpo, tales como los virus. Sin embargo en la actualidad el hombre, a través de sus conductas, ha contribuido a la generación de enfermedades de larga duración, muy dolorosas y que poco a poco lo van consumiendo, me refiero a las enfermedades crónico degenerativas; que debido a su frecuencia e incidencia en la población es necesario su abordaje en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO DOS

Enfermedades Crónicas Degenerativas

Popularmente se dice que el ser humano es el único animal que cava su propia tumba, si contextualizamos este dicho dentro de la Psicología de la Salud, podemos ver que su verdad radica en que las conductas saludables o nocivas de un individuo, tarde o temprano, le traen consecuencias sobre su cuerpo, salud y bienestar. Actualmente los estilos de vida adoptados han generado enfermedades de larga duración y muy dolorosas: las enfermedades crónicas degenerativas.

En este segundo capítulo se aborda el concepto de enfermedad crónica haciendo referencia a su historia natural para lograr entender los factores internos y externos al individuo, que contribuyen al desarrollo del padecimiento crónico, así mismo se describe la labor del psicólogo en su tratamiento.

Hoy en día diversas enfermedades crónicas por su frecuencia e incidencia en la población juegan un papel protagónico en el tema de la salud, es por ello que, de igual forma, se describen las generalidades biológicas y psicológicas de las principales enfermedades crónicas en nuestro país, entre las cuales destacan las siguientes: el cáncer, la diabetes mellitus, enfermedades del corazón, entre otras. Así mismo en el último apartado de este capítulo, se aborda y describe a mayor detalle la incidencia, la dimensión psicológica y el impacto psicológico del cáncer, el tema principal de esta investigación.

Uno de los campos más importantes de la Psicología de la Salud es el problema de las enfermedades crónicas degenerativas, entendidas como aquellas en las que el paciente presenta un deterioro físico, psicológico y social, causando la muerte tras un período de tiempo prolongado; los pacientes crónicos suelen sentirse relativamente bien en ocasiones o muy mal en otras pero nunca están totalmente sanas (Brannon y Feist, 2000).

De acuerdo con Becoña (2004), las enfermedades crónicas se distinguen por tres características principales: 1) perdura por mucho tiempo o acompaña al paciente de por vida, 2) obedecen, en la mayoría de los casos, a conductas y estilos de vida inadecuados y 3) se presentan con mayor frecuencia en los adultos mayores y de mediana edad. Sin embargo, hoy en día se observan con mayor frecuencia en niños y jóvenes.

Una de las causas más importantes de la enfermedad crónica es el estilo de vida, y es que nuestros malos hábitos de alimentación, sueño, ejercicio y nuestra nula o poca participación en programas de prevención de enfermedades, nos lleva a construir a través de nuestra cotidianeidad, y en ocasiones sin tener plena conciencia de ello, enfermedades dolorosas y permanentes, así como la propia muerte.

Al igual que las enfermedades agudas, los padecimientos crónicos siguen un desarrollo en la historia natural de la enfermedad, en el que se distinguen las diferentes etapas y formas de evolución del padecimiento según los factores que en él influyen (Novoa, 1989).

Al respecto de la historia natural de la enfermedad, Lasala, Gadow y Estevez (1992) la dividen en el periodo prepatogénico y el periodo patogénico. El periodo prepatogénico es aquel donde se gesta la enfermedad, a través de la interacción de tres factores: agente, huésped y ambiente. El agente es todo elemento cuya presencia o ausencia puede servir como estímulo para iniciar o perpetuar el proceso de la enfermedad. Los factores en relación con el agente, se clasifican en cinco grupos:

1. Agentes físicos: son factores ambientales que pueden originar enfermedades.
2. Agentes químicos: sustancias químicas que por sí solas o en cantidades excesivas son nocivas para la salud.

3. Agentes biológicos: algunos parásitos animales como los protozoarios, metazoarios, bacterias y virus.
4. Agentes psicológicos: conflictos y tensiones emocionales, tales como, la ansiedad, el miedo, la ira y el estrés.
5. Agentes sociales: aquellos que están relacionados con la interacción de las redes de apoyo y sus exigencias sobre el individuo como son: el tabaquismo, el alcoholismo, drogadicción, etc.

El huésped es la persona, de su individualidad biológica, psicológica y social, dependen el que sea posible enfermarse. Dentro de este rubro existen factores de susceptibilidad o resistencia de las enfermedades, los cuales son (Higashida, 1996):

- Herencia: de acuerdo a la información genética de un individuo, la enfermedad puede presentarse desde el nacimiento, si ésta se manifiesta en el transcurso de la vida, lleva el nombre de predisposición genética.
- Inmunidad: o resistencia, es la suma total de mecanismos biológicos que actúan como barrera protectora en el proceso de invasión de agentes.
- Grupo étnico: se relaciona con un pueblo, nación o raza.
- Edad y sexo: ya que hay enfermedades propias de las mujeres, hombres, niños, etc.
- Hábitos y costumbres: hace referencia al estilo de vida adoptado por el individuo

El tercer factor es el ambiente, entendido como todo aquello que existe fuera del organismo, todo lo que rodea al individuo. Se puede señalar distintos tipos de ambiente: el ambiente físico y geográfico, como es el clima, el aire, presión atmosférica, luz solar, el suelo, las lluvias y la contaminación; el ambiente biológico, los microbios, los animales, las plantas, etc.; el ambiente socioeconómico que conlleva el grupo familiar, ocupacional y social del individuo, así como su clase social; y el ambiente cultural, al que el individuo debe sus hábitos, costumbres, creencias y estilos de vida (Kirkwood, 1990).

Dado lo anterior, se puede observar que las enfermedades crónicas son multifactoriales, ya que su construcción es el resultado de diversos agentes y ambientes. Sin embargo, es necesario remarcar la importancia del papel activo y decisivo que aquí, juega el individuo, y es que dependiendo de sus características individuales será resistente o propenso a desarrollar alguna enfermedad específica.

Es creencia popular que enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, entre otras, son producto de la herencia, no obstante es el estilo de vida el factor que contribuye en mayor medida a la aparición de estas enfermedades crónicas (Urquidi, Montiel y Gálvez, 1999).

Novoa (1989) describe al periodo prepatogénico, como aquel en el que aún no se desarrolla la enfermedad y en el que es necesaria la prevención primaria, es decir, la promoción de la salud y la protección específica de las enfermedades. La promoción de la salud hace referencia a que el individuo tenga la capacidad de mantener su estado de bienestar físico y mental, en equilibrio con su ambiente. Sus bases radican en:

- Educación médica, sexual, nutricional y de estilos de vida sanos.
- Realizar programas de control de crecimiento y desarrollo.
- Promover el saneamiento ambiental (mejoramiento de la vivienda, agua potable, control de basura, drenaje, higiene de los alimentos).
- Distribución racional del ingreso familiar, mejoramiento del ingreso económico y prestaciones.
- Mejoramiento del ambiente laboral, escolar y familiar, y recreación sana.

La protección específica de las enfermedades, como su nombre lo indica, son medidas específicas en cada enfermedad con el fin de evitarla, entre las que se encuentran las siguientes:

- Usar las vacunas específicas contra las principales enfermedades.
- Higiene personal, consumo de nutrientes específicos.

- Establecer medidas contra riesgos en la escuela y accidentes en el hogar.
- Practicar ejercicio.
- Desarrollar programas de detección de enfermedades.
- Visitar regularmente el doctor.

En general, la promoción de la salud y la protección específica, hablan e invitan a la adquisición de un estilo de vida saludable, es decir, que nuestras conductas nos lleven a la promoción, restauración, adquisición o mantenimiento de la salud propia.

Continuando con el proceso de la historia natural de la enfermedad, Kirkwood (1990) menciona que el periodo patogénico, comprende la fase de la evolución del padecimiento en el individuo. A su vez este periodo, se engloba en dos etapas: la subclínica y la clínica. La etapa subclínica corresponde a la fase de invasión del agente en un huésped susceptible o no susceptible, se presentan síntomas mínimos o generales, inespecíficos, de escasa o limitada duración cuyo diagnóstico sólo puede confirmarse con la visita al médico y exámenes de laboratorio.

En esta fase es importante la participación del individuo, en que esté monitoreando su salud, para poder discriminar la presencia o no, de síntomas. Sin embargo, en el caso de las enfermedades crónicas, existen algunas que no se manifiestan, sino es hasta que llegan a etapas fatales para el individuo.

La etapa clínica, concierne al estado de enfermedad que se manifiesta en el individuo con toda la variada gama de datos clínicos a que da origen. El individuo se convierte en enfermo clínico, presentando un cuadro clínico reconocible que puede ser típico o atípico. En esta fase se presentan los signos y síntomas de la enfermedad y sus complicaciones para elaborar el diagnóstico, la incapacidad, la recuperación, el defecto o daño, el estado crónico y la posible muerte (Lasala, Gadow y Estevez, 1992).

En la fase clínica se hacen manifiestos los síntomas y signos, es decir, los cambios anatómicos y fisiológicos, cuando el individuo acude al médico para ser atendido, se espera su recuperación. Sin embargo cuando no es atendido oportunamente, surgen las complicaciones y con ello la muerte.

En dicha fase tienen lugar la prevención secundaria y terciaria. La prevención secundaria se refiere al diagnóstico precoz, al tratamiento oportuno y a la limitación del daño de la enfermedad en evolución, de igual forma se previenen las secuelas. La prevención terciaria, es el proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica, para corregir hasta lo posible, la incapacidad del daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida (Novoa, 1989).

Respecto a los trastornos crónicos, Latorre y Beneit (1987) menciona que al encontrarse en la etapa clínica, traen como consecuencia diversos problemas físicos, tales como: el dolor y deterioros cognitivos, y en consecuencia importantes restricciones en la vida de los individuos. Las enfermedades crónicas graves presentan una crisis en la vida de las personas que suele exceder la mera adaptación a la enfermedad.

Las personas que adquieren una enfermedad crónica presentan cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos del padecimiento. Por ejemplo, dichas enfermedades pueden producir dificultades económicas, cambiar el autoconcepto del individuo y afectar gravemente las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Rodríguez, 1995).

El diagnóstico de una enfermedad crónica, no es una noticia fácil de asimilar, por ello las personas en esta situación, experimentan reacciones emocionales similares a las del duelo, y es que están viviendo la pérdida de su salud, su bienestar, su autonomía e incluso su vida.

En el duelo se presentan las siguientes etapas, que pueden o no presentarse en este orden: la negación del suceso, el paciente busca una segunda opinión y no hablará del tema; el enojo, con el hecho de estar enfermo; la negociación, se acepta la enfermedad y con ello la muerte a cambio de la realización de algunos objetivos personales o familiares, o la resolución de asuntos pendientes; la depresión, pueden surgir ideas de muerte o suicidio; y reconciliación o aceptación de la realidad de estar enfermo (Robles, 2004).

Además de que los pacientes experimentan la pérdida del control personal y la amenaza a la autoestima, se produce sensaciones de vulnerabilidad y pérdida de control sobre acontecimientos futuros, exhiben un mal funcionamiento social y físico, tienen una salud mental deteriorada.

Las emociones negativas suelen ser habituales entre los enfermos crónicos, debido al curso incierto de sus trastornos y, de hecho, el médico suele sentirse poco preparado para ayudar a los pacientes a manejar estas reacciones emocionales, que suelen ser no adaptativas, son de insatisfacción o malestar vital y se encuentran íntimamente relacionadas con problemas físicos, conductuales, sociales y cognitivos, entre las más frecuentes destacan la depresión y la ansiedad (Barradough, 1999). De acuerdo con el autor, estos trastornos mentales pueden ser:

- Síntomas o manifestaciones de algunas enfermedades crónicas.
- Consecuencias del desgaste psicológico que implica padecer un trastorno crónico.

La depresión se caracteriza por un periodo de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación, lentitud psicomotriz, disminución de la energía, desesperanza, desolación, sentimientos excesivos de culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal ante alteraciones en el apetito, disturbios

durante el sueño e ideas de muerte o suicidio o intento suicidas (Holland y Rowland, 1989).

Por su parte, la ansiedad, es un sentimiento no placentero, una respuesta normal ante una situación no familiar, incierta o de peligro. Es acompañada de síntomas tales como la preocupación, inquietud, pesadillas, sobre respiración, sobre actividad sistema nervioso o tensión muscular.

Una de las causas, de que trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, acompañen a las enfermedades crónicas son las creencias de los pacientes acerca de su enfermedad: su causa, duración y consecuencias. Los pacientes crónicos pueden deber su enfermedad al destino, a un castigo divino, creencias que ocasionan la autculpa o el culpar a los demás de la enfermedad, conductas que son inadaptativas, aunque también mecanismos de defensa (Latorre y Beneit, 1981).

De igual forma, por lo general, las enfermedades crónicas suelen asociarse con dolor excesivo, invalidez, fatalidad y muerte. Sin duda la enfermedad es lo que más propicia en el ser humano el temor a la muerte, es allí en donde los profesionales de la salud deben actuar, ante seres humanos temerosos y demandantes de ayuda, apoyo y cariño.

El enfermo crónico no es un individuo aislado, sino que está inserto en un núcleo social y familiar que están interrelacionados con él, es por ello que el diagnóstico de una enfermedad crónica no sólo impacta al individuo enfermo, sino también a la familia y amigos, pues experimentan un "trauma" y muestran signos de perturbación física, aislamiento y desesperanza (Brannon y Feist, 2000).

La relación entre las parejas casadas experimenta ciertos cambios cuando uno de los miembros desarrolla una enfermedad crónica, los padres con padecimientos crónicos también pueden expresar cambios que generan problemas en la relación

con sus hijos, la enfermedad de un niño puede trastornar el funcionamiento familiar en todos los niveles. En general, sea cualquier miembro de la familia quien enferme, se pone a prueba la capacidad de afrontamiento de la familia, hay un reajuste en los roles, experimentan un cansancio emocional y físico, pues hay que tener en cuenta las preocupaciones que genera la demanda económica de la enfermedad (Rodríguez, 1995).

Grau (1998) menciona que el impacto del diagnóstico de una enfermedad crónica obliga a los pacientes a afrontar sus enfermedades aunque la tarea sea difícil, deben volverse capaces de manejar los síntomas y el estrés que produce el tratamiento, ya que la calidad de vida decrementa a medida que aumenta la severidad de las complicaciones médicas de la enfermedad.

Anteriormente se describió las emociones, conductas y creencias inadaptativas que en el individuo pueden surgir; así mismo existen creencias que pueden llevar a los individuos enfermos a poner en práctica conductas más saludables, a conseguir niveles más altos de adherencia terapéutica y, en definitiva, alcanzar una mejor calidad de vida.

Los pacientes que tienen la creencia de que pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, se adaptan mejor a la misma que aquellos en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad. Pueden desarrollar varios tipos de creencias relativos al control de la enfermedad crónica (Latorre y Beneit, 1981):

1. Creencia de que mediante hábitos saludables es posible prevenir la recurrencia o agravamiento de la enfermedad.
2. Creencia de que mediante el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y las recomendaciones de los profesionales de la salud, se puede conseguir control sobre la enfermedad.
3. Creencia de que se puede ejercer un control directo sobre la enfermedad mediante habilidades de autocuidado.

El tratamiento requiere la consideración de todos los factores implicados en la enfermedad y que puedan afectar al funcionamiento del paciente en cualquiera de sus dimensiones humanas: física, psicológica y social (Rodríguez, 1995).

De igual forma, Robles (2004) menciona que debido a que las personas que padecen una enfermedad crónica presentan efectos negativos en muchas áreas de su vida psicológica o emocional, social, familiar, laboral, vocacional, educativa, además de la disfunción o alteración biológica o física, el tratamiento debe de ser un proceso en el que intervenga un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, a lo largo de todas las etapas de la enfermedad crónica: médicos, enfermeras, trabajador social, psicólogo, terapeuta físico, la familia y el propio individuo.

Por tanto, se trata de un conjunto de intervenciones físicas, conductuales, cognitivas y sociales que deben tener en cuenta las características de cada paciente en particular, y la posibilidad de efectuar reajustes en su ejecución en función de los cambios en el curso de la enfermedad y los objetivos del tratamiento.

Los tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes, por lo que este debe asumir el papel activo en la rehabilitación de su salud y bienestar (Robles, 2004). Y es que se trata de rehabilitar al paciente, es decir, de ayudarlo a que pueda realizar sus actividades cotidianas, así como también se trata de habilitarlo en un estilo de vida saludable, es decir que el paciente no continúe con hábitos nocivos para su salud, y adquiera y desempeñe inmunológicos conductuales.

Sin embargo la tarea más primordial del psicólogo debe centrarse en la prevención de los padecimientos crónicos, puesto que las estadísticas actuales muestran un índice ascendente en dichas patologías, ubicándolas como principales causas de

muerte. Por su frecuencia algunos de estos padecimientos han surgido como protagonistas en el campo de la salud mexicana.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial las estadísticas muestran que en el 2005, las causas de mortalidad fueron las siguientes: VIH/SIDA (2 830 000 defunciones), enfermedades cardiovasculares (17 528 000 defunciones), cáncer (7 586 000 defunciones), enfermedades respiratorias crónicas (4 057 000 defunciones) y la diabetes 1 125 000 defunciones).

La Secretaría de Salud (SSA, 2004), reporta que en México, las principales causas de mortalidad entre la población en edad reproductiva (de 15 a 64 años) son las siguientes: diabetes mellitus (14.1%), cirrosis y otras enfermedades del hígado (10.1%), enfermedades del corazón (7.3%), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA, 2.6%), tumores malignos (7.6%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1.2%).

Así mismo, la SSA indica que las causas de mortalidad más relevantes en la población femenina son: la diabetes mellitus (16%), enfermedades cardiovasculares (10.6%), la hipertensión (3.3%), cáncer cervicouterino (2%), cáncer de mama (2%) y cáncer de estomago (1.2%). Por su parte la mortalidad en la población masculina se debe a: la diabetes mellitus (10.9%), enfermedades cardiovasculares (10.7%), cirrosis (7.9%), cáncer de próstata (1.7%) y el SIDA (1.5%).

Las enfermedades crónicas requieren de un tratamiento farmacológico, indicado por los médicos y/o especialistas, y un tratamiento no farmacológico, cambios del estilo de vida que es trabajo del psicólogo.

Como psicólogos, en el tratamiento de las enfermedades crónicas nuestras tareas son diversas, nos corresponde apoyar al paciente en la construcción de su duelo, acompañarlo en los momentos difíciles que en ocasiones conlleva el tratamiento médico, ayudar al establecimiento de una relación óptima entre los profesionales de la salud y el paciente, ayudar al paciente para que se adhiera al tratamiento y con ello incrementar las posibilidades de éxito. La tarea primordial a lograr es que el paciente adquiera un estilo de vida sano y con ello evitar las conductas nocivas que mantienen la enfermedad.

Dado que la enfermedad crónica principal dentro de esta investigación es el cáncer, se elaboró un apartado en el cual se describe a mayor detalle la patología, sus estadísticas nacionales, los patógenos conductuales implicados en la patología y el impacto psicológico que acarrea la noticia de padecer cáncer.

2.1 Cáncer

El cáncer es la segunda causa de defunción en la mayor parte de los países desarrollados y más de la mitad de los países desarrollados, y más de la mitad de los casos se presenta en la población de los países en vías de desarrollo. Cada año se diagnostican cerca de 7 millones de casos nuevos de cáncer y mueren aproximadamente 5 millones de personas, en 1991 murieron 41,985 personas por esta causa y en 1997 la cifra aumentó a 51,254 (Lazcano, 2001).

En las últimas décadas, esta enfermedad crónica degenerativa ha aumentado su incidencia hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte. En México la mortalidad en el año 2000 por tumores malignos fue de 27,245 personas por seis tipos de cáncer, lo cuál ubica a este padecimiento en el tercer lugar como causa de mortalidad general (Reynoso y Seligson, 2005).

El análisis de las tendencias actuales indica que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, se convertirá en la causa principal de defunción en este siglo XXI, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años (Romero, Grau, Gómez, Infante, Chacón, Asén, Llantá, Molina, Rodríguez y Grau, 2003).

El cáncer, es una enfermedad crónica degenerativa, que se caracteriza por la reproducción y crecimiento de forma desordenada e incontrolable de las células, debido a alteraciones en el mecanismo que dirige dicha reproducción celular, estas nuevas células mutadas crecen y se extienden sin control (García, Martínez y Cáceres, 2001).

Una característica de las células cancerosas es que son incapaces de organizarse y autorregularse adecuadamente por sí mismas, de tal forma que la masa de tejido que forman no se parece a un tejido normal, este nuevo tejido recibe el nombre de tumor, que puede ser benigno y maligno (Brannon, y Feist, 2000).

Los crecimientos benignos tienden a mantenerse localizados en un área específica, mientras que los tumores malignos suelen extenderse y establecen colonias secundarias, invaden y destruyen el tejido próximo y también pueden desplazarse o realizar una metástasis a través del torrente sanguíneo o linfático, extendiéndose a otras zonas del cuerpo.

Los tumores malignos pueden dividirse en cuatro grupos principales: 1) carcinomas, son células del tejido epitelial, es decir, que recubren las superficies internas y externas del organismo, 2) sarcomas, aparecen en el tejido conectivo, como el hueso, los músculos y el cartílago, 3) leucemia, es un tipo de cáncer que se origina en la sangre o en las células que la forman, como las de la médula ósea, 4) linfoma, ataca el sistema linfático, cáncer poco habitual (Doorenbos, 1982).

A diferencia de lo que la gente cree, el cáncer casi nunca es hereditario, el cáncer es producto de la interacción de condiciones genéticas, conductuales y medioambientales, los cuales funcionan como factores de riesgo, aunque cabe señalar que los factores de riesgo no causan necesariamente una enfermedad, sino que permiten predecir la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o muera a causa de la misma.

La mayoría de los factores de riesgo de contraer cáncer dependen de la conducta personal y el estilo de vida, que el individuo desarrolla y mantiene. Brannon y Feist (2000) mencionan que dichos patógenos conductuales son:

- Tabaquismo: del que se desencadena el cáncer de pulmón, labio, cavidad bucal, faringe, esófago, páncreas, laringe, traquea, vejiga y riñón. Además del tabaquismo, se han relacionado con el cáncer de pulmón factores tales como la contaminación ambiental, el nivel socioeconómico, la ocupación, los antecedentes étnicos y el material de construcción de la vivienda.
- La dieta: una práctica dietética inadecuada suele relacionarse con el cáncer de mama (leche, queso graso y mantequilla), estómago, útero, endometrio, recto, colón (carne roja, carne procesada, comida rápida, cereales refinados, alimentos azucarados, cantidad escasa de frutas y verduras), riñón, intestino delgado, páncreas, hígado, ovarios, vejiga, próstata, boca, faringe, tiroides y esófago
- El alcohol: su consumo está asociado con el cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, pecho e hígado.
- La luz ultravioleta: la exposición a la luz ultravioleta particularmente la que procede del sol, ha sido reconocida desde hace tiempo como una causa del cáncer de piel, especialmente en las personas con piel clara. La exposición acumulativa, como las ocasionales quemaduras severas, puede estar relacionadas con el riesgo subsiguiente de contraer cáncer de piel.

- La conducta sexual: el ejercicio de conductas sexuales de riesgo aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer cervical, el cual es el responsable de un porcentaje de los casos de mortalidad entre mujeres, las más vulnerables son aquellas que pertenecen a una baja escala socio-económica, las que han tenido muchos compañeros sexuales, aquellas cuyo primer encuentro sexual tuvo lugar a una edad temprana y las que han vivido un embarazo a dicha edad, así como, una escasa higiene sexual.

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2005), la mortalidad por cáncer en México en el año 2000, principalmente se debió a tumores malignos ubicados en: pulmón (6,225 defunciones), estómago (4,980 defunciones), cuello del útero (4,604 defunciones), hígado (4,169 defunciones), próstata (3,835 defunciones) y mamá (3,432 defunciones).

Aun cuando el estilo de vida contribuye a la aparición del cáncer, Barradough (1999) menciona que existen factores de riesgo que exceden el control personal, tales como:

- Factores de riesgo medioambientales: incluyen aspectos como la exposición a las radiaciones, al asbesto, a los pesticidas y a otros productos químicos.
- Antecedentes familiares: la predisposición genética puede jugar un papel importante en numerosos tipos de cáncer pero la mayor parte de las investigaciones sobre los antecedentes familiares se han centrado en el cáncer de mama.
- Edad: a mayor edad, mayores son las probabilidades de desarrollar cáncer o morir por esta causa. Aunque, como anteriormente se describió, actualmente la incidencia de las enfermedades crónicas ha aumentado en edades más jóvenes.

También existen factores de riesgo psicológicos, que aunque no son determinantes pueden interactuar como detonador de las probabilidades que tiene una persona de contraer cáncer, Bammer y Newberry (1985) señalan los siguientes:

- Inhibición de las emociones: negar las experiencias desagradables y la incapacidad de expresar emociones son factores de riesgo en el desarrollo de cáncer.
- La depresión: puede favorecer el desarrollo del cáncer una vez establecido pero probablemente no lo desencadena.
- Estrés: y sobre todo la incapacidad para combatirlo puede tener influencia en el desarrollo y crecimiento del cáncer, así como puede tener consecuencias fisiológicas que confluyan en el funcionamiento psicológico y en el comportamiento.

El paciente oncológico, no solamente sufre de los dolores y estragos físicos que la enfermedad implica, puesto que la noticia de un cáncer evoca reacciones como: el miedo, la ansiedad, la tristeza, la desesperación, el enojo, la culpa o la vergüenza. Como cualquier otra enfermedad crónica, el cáncer es percibido como la pérdida de la salud, por lo que la persona enferma elabora su duelo.

Holland, y Rowland (1989), describieron el proceso de emociones por el que pasa una persona tras un diagnóstico de cáncer, que con frecuencia es:

1. Shock o escepticismo en aceptar la realidad, dura unos días.
2. Dolor agudo: la ansiedad, enojo y protesta que duran a menudo varias semanas.
3. Tristeza y desesperación, que también puede durar varias semanas.
4. Ajuste gradual y aceptación.

Como es bien sabido, este proceso de duelo, no puede ser tratado como una fórmula rígida, sino que, pueden existir variaciones de acuerdo a la personalidad y actitudes de cada individuo, así como de la presentación médica y cómo los profesionales de la salud manejan el caso. Es decir, es relevante:

- La forma en que el diagnóstico es explicado.
- La oferta de información: ya que el diagnóstico provoca preguntas acerca de los aspectos médicos de la enfermedad y del tratamiento, el pronóstico futuro y las implicaciones para el paciente y su familia.
- La actitud del personal médico: puesto que es importante para los pacientes sentir que los doctores y las enfermeras tomen el caso con seriedad y lo tratan con cortesía y respeto.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como lo es el cáncer, tiene un impacto tremendo en la paciente y trae consigo diversos efectos psicológicos, los cuales suelen estar relacionados con la pérdida. Barradough (1999), menciona algunos de ellos:

- Pérdida de la fuerza física y del bienestar: afecta sobre todo a aquellos pacientes que necesitan trabajar o que gustan de alguna actividad deportiva, ya que el tratamiento del cáncer ocasiona fatiga.
- Pérdida de la independencia y de la dignidad: muchos pacientes se sienten frustrados por la inactividad.
- Pérdida del rol: puede llevar al fastidio y quizás a la fricción con otras personas que han tenido que tomar los deberes del paciente.
- Pérdida de las relaciones interpersonales: se forman barreras de comunicación debido a la posibilidad o no, de hablar acerca de la enfermedad.
- Pérdida de la función sexual: se presenta a cualquier edad, así como la pérdida de la fertilidad en pacientes jóvenes.
- Pérdida de la integridad física: incluye cambios en la apariencia y en las funciones del cuerpo.

- Pérdida de la expectativa de vida: inducida por la tristeza y el enojo, las metas para el futuro que existían deben de ser modificadas o reemplazadas por unas más modestas. Sin embargo algunos optan por pensar y desear la muerte.
- Pérdida del control: los pacientes recientemente diagnosticados pueden sentirse agitados, incluso traicionados al saber que en sus cuerpos existe una enfermedad, un cáncer que crece sin su conocimiento. El miedo que el cáncer podría golpear de nuevo, aparentemente al azar, cuando quiera y en cualquier órgano, incluso puede ser una fuente potente de ansiedad para aquellos que parecen haber sido curados.
- Pérdida de la integridad mental: el sentir emociones no familiares y la decadencia de la inteligencia.

Dichas respuestas psicológicas, que el individuo puede presentar, son consideradas como normales, aunque de igual forma, Barradough (1999) aclara que estas pueden ser modificadas por las siguientes características:

- El significado personal de la enfermedad: la interpretación más obvia y común acerca del diagnóstico del cáncer, es negativa (pérdida, castigo). Sin embargo algunas pacientes ven aspectos positivos acerca de la enfermedad.
- Edad: hay evidencias que demuestran que las pacientes jóvenes sufren mayor dolor emocional, porque tienen más cosas que perder (futuro, plan de vida). Por su parte las pacientes más grandes están más cerca de su muerte "natural".
- Creencias religiosas: ayuda a una mejor adaptación a la enfermedad, aunque el desarrollo personal de la espiritualidad es más importante que la adherencia de la persona a una determinada religión.
- Experiencias pasadas con el cáncer: pacientes que tienen familiares o amigos que han muerto de cáncer, responden de manera diferente a aquellos cuyos amigos o familiares con cáncer reaccionaron de buena manera al tratamiento.

- Historia psiquiátrica: pacientes que sufrieron depresión, ansiedad u otro problema psiquiátrico son propensos a recaer debido al estrés que genera el padecer cáncer.

Hay que aceptar que el cáncer es una enfermedad importante en el mundo moderno, en cuyo origen, curso y manejo juegan un papel relevante determinados factores psicosociales (Bayés, 1991, En: Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1997).

Como se ha descrito, los pacientes oncológicos pasan por un verdadero vía crucis a partir de su diagnóstico, pensando que el cáncer los va a consumir poco a poco y que no les queda hacer otra cosa más que resignarse. Sin embargo las ciencias sociales, y en especial, la psicología, están llamadas a jugar un rol destacado en la lucha cada vez más efectiva contra el cáncer.

Como psicólogos nuestra labor es fundamental en cualquiera de los tres niveles de prevención. En lo referente a la promoción de la salud (nivel primario), es tarea de los psicólogos de la salud ocuparse de modificar los estilos de vida que han sido identificados como factores de riesgo en el desarrollo del cáncer, promoviendo la adopción de estilos de vida más saludables y la evitación de aquellas conductas de riesgo, así como la participación en las campañas de detección y prevención.

Cuando el cáncer se hace presente en el paciente, es necesario trabajar a nivel secundario y terciario de la prevención. Por lo tanto, la tarea del psicólogo debería ser la de reducir al máximo los problemas que se plantean al paciente oncológico, intentando mejorar su calidad de vida y modificando sus estilos de vida, asimismo, como lo sugiere Martínez y Terrones (2001), la atención psicológica debe plantearse como un procedimiento aliado a la medicina.

El paciente oncológico se enfrenta a nuevas realidades, derivadas del tratamiento médico de la quimioterapia, pues resulta un proceso traumático y perturbador para el paciente, ya que genera la mayor sintomatología psíquica asociada a síntomas físicos como las náuseas, vómitos y la alopecia, ya que supone una destrucción de la autoimagen.

Por lo que la tarea del psicólogo se orienta a trabajar conjuntamente con el paciente sus emociones, sentimientos y nuevas realidades, a través de la implementación de estrategias de afrontamiento adecuadas a la enfermedad.

La intervención en el paciente con cáncer dependerá de la evaluación conductual que se realice, tomando en cuenta de manera muy importante el diagnóstico médico, el tipo de cáncer, la propuesta terapéutica del médico y el pronóstico de supervivencia

El trabajo del psicólogo plantea un acercamiento diferente con el paciente, mismo que tiene la necesidad de ser escuchado, comprendido y guiado en el proceso de su enfermedad. La ayuda personal, el hecho de “estar allí”, la disponibilidad de ser su apoyo durante todo el tiempo de su tratamiento, es lo que el paciente considera valioso.

Cabe recordar que un fuerte apoyo social, de la familia, amistades e incluso del personal médico, están positivamente relacionados con la prolongación de la supervivencia de los pacientes oncológicos, facilitándoles acceso a la información, fortaleciendo su sensación de control personal, promoviendo la autoestima y potenciando los sentimientos optimistas y de forma indirecta, proporcionando un mecanismo de amortiguación frente al estrés (Bammer y Newberry, 1985).

Seligson y Reynoso (2005) proponen generar un programa conductual de habilidades de afrontamiento basada en la solución de problemas, con el fin de ayudar a los pacientes oncológicos a mantener y mejorar su calidad de vida. Su

propuesta de intervención tiene como objetivos: disminuir los niveles de estrés de los pacientes, entrenarlos en técnicas conductuales con el fin de afrontar el problema, mantener o mejorar su calidad de vida y cambiar su estilo de vida.

Cabe mencionar que hay pacientes cuyo estilo de vida es flexible y se puede adaptar a nuevas circunstancias y a discapacidades físicas, por lo que se vuelven agentes activos en el proceso de su enfermedad, ellos pueden mantener su sentido de auto-valoración y sus relaciones con los otros, su reacción es conocida como espíritu de lucha, averiguan en lo posible las opciones de tratamiento, se pueden involucrar en grupos de ayuda, complementar su tratamiento con terapia y hacer cambios en su estilo de vida, como una dieta nueva o una rutina de ejercicio, y se proponen metas.

Por otra parte hay pacientes que deciden desempeñar un papel pasivo dentro de su enfermedad, se dejan envolver por la impotencia y desesperación, prefiriéndose rendir ante el cáncer, en estos pacientes el tratamiento dura más tiempo de lo previsto y es porque no toman la iniciativa de reportar mejoramiento o algunos síntomas si es que no se lo preguntan, suelen abandonar su trabajo, sus pasatiempos, etc. (Urquidi, Montiel y Gálvez, 1999).

El hecho de que el paciente decida adoptar un papel activo o pasivo, en el proceso de su enfermedad y tratamiento, estará relacionado con la atención y cuidados que reciba. Y es que hay que recordar la necesidad de un trabajo multidisciplinario, en la lucha contra el cáncer y cualquier otra enfermedad, es preciso el trabajo y los esfuerzos del médico, la enfermera, el psicólogo, la familia, los amigos, pero sobre todo del propio paciente.

Durante este segundo capítulo se ha vislumbrado la importancia y gravedad de las enfermedades crónicas, no solamente a través de la revisión de los estragos y deficiencias biológicas que estas acarrearán al individuo, sino también la dimensión

psicológica, familiar y social, que produce el impacto del diagnóstico de una enfermedad de este tipo.

Se ha revisado aquellas enfermedades que por su prevalencia son las principales causas de muerte en nuestro país, y en todas ellas es tangible el papel que desempeña la conducta del individuo, en la aparición, mantenimiento y agravamiento del padecimiento. Sin embargo, existen enfermedades que además de la conducta del paciente, obedecen también a la cuestión del género, pues hay enfermedades propias del hombre y otras, propias de la mujer.

Ejemplo de estas enfermedades es el cáncer, y es que desafortunadamente el cáncer cervicouterino ha aumentado su tasa de frecuencia entre las mujeres de nuestro país y de América latina, por lo que en el siguiente capítulo se abordará de manera específica este padecimiento.

CAPÍTULO TRES

Cáncer Cervicouterino

Si se tuviera que elaborar una definición de lo que significa ser MUJER, no resultaría un trabajo fácil pues esta palabra tan compleja engloba: comportamientos, pensamientos, expectativas, creencias, roles, tareas, capacidades... de seguir la lista, no se acabaría de nombrar todas las virtudes y oportunidades que involucra el ser mujer.

Sin embargo en lo que respecta a la salud, el simple hecho de ser una mujer implica el riesgo de desarrollar una de las enfermedades crónicas degenerativas propias del sexo femenino: el cáncer cervicouterino (CaCu).

En este tercer capítulo, se hace una explicación de lo que a nivel orgánico ocurre cuando este padecimiento se presenta, además de una revisión de las estadísticas de incidencia y de mortalidad por causa de éste, así como de las implicaciones psicológicas inherentes al padecimiento de este trastorno de salud.

Al igual que otras enfermedades crónico-degenerativas, el carcinoma cervical es resultado del estilo de vida adoptado por el individuo, por lo que se hace también una exploración de los patógenos conductuales y factores de riesgo implicados al aumentar la posibilidad de padecer CaCu.

Dado que en las conductas están implicadas las cogniciones, se hace también una revisión de las principales barreras psicológicas para someterse a la detección oportuna del cáncer cervicouterino, así como de las principales percepciones de las mujeres hacia este padecimiento.

De acuerdo con Silva (1980) el aparato reproductor femenino está formado por genitales externos que son estructuras como los labios vaginales mayores y menores, el clítoris y el monte pubiano; y los genitales internos formados por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina.

De las estructuras internas, el interés de esta investigación recae en el útero, el cual es un órgano que para su estudio es dividido en tres partes: la superior recibe el nombre de fondo, la parte central se llama cuerpo y su porción inferior es nombrada cuello o cérvix. El útero puede presentar tumores, de estos son frecuentes los miomas y los tumores cancerosos, sobre todo en el cérvix; por lo que en la paciente se desarrolla el cáncer cervicouterino Higashida (1996).

Como se explicó en el capítulo anterior, el cáncer se caracteriza por el crecimiento anormal y dispersado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen; además, cabe mencionar que el 90% de los tumores malignos se presentan en órganos con epitelio, puesto que al ser células que continuamente se están regenerando puede haber una falla y mutar la célula, ejemplo de estos órganos son el estómago, la boca y el útero (García, Martínez y Cáceres 2001).

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas de las neoplasias. La aparición de procesos neoplásicos localizados en el cérvix uterino presenta una evolución de displasia a cáncer in situ. (Escandón, Benítez, Navarrete, Vázquez, Martínez y Escobedo, 1992):

- Hiperplasia: las células nuevas son mayores en tamaño a las normales.
- Displasia: las células anormales comienzan a proliferar, por lo que hay un crecimiento del órgano. La mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años de edad.

- Cáncer in situ: las células cancerígenas se mantienen dentro del órgano de origen, en este caso el cuello del útero.
- Cáncer invasor: las células cancerígenas salen del órgano que les corresponde y se extienden hacia otros.

Al respecto, Serman (2002) explica este proceso neoplásico de la siguiente manera, la displasia ligera y moderada es uno de los primeros pasos hacia el desarrollo del deterioro del epitelio y presentan lesiones preinvasoras, las edades de incidencia son de los 15 a 30 años y de los 30 a 34 años, respectivamente. En la displasia grave o cáncer in situ, se habla ya de una microinvasión de las células cancerígenas, con una prevalencia entre la población de 35 a 49 años de edad. Finalmente el carcinoma invasor, que prevalece en edades mayores a 50 años.

La tendencia del cáncer es la de progresar, a través del tiempo, hacia estadios más avanzados. Doorenbos (1982) informó que este proceso, que suele comenzar como una ligera displasia y progresa hasta convertirse en cáncer invasor, puede darse durante un periodo de 10 o 15 años, aunque su duración puede ser menor sin haber pasado por varios de los estados intermedios de desarrollo.

Como se mencionó en el párrafo anterior, el periodo de desarrollo del cáncer cervicouterino (CaCu) es de 10 o 15 años, aquí la pregunta obligada es ¿por qué la paciente no se da cuenta de la patología, en las etapas tempranas? Esto es por que, como se dice popularmente, el cáncer es un enemigo silencioso.

Y es que en las etapas iniciales del carcinoma cervicouterino, como las displasias ligera y moderada, no se presentan manifestaciones físicas alarmantes, que indiquen que sucede algo mal en nuestro cuerpo. No es, sino hasta las etapas avanzadas cuando se hacen presentes síntomas como sangrado por contacto (después del coito, al evacuar o en cualquier circunstancia que exponga al cérvix a un traumatismo), sangrado intermenstrual, sangrado posmenopáusico, flujo vaginal amarillento o dolor abdominal (<http://www.imss.gob.mx>).

El cáncer cervicouterino es un grave problema de salud pública, de acuerdo con Lazcano (2001) este padecimiento es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo; identificándose cerca de cinco millones de casos nuevos al año y fallecen más de 300 000 mujeres anualmente por esta causa.

América Latina y el Caribe son las zonas donde se presentan las más altas tasas de incidencia de este padecimiento femenino, siendo la principal causa de muerte en algunos de estos países, no así, en países desarrollados donde las tasas de incidencia y mortalidad han decrecido de manera significativa (Mauad, Gomes, Nogueira, Melani, Lemos e Hidalgo, 2002).

En nuestro país el CaCu ocupa el primer lugar entre las neoplasias malignas y la mayoría de los casos se detectan en etapas avanzadas; durante los últimos 20 años, la tasa de mortalidad se ha mantenido estable con una incidencia anual de 17 por cada 100 000 mujeres (Hernández, Girón, Correa, Hernández, Esquivel y Jacobo, 2002).

De acuerdo con las estadísticas más actuales de la Secretaría de Salud, dentro de las principales causas de mortalidad en mujeres en el año 2004, se encuentra el cáncer cervicouterino, pues al año se presentan más de cuatro mil muertes por ésta causa.

El CaCu, es poco frecuente antes de los 25 años, ocupa el segundo lugar en el grupo de 25 a 34 y el primero en las mujeres de 35 a 54. Aun, cuando se muestra que a mayor edad existen mayores posibilidades de padecer el carcinoma cervical, cabe recordar que su incidencia poco a poco se recorre hacia edades más jóvenes (Escandón, Benítez, Navarrete, Vázquez, Martínez y Escobedo, 1992).

Al revisar las estadísticas con respecto al CaCu, estas dan un panorama devastador y poco alentador, sin embargo existe la probabilidad de disminuirlas pues se sabe que dos terceras partes de todos los cánceres están relacionados con la elección de los estilos de vida.

Además, cabe recordar que el cáncer cervicouterino es uno de los que más se pueden prevenir con su detección temprana, asimismo en la probabilidad de desarrollar este padecimiento prevalecen los patógenos conductuales y factores de riesgo; pues algunas de las conductas que una mujer ejerce cotidianamente pueden estar relacionadas con dicha enfermedad.

Dado lo anterior en el siguiente apartado se revisará cuáles son los patógenos conductuales implicado en el cáncer cervicouterino, así como los factores exógenos, es decir, aquellos que exceden al control personal del individuo y que también presentan un estrecho vinculo con el desarrollo de este padecimiento.

3.1 Patógenos conductuales implicados en el Cáncer Cervicouterino

En el cáncer cervicouterino, al igual que en las demás enfermedades crónico-degenerativas, interviene un factor inherente a la persona, es el estilo de vida que se desarrolla a lo largo de la cotidianidad. Como ya se mencionó, el estilo de vida se refiere a todos aquellos comportamientos, creencias, conocimientos y actitudes que adopta una persona hacia su propia salud; y que también está en función de circunstancias externas tales como, el tiempo, el espacio y los recursos para acceder a los profesionales de la salud (Jadue y Berríos, 1994).

Los hábitos comportamentales que desarrolla una mujer en su vida diaria, pueden convertirse en factores de riesgo que probabilizan el desarrollo del cáncer cervicouterino en un futuro, lejano o cercano. En el estilo de vida que se relaciona con el CaCu, tiene mayor importancia y relación, la sexualidad de la mujer, en él

interviene factores que rebasan el autocontrol, así como también aquellos que están bajo el control y la voluntad de la misma mujer, los cuales son la mayoría.

Uno de los factores que se encuentran fuera del control personal de las mujeres, es la predisposición genética. El riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, se duplica si existen antecedentes de este padecimiento en familiares de primera línea, es decir, en la madre o en las hermanas; si este se presentó en otros familiares tales como tías o abuelas, el riesgo es menor (<http://www.imss.gob.mx>).

Un estudio efectuado en un grupo de mujeres, en el estado de Utah, puso de manifiesto que las mujeres con un historial familiar de cáncer recurrente presentaba tres veces el riesgo de contraerlo frente a aquellas que no presentaban estas características (Slattery y Kerber, 1993. En: Brannon y Feist, 2000)

De acuerdo con Doorenbos (1982) otras de las variables en las que no se ejerce ningún control, están relacionadas con eventos biológicos propios de la mujer, como lo son: la menarca temprana, esto es antes de los 12 años de edad y la menopausia tardía, después de los 55 años.

Ambos sucesos están relacionados con la menstruación (su inicio y su término), la cual implica el desprendimiento y regeneración de las células del útero, y con ello el riesgo de que las células muten. Es por esto que entre a más temprana edad se de la primera menstruación, o que esta se retire a mayor edad, incrementa el tiempo de riesgo de las células (Higashida, 1996).

Hasta ahora se han descrito los factores exógenos que están vinculados con el carcinoma cervicouterino, los cuales, como su nombre lo indica, están fuera del control de la mujer que los presenta. Sin embargo, a diferencia de la creencia popular la herencia no desempeña un papel significativo en la etiología del cáncer,

sino que es la interacción de conductas no saludables lo que potencia la probabilidad de desarrollar el CaCu.

De acuerdo con Brannon y Feist (2000), los hábitos sexuales que adopta una mujer a lo largo de su vida son los más relevantes en la etiología del carcinoma cervicouterino, los cuales son los siguientes:

- El iniciar la actividad sexual a una edad temprana, esto es antes de los 14 años. Aunque otros autores como Tirado, Mohar, López, García, Franco y Borges (2005), consideran edad temprana antes de los 20 años.
- Múltiples compañeros sexuales, dos o más parejas.
- La no utilización del condón.

En relación con los dos últimos puntos, Doorenbos (1982) refiere que la promiscuidad, la no utilización de un anticonceptivo de barrera, como lo es el condón y además una mala higiene, propician infecciones vaginales así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y con ello el desarrollo del CaCu.

Una de estas enfermedades venéreas es el Virus del Papiloma Humano (VPH), a partir de la década de los años ochenta, se asocia al carcinoma invasor con la presencia del VPH como un factor importante para desarrollar el padecimiento. De acuerdo con Serman, F. (2002), la OMS ha clasificado como carcinogénicos al VPH tipo 16 y 18, y como posiblemente carcinogénicos a los tipos 31 y 33

Tirado, Mohar, López, García, Franco y Borges (2005), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano; en esta investigación, realizada en 215 mujeres mexicanas con CaCu invasor en edades entre 25 y 87 años, se encontró que el 95.8% tuvo antecedentes de infección por el virus del papiloma humano.

Las mujeres en edad reproductiva necesitan métodos para controlar la natalidad, en algunos de estos, es necesaria la ingesta de cierta dosis de hormonas, los llamados anticonceptivos hormonales. Tirado y cols. (2005) manifiestan que existe un vínculo entre la ingesta de este tipo de contraceptivos y el incremento de la probabilidad de padecer el carcinoma cervicouterino.

Aun cuando las usuarias de anticonceptivos orales (AO), registran una incidencia baja en la infección por el VPH, una vez que la infección por este virus se ha establecido, parece que los AO no ofrecen ninguna protección contra la progresión al cáncer cervicouterino, y puede que incluso la facilite.

Estudios realizados por la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer reveló que el uso prolongado de anticonceptivos orales, esto es de cinco a nueve años, en mujeres portadoras del VPH se asociaba con una triplicación del riesgo de cáncer cervicouterino (Escandón, Benítez, Navarrete, Vázquez, Martínez y Escobedo, 1992).

Otro de los factores de riesgo es el número de partos y la edad en la que estos han ocurrido. De acuerdo con Novoa y Echegollen (2001), se ha observado un mayor riesgo para desarrolla alteraciones displásicas y cáncer cervical, si el primer parto ocurre antes de los 16 años; la probabilidad aumenta si el parto ocurre en el primer año después del inicio de la vida sexual. La multiparidad, representa también, una fuerte asociación con el CaCu, sobre todo en mujeres con más de tres hijos, ya que en cada embarazo y en cada parto se lastima el útero.

Tirado y cols. (2005), mencionan que de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología, México 2000 – 2001 los principales factores de riesgo, analizados en 215 mujeres mexicanas con cáncer cervicouterino invasor, son: cuatro o más partos (69.5%), uso de anticonceptivos hormonales (4.6%), presencia de infección vaginal en los últimos tres meses (67.3%), inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años de edad (80.8%) e infección por VPH (95.8%).

El aborto, es otro patógeno conductual que puede potencializar la probabilidad de desarrollar el cáncer cervicouterino. Existe un mayor riesgo cuando el aborto fue inducido, es decir, cuando se realizan maniobras practicadas deliberadamente con la intención de interrumpir el embarazo.

Las complicaciones del aborto inducido se pueden clasificar en tempranas o tardías. Dentro de las complicaciones tempranas están: hemorragia abundante, infección, perforación del útero. Las complicaciones tardías puede ser, entre otras, insuficiencia y daños al cuello uterino (Higasihda, 1996).

Otra conducta de riesgo asociada con el desarrollo del carcinoma cervicouterino, que no está vinculada con la sexualidad de la mujer, es el fumar. Marteau, Hankins y Collins (2002), indican que existe evidencia de que la conducta de fumar incrementa el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, aún cuando en los programas de detección y prevención no es tomado en cuenta este hábito.

Dichos autores, realizaron un estudio en el que observaron que las personas fumadoras se percibían con un mayor riesgo de desarrollar patologías cardíacas, no así fue su percepción respecto del desarrollo de cáncer cervical. Sin embargo fumadoras y no fumadoras, no difieren en su intención de realizarse un examen citológico.

Por el momento se han descrito aquellas conductas que incrementan el riesgo de desarrollar el cáncer cervicouterino, y las cuales la mujer tiene la capacidad de modificar, pues posee el control sobre ellas. Sin embargo, en la revisión de los distintos autores que se han presentado, estos coinciden en que existen otros factores de riesgo, los cuales son exógenos, es decir, que están fuera del individuo y de su control. Entre los cuales destacan: analfabetismo, bajo nivel escolar, bajo nivel socioeconómico e inaccesibilidad a los servicios de salud.

El analfabetismo y el bajo nivel educativo propician la nula información sobre el carcinoma cervicouterino y sus conductas de riesgo. Esta población no tiene acceso a la información, ni mucho menos a la cultura de la prevención de enfermedades (Tirado y cols. 2005).

Lazcano (2001), reporta que las mujeres que viven en condiciones de pobreza, optan por solventar sus necesidades económicas primarias que les permita la sobrevivencia inmediata, como lo es la alimentación. Esta población tiene la necesidad de jerarquizar sus prioridades, ocupando los últimos lugares su salud, y más aún la prevención.

La población de bajo nivel socioeconómico pocas veces tienen acceso a los distintos servicios de salud, entre los cuales destacan: los servicios de prevención y detección oportuna, los cuales son fundamentales en la lucha contra el cáncer cervicouterino; esta falta de seguridad social es un indicador relevante en la incidencia de este cáncer femenino.

Acorde con el Instituto Nacional de Cancerología, los principales factores de riesgo exógenos, analizados en 215 mujeres mexicanas con cáncer cervicouterino invasor, son: analfabetismo (32.7%), escolaridad de 1 a 6 años (53.3%), escolaridad mayor a 6 años (14 %), nivel socioeconómico bajo (52.1%), medio (22.2%), alto (25.8%) y el no acceso a la seguridad social (92.5%) (Tirado y cols., 2005).

Los datos anteriores dan cuenta de la complejidad del cáncer cervicouterino, ya que no solo son relevantes las conductas que adopta y desarrolla una mujer, se suscriben a ellas, las condiciones de vida de la población mexicana ya que estas permean el estilo de vida en el que los individuos se desenvuelven.

Como se ha descrito hasta ahora, la etiología del cáncer cervicouterino es multifactorial, se requiere de la interacción de distintos factores para desarrollar dicha patología; un elemento en aislado no tiene la suficiente fuerza como para ser la causa del carcinoma cervical.

Así mismo se ha puntualizado la dimensión psicológica en esta enfermedad, es decir, aquellos patógenos conductuales que potencializan la probabilidad de que una mujer padezca este tipo de carcinoma; con ello se pone en evidencia la responsabilidad que ejerce un individuo sobre su propia salud.

Sin embargo, parte esencial de la conducta son las cogniciones: las creencias, conocimientos y percepciones que el individuo tenga acerca de la realidad, sostienen o modifican dicha conducta. Por esta razón en el siguiente apartado se expondrá la importancia de las cogniciones en el incremento de la probabilidad de padecer o no, cáncer cervicouterino.

3.2 Percepciones respecto del CaCu

Diversos autores reportan la importancia de considerar el papel que desempeñan las creencias de salud-enfermedad, las cuales son determinantes en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida.

Como lo mencionan Valenzuela y Miranda (2001), una herramienta eficaz para la valoración de las creencias en el proceso de salud-enfermedad, es el Modelo de Creencias en Salud el cual fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Este modelo evalúa creencias sobre acciones de prevención, de detección precoz y de conductas y roles de enfermedad.

Siguiendo con dichas autoras, mencionan que los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por lo siguiente:

- Percepción de susceptibilidad: Es la percepción subjetiva de tener riesgo de enfermarse, primer paso para iniciar cualquier acción preventiva, de detección precoz o curativa.
- Percepción de gravedad: Son los sentimientos sobre la seriedad de un posible riesgo de salud o de estar enfermo sin tratamiento. Además de las evaluaciones médicas de la enfermedad, incluye también las posibles consecuencias sociales de ésta, así como los efectos en la familia, el trabajo o las relaciones sociales.

Por otra parte las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentra en función de:

- Percepción de beneficios: Un individuo con un nivel de creencias óptimo sobre la susceptibilidad o gravedad de su condición de salud podría no estar dispuesto a aceptar la recomendación sobre alguna acción de salud hasta que no perciba que tal acción es factible y eficaz.
- Percepción de barreras: Los aspectos potencialmente negativos de una acción de salud, actúan como impedimentos para la adopción de una conducta recomendada.
- Percepción de autoeficacia: Concepto introducido por Albert Bandura, que consiste en la convicción personal de poder realizar con éxito una conducta requerida que produzca resultados.

Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Una clave interna puede ser el síntoma de alguna enfermedad, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos

o familiares afectados por alguna enfermedad (Meda, Moreno, Morales, Torres, Lara y Nava, 2004).

Tales autores realizaron un estudio con el objetivo de identificar las creencias de salud-enfermedad que caracterizan a los estudiantes universitarios, su muestra fue de 1234 estudiantes de diversas universidades de San Luis Potosí, a los que se les aplicó el Cuestionario de Creencias de salud-enfermedad.

Los resultados indicaron que casi todos los estudiantes obtuvieron puntuaciones que indicaron creencias protectoras de salud; si embargo encontraron diferencias entre géneros, puesto que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en las creencias de autocuidado, en las creencias de relaciones sociales y en las creencias del daño que ocasiona el uso de sustancias.

Por su parte Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), realizaron un estudio similar con 754 universitarios de Cali, Colombia, cuyo objetivo fue exponer las creencias sobre la salud de la población juvenil y su relación con la ejecución de prácticas de riesgo o de protección para la salud. Utilizaron dos instrumentos: Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida.

Dicha investigación arrojó resultados interesantes, en general se encontró una alta presencia de creencias favorables a la salud, las diferencias están en relación con la edad, el sexo y el estrato socioeconómico. Los autores observaron que en la medida en que aumenta la edad, aumenta la frecuencia de creencias favorables para la salud.

Así mismo tanto hombres como mujeres presentan alta presencia de creencias favorables en las dimensiones: actividad física y deporte, y recreación y manejo del tiempo libre; sin embargo se destaca la mayor presencia de creencias

favorables y prácticas saludables en las mujeres, en las siguientes dimensiones: actividad física y deporte, hábitos alimenticios, y autocuidado y cuidado médico.

En cuanto al estrato socioeconómico se presentó mayor presencia de creencias favorables a la salud en jóvenes de estrato medio, medio alto y alto; no así en jóvenes de estratos medio bajo y bajo, pues se dieron niveles bajos de presencia de estas creencias

Los autores concluyeron que los jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano o se perciben como sujetos invulnerables, por lo consiguiente ejecutan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo. Por otra parte se muestra una incongruencia entre el nivel de presencias favorables o desfavorables a la salud y el tipo de prácticas ejecutadas.

Resulta curioso que los dos estudios descritos, coincidan y reporten que la población femenina sea la que más presente creencias que favorecen la salud, puesto que respecto al cáncer cervicouterino, los programas de detección oportuna se han enfrentado a distintas barreras psicológicas, las cuales han impedido su éxito y con ello la disminución de la incidencia de este padecimiento. De todos los cánceres, el cervicouterino es el que tiene las mejores posibilidades de ser detectado, tratado y curado; contrariamente sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres entre los 15 y 44 años, a pesar de contar con programas de detección oportuna de CaCu (Valenzuela y Miranda, 2001).

Lazcano (2001) menciona que México cuenta con un programa nacional de detección oportuna de cáncer cervical desde hace 24 años, no obstante el Instituto Nacional de Salud Pública reporta un impacto casi nulo en la disminución de la frecuencia de esta enfermedad, esto debido a las barreras psicológicas y culturales a las que se enfrenta el programa.

De acuerdo con Serman (2002) el método de detección oportuna para el CaCu es el Papanicolao, llamada también citología vaginal, la cual evalúa los cambios anormales en las células cervicales y detecta algún cambio precanceroso en las células (displasia cervical), así como infecciones o alguna inflamación.

Dicha prueba es sumamente relevante para la prevención, detección oportuna y tratamiento del cáncer cervicouterino, antes de que este se extienda a otras partes del cuerpo y se convierta en un cáncer invasivo. Es importante que todas las mujeres mayores de 18 años o sexualmente activas, se realicen la prueba como parte de su rutina de cuidado de salud.

No existe una edad límite para realizarse la citología vaginal, incluso las mujeres que han experimentado la menopausia necesitan hacerla; sin embargo algunos doctores pueden recomendar que no se continúe haciendo la prueba a una mujer después de los 65 años, si sus Papanicolaos han sido consistentemente normales (Novoa y Echegollen, 2001).

La frecuencia de realización de esta prueba es una vez al año, aunque si durante tres años seguidos los resultados son normales se puede realizar cada tres años. En los servicios de salud pública la realización del Papanicolao es gratuita y cualquier mujer tiene acceso a ella, sin embargo la citología vaginal se enfrenta con distintas limitaciones o barreras, para su éxito.

Ejemplo de lo anterior es el estudio de Benia y Tellechea (2000) cuyo objetivo fue conocer la distribución de los factores de riesgo en relación al cáncer cervicouterino, en una población de Montevideo, Uruguay, encontraron que el 40% de las mujeres nunca se había realizado un Papanicolao.

Valenzuela y Miranda (2001), realizaron un estudio con el fin de explorar las motivaciones psicológicas que pudieran fungir como barreras para acudir a hacerse el Papanicolao en mujeres de nivel socioeconómico bajo del Servicio de Salud Metropolitano Sur de Chile y en edad de riesgo (25 a 64 años).

Los resultados de dicho estudio desprenden una serie de creencias, actitudes y conductas que actúan como barreras para tomarse el examen de Papanicolao, para un mayor acercamiento a estas creencias, las autoras transcribieron parte del discurso de algunas de las participantes. Dichos discursos son importantes en el entendimiento de las percepciones de estas mujeres, los cuales se presentan a continuación en letra cursiva:

1. Demora en la atención y la multiplicidad de trámites: *“Decían que iban a perder tiempo, a hacer cola, que no las iban a atender...” (monitora de salud).*
2. Falta de información sobre el examen y su utilidad, lo que fue relevante en la actitud de las mujeres para no realizarse la prueba: *“Yo no tenía nada de información. Para mí esto del PAP, por mi edad era muy lejano. No sabía en que consistía, aquí lo vine a saber” (participante).*
3. Error de información, lo que generó una actitud negativa en algunas personas: *“Lo que pasa es que en este folleto dice que el PAP es pa´ que no le dé a una el cáncer del interior y resulta que a una vecina mía le tomaron el examen y después le vinieron a avisar que tenía igual el cáncer... entonces, ¿pa´ que dicen que una se lo tome si igual le da cáncer?” (participante).*
4. El temor al examen fue muy frecuente: temor al dolor del mismo examen, al posible resultado adverso o a la falta de esterilización del material usado: *“No es cierto que el examen no duele, por que yo me lo he hecho y duele igual...” (participante).*
5. El pudor, ante la posibilidad que el profesional fuese de sexo masculino o a la escasa privacidad del módulo de atención.

6. Creencias erróneas sobre el examen, por ejemplo, que es sólo para mujeres en edad sexual activa: *“Yo tengo más de 60 y hace diez años que estoy sola, viuda... esto del PAP es pa’ las que tienen hombre, pero yo ya no...”*; *“Yo soy viuda señorita y aquí la gente cree que esta campaña es pa’ las casadas. Si me ven entrando al consultorio... que van a pensar”* (participante).

Tales resultados muestran el importante papel que las creencias y actitudes desempeñan en la decisión de adoptar la conducta preventiva y correctiva sobre el carcinoma cervicouterino. Aun cuando la población de estudio es chilena, se puede decir que la población femenina latinoamericana, tiene diversas similitudes, esta aseveración se basa en estudios realizados en la población mexicana.

En el 2001, Lazcano investigó las resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC), en mujeres entre 25 y 35 años y con los siguientes criterios de inclusión: que tuvieran menos de diez años de escolaridad y con vida sexual activa. Este estudio arrojó que las principales barreras para la utilización del Papanicolao se relacionan con: la percepción del cáncer y la prueba del Papanicolao, el nivel sociocultural y la organización del programa.

Dentro de las barreras relacionadas a la percepción del cáncer y la prueba del Papanicolao, el autor dio cuenta de que:

- Las mujeres de su estudio no tenían un conocimiento adecuado de la etiología del cáncer cervical, esencialmente en relación con que es una enfermedad de larga duración sin síntomas evidentes en etapas iniciales. Así mismo, estas mujeres, perciben a la salud como ausencia de síntomas y a la enfermedad se le percibe en síntomas tangibles y dolor.
- El Papanicolao no es vista como medida preventiva, pues cuando no existen síntomas ginecológicos, las participantes, no perciben la necesidad de realizarse la prueba.

- Dentro del estudio un gran número de las mujeres que no eran usuarias del DOC no conocen la existencia del Papanicolao, relativamente pocas participantes sabían que esta era una prueba útil para detectar el carcinoma cervical.
- La mayoría de las mujeres estudiadas plantean al cáncer como una enfermedad invariablemente fatal, además se asocia con dolor y muerte.
- El Papanicolao no es percibido como una prueba de tamizaje para identificar lesiones que preceden al cáncer cervicouterino para su posterior tratamiento, sino como un examen de diagnóstico en el que el resultado siempre es fatal; existe un miedo a identificar la lesión.

En referencia a las barreras socioculturales los resultados mostraron que las principales son: a) necesidades primarias no satisfechas, b) el no consentimiento de la pareja sexual masculina, y c) rechazo a la exploración pélvica, principalmente por las molestias físicas, el pudor, la sensación de invasión; además es vivida como una experiencia vergonzosa e incómoda, especialmente cuando el tomador de muestras es un hombre.

Las barreras organizacionales del programa de tamizaje, particularmente reseña la despersonalización de la atención y problemas en la relación médico-usuaria. Con base a estos resultados, Lazcano concluye que es necesario proporcionar mayor información a las mujeres que las permita crear una cultura de prevención, tal información debe promover la tranquilidad y no así la fatalidad o el temor, además de involucrar a la pareja sexual masculina en el cuidado de la salud familiar.

Por su parte, Hernández y cols. (2002) realizaron un estudio para determinar los factores que limitan a las mujeres para no acudir a la realización de la detección oportuna del CaCu (DOC), en el que incluyeron 100 mujeres derechohabientes del IMSS en edades de 12 a 49 años con vida sexual activa.

En este estudio los factores relacionados con la no utilización del DOC fueron la accesibilidad a la unidad médica 31%, retraso en la entrega de resultados mayor a un mes 22%, pudor 8%, disponibilidad de la usuaria 6%. Los resultados también mostraron que el 60% de las mujeres se realizó la DOC por lo menos una vez, la escolaridad mínima fue primaria en 55%, inició de vida sexual activa antes de los 19 años 44%, indicadores de patógenos conductuales y factores de riesgo, los cuales mostraron asociación para no acudir a la detección.

Cabe mencionar que los autores destacan como factor limitante de su estudio la edad de las participantes, la cual fue de 12 a 49 años, argumentando que la mayor parte de las displasias son diagnosticadas en mujeres mayores de 20 años; sin embargo debe recordarse que la incidencia del CaCu ha avanzado hacia edades menores, además si esta población joven ya desempeña conductas de riesgo es necesaria la intervención primaria, para corregir tales patógenos conductuales y con esto prevenir y disminuir la incidencia del cáncer cervical.

A través de la descripción de los tres estudios anteriores, se da cuenta de que las mujeres en general comparten creencias que impiden la realización de un examen preventivo sumamente importante como lo es el Papanicolao y patógenos conductuales que aumentan la probabilidad de padecer el carcinoma cervicouterino.

Tales investigaciones destacan: la falta de información clara y correcta sobre la etiología del CaCu y la prueba de Papanicolao, el pudor que ocasiona dicho examen debido a la exposición de una zona íntima del cuerpo.

Cabe destacar que uno de los factores de riesgo, común en estos tres estudios, fue la escolaridad mínima de las participantes, la cual mostró relación con la no adopción de medidas preventivas. Y es que se puede pensar que a menor escolaridad menor acceso a la información sobre el CaCu y la importancia del

examen citológico, por lo que se deduce que si las participantes cuentan con mayor escolaridad habrá una mayor comprensión de este padecimiento.

Al respecto, Trejo, Granados, Hernández y Delgado (2005) realizaron un estudio con el objetivo de describir los determinantes sociales del conocimiento sobre el CaCu y la realización de la detección oportuna (DOCaCu). Trabajaron con una población de mujeres trabajadoras de una universidad pública de México, con diferentes importantes en ingresos y escolaridad, ya que eran 112 trabajadoras académicas (AC) y 112 administrativas (AD).

Las variables independientes de esta investigación fueron las siguientes: edad, nivel de escolaridad, ingresos familiares, nivel socioeconómico y estado civil; por su parte las variables dependientes fueron: conocimiento sobre el CaCu y la DOCaCu y realización de DOCaCu. Los autores realizaron una encuesta que comprendió tres apartados: 1) condiciones de vida (ingreso familiar y escolaridad), 2) conocimiento sobre CaCu y DOCaCu (definición del CaCu, si es posible prevenirlo, requerimientos para el Papanicolao, factores de riesgo, formas de prevenirlo, manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico y tratamiento), y 3) realización de la DOCaCu.

Los resultados mostraron que en relación a la escolaridad, todas las AC contaban con licenciatura o posgrado; a diferencia de las AD quienes tenían bachillerato o menos, incluso una pequeña proporción no tenía estudios. En concordancia con: la edad de la primera DOCaCu, las AC fue a los 23.90 años y las AD a los 23.50 años; el tiempo entre el inicio de la vida sexual y la primera DOCaCu, en las AC fue de 4.30 años mientras que en las AD de 5.25 años; el tiempo entre la penúltima y última DOCaCu, en las AC fue de 17.90 meses y en las AD de 16.70 meses.

Además, en cuanto al historial de DOCaCu, el porcentaje de quienes nunca lo han realizado fue: AC 1.10% y AD 6.00%; y el porcentaje de alguna vez fue de: AC 93.40% y AD 88.90%. La proporción de la periodicidad fue la siguiente: irregular AC 14.30% y AD 7.70%; menor a 12 meses AC 7.70% y AD 10.30%; cada 12 meses AC 69.20% y AD 57.30%; de 12 a 36 meses AC 7.70% y AD 18.80%.

Tales resultados muestran que las mujeres académicas se realizan más la DOCaCu y cuentan con mayores niveles de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, por el contrario las administrativas se realizan menos la DOCaCu y cuentan con menos conocimiento. Por lo que los autores concluyen que para ampliar la cobertura del programa de detección oportuna es necesario mejorar el conocimiento sobre el carcinoma cervical, pero a su vez requiere de elevar los niveles de escolaridad de las mujeres.

3.4 Justificación

En el estudio anterior en el que el nivel escolar fue relevante en relación con las conductas preventivas del cáncer cervicouterino, la población de la presente investigación cuenta con el nivel de licenciatura. Los estudiantes de la FES Iztacala se encuentran en un rango de edad de 18 a 24 años, esta recibe una preparación profesional con el fin de tener una vida productiva en un futuro, para llevar a nuestro país a un progreso intelectual, laboral, cultural y económico.

Para que cada alumno de la facultad logre un óptimo desempeño académico y cada una de sus metas, es necesario que esté en un buen estado intelectual y de salud. Enfermedades como la diabetes, las cardiovasculares, el cáncer, la insuficiencia renal, la hipertensión, entre otras, que eran propias de la edad adulta, en la actualidad debido a los nuevos estilos de vida que han surgido en nuestra sociedad moderna, ha aumentado la incidencia de tales enfermedades, entre la población joven e infantil.

El riesgo de desarrollar cáncer cérvico-uterino (CACU), ha ido aumentando en forma progresiva, hacia edades más jóvenes. Según Lazcano (2001) el CACU es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo, en América Latina y el Caribe se presentan las más altas tasas de incidencia de cáncer cervical, cada año mueren más de 25 mil mujeres por cáncer cérvico-uterino, en México es la principal causa de muerte en la mujer, presentándose más de 4 mil muertes al año.

A pesar de que las estadísticas son devastadoras, existe la probabilidad de disminuirlas pues se sabe que dos terceras partes de todos los cánceres están relacionados con la elección de los estilos de vida, donde se ven involucradas variables psicológicas y barreras socioculturales.

Dado lo anterior, el objetivo del presente proyecto de investigación fue evaluar el estilo de vida y las conductas de riesgo de las estudiantes de la FES-I que presentan CaCu y compararlo con aquellas que no presentan dicha enfermedad. Por lo que en el siguiente capítulo denominado 'Resultados', se expondrá la metodología utilizada y los resultados obtenidos en la presente investigación.

CAPÍTULO CUATRO

Metodología y Resultados

Metodología

Variables:

Para llevar a cabo la presente investigación se consideraron las dos siguientes variables de interés: estilo de vida y conductas de riesgo. El estilo de vida, de acuerdo con Jadue y Berríos (1994), es entendido como la serie de comportamientos, creencias, conocimientos y actitudes que adopta una persona hacia su propia salud, los cuales, también están en función de circunstancias externas, tales como el tiempo, el espacio y los recursos para acceder a los profesionales de la salud.

Así mismo, las conductas de riesgo fueron conceptualizadas de acuerdo con lo propuesto por Barradough (1999) quien explica que las conductas de riesgo, no causan necesariamente una enfermedad sino que permiten predecir la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad y/o muera a causas de la misma. De acuerdo con el autor, en el cáncer cervicouterino, las conductas de riesgo involucradas son:

- Inicio de la actividad sexual a edad temprana: antes de los 20 años.
- Tener varias parejas sexuales.
- El no uso del condón en cada relación sexual.
- La utilización de anticonceptivos hormonales.
- Haber tenido al menos un hijo, antes de los 18 años.
- Haber tenido al menos un aborto.
- El tabaquismo

Todas las variables se analizaron en relación con la edad, el nivel económico y el antecedente familiar de cáncer.

Diseño de investigación:

Se realizó un estudio de campo, descriptivo y de corte transversal; ya que el propósito de la presente investigación fue describir los patógenos conductuales y el estilo de vida de las universitarias de la FESI. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiestan las variables, anteriormente descritas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998)

Método

Participantes:

Se obtuvo una muestra no probabilística intencional de la población de la FESI (generación 2004) a la que se le aplicó el Examen Médico Automatizado (EMA). De dicha generación se consideraron dos criterios de inclusión: 1) haber contestado en su totalidad los ítems del Examen Médico Automatizado (EMA) y 2) ser mujer.

La muestra quedó conformada por 1383 alumnas inscritas a una de las seis carreras impartidas en la FESI, las cuales son: Medicina, Odontología, Optometría, Biología, Psicología y Enfermería; cuya edad promedio fue de 18.25 años, y una desviación estándar de 2.29.

Para fines de la investigación, el total de la población femenina fue dividido en tres secciones, tomando como referencia la pregunta 3e del EMA, la cual se expone a continuación:

3. De los siguientes problemas de salud ¿Cuáles has tenido o tienes?

e) Cáncer

Considerando, así, sus tres posibles respuestas: 1) SI, 2) NO y 3) NO SÉ. Las secciones quedaron conformadas de la siguiente manera: respuesta SI (n= 1), respuesta NO (n= 1353), respuesta NO SÉ (n= 25) y 4 datos faltantes.

Instrumentos de evaluación:

El Examen Médico Automatizado para estudiantes (EMA), generación 2004, elaborado por la UNAM. El EMA, consta de 62 reactivos ubicados en tres hojas de distinto color: hoja lila, hoja roja y hoja naranja.

La primera hoja (color lila), evalúa el estado actual de salud del alumno, así como algunos datos de su historia clínica individual y familiar. En la segunda hoja (color roja), se indaga acerca del estado emocional del alumno, así como los hábitos nocivos que pueda tener. En la tercera y última hoja (color naranja) se explora el ejercicio de hábitos saludables y el estado económico del alumno.

Del EMA se consideraron los siguientes reactivos, pues evalúan las conductas de riesgo para el CaCu:

- Reactivos 22a y 22b: inicio de la actividad sexual.
- Reactivo 23a: edad de la primera relación sexual.
- Reactivo 24a: uso o no del condón.
- Reactivos 24c y 24d: uso de anticonceptivos hormonales.
- Reactivo 27a: número de parejas sexuales.
- Reactivo 25: la existencia de algún embarazo.
- Reactivo 26b: si han tenido un bebé.
- Reactivo 26c: la práctica de algún aborto.
- Reactivos 28 y 30: tabaquismo.

Así mismo del EMA, fueron consideradas las siguientes preguntas, al ser relacionadas como factores de riesgo:

- Pregunta 5c: antecedentes familiares de cáncer.
- Preguntas 50a, 51a, 51b, 52a, 55a, 55b, 55c, 55d: situación económica.

Para la evaluación del estilo de vida, fueron considerados los siguientes ítems del examen médico:

- Ítems 28 y 30: no fumar / fumar.
- Ítem 32, 34-1 y 35: no tomar alcohol o hacerlo moderadamente / ingerir alcohol.
- Ítem 47a: actividad física regular / sedentarismo.
- Ítems 43a, 43c, 43d, 43e, 43f, 43j, 43k, 43m y 43n: equilibrio dietético / alimentación inadecuada.
- Ítem 40a: uso de los servicios de salud / automedicación

Materiales:

Ejemplares del EMA y una base de datos que contiene los resultados de la generación 2004.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en seis etapas de trabajo, en las que se distribuyeron cada una de las actividades que se realizaron durante el procedimiento.

ETAPA I: FORMACIÓN

Actividad: Seminario.

Se participó en el seminario “Detección de patógenos conductuales y enfermedades crónicas degenerativas en estudiantes”; donde se revisaron materiales respecto a la psicología de la salud y se recibió información de médicos especialistas en las distintas enfermedades crónicas.

Actividad: Selección de ítems

Con la información obtenida en el seminario, se seleccionó aquellos ítems del EMA, que evalúan los factores de riesgo, los patógenos conductuales implicados en el cáncer cervicouterino, así como aquellos relacionados con el estilo de vida.

ETAPA II: APLICACIÓN DEL EMA

Actividad: Capacitación del EMA

Se asistió a la sesión de capacitación para la aplicación del EMA, con el fin de homogenizar el trabajo de las diversas áreas de aplicación.

Actividad: Aplicación del EMA, generación 2006

Se formó parte del grupo multidisciplinario para la aplicación del EMA a la generación 2006, apoyando en el área de salud y nutrición, midiendo la circunferencia de cintura y cadera de los alumnos.

Actividad: Aplicación del EMA, generación 2007

Nuevamente se formó parte del grupo multidisciplinario para aplicar el EMA a la generación 2007, en esta ocasión el apoyo fue en la entrega de los cuestionarios a los alumnos.

ETAPA III: ELECCIÓN DE LA MUESTRA

Actividad: Arreglo de base de datos

Las bases de de datos, que contienen los resultados del EMA de la generación 2004, tenían irregularidades en el orden de los casos por lo que se apoyó en el ordenamiento de los datos.

Actividad: Selección de género

Debido a que el cáncer cervicouterino es un padecimiento propio del sexo femenino, a través del software estadístico SPSS, de la base de datos se excluyó a la población masculina, creando una que sólo contuviera los datos de las mujeres. El total de mujeres es de 1385, sin embargo se observaron

irregularidades en cuánto a la edad, de dos alumnas por lo que se excluyeron ambos datos, quedando el total de la muestra en 1383 mujeres.

Resultados

En el presente apartado se mostrará el análisis descriptivo de los resultados obtenidos. Para fines de comprensión, las derivaciones de esta investigación se presentan de lo general a lo particular, empezando con la descripción de la distribución y las características de la muestra.

Para una mejor presentación de los datos, estos se describirán en tres secciones: 1) se reportan los resultados de la alumna que contestó SI a la pregunta que indaga si padece cáncer, 2) se describirán los resultados de las alumnas que contestaron NO a la misma pregunta y 3) se describirán los datos obtenidos de las alumnas cuya respuesta fue NO SÉ.

En cada uno de los apartados se hará una descripción de los datos de forma tabular y gráfica, así como el siguiente orden de presentación:

- a) Factores de riesgo
- b) Conductas de riesgo
- c) Población en riesgo: aquellas alumnas que reportaron más de dos factores y/o conductas de riesgo relacionadas con el desarrollo del CaCu.
- d) Estilo de vida de las alumnas en riesgo: donde se describe el estilo de vida de la población en riesgo
- e) Alumnas con alto riesgo: aquellas quienes reportaron más de dos factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu y además un estilo de vida no saludable

Cabe mencionar que en alguna descripción o gráfica, aparecerán datos faltantes, estos pueden deberse a que la alumna no respondió la pregunta, o que el visor óptico no registró la respuesta.

1. Características Generales

La muestra quedó conformada en su totalidad por las 1383 mujeres de la generación 2004. Se formaron tres secciones dentro de la población a partir de las posibles respuestas a la pregunta 3e del EMA, la cual indaga si padecen o han padecido cáncer.

Las tres posibles respuestas a dicha pregunta son: SI, NO y NO SÉ. Obsérvese en la tabla 1 la distribución de las alumnas de acuerdo a la respuesta emitida.

Tabla 1. Distribución de las tres secciones de la población

| | | DISTRIBUCIÓN | |
|-----------|----------|--------------|------------|
| | | # alumnas | Porcentaje |
| RESPUESTA | Si | 1 | 0.1 |
| | No | 1353 | 97.8 |
| | No sé | 25 | 1.8 |
| | Faltante | 4 | 0.3 |

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual de las participantes, en relación con las diferentes respuestas

En la tabla 2 se ilustra que la alumna que reporta tener cáncer se ubica en un rango de edad de 14 a 17 años, las alumnas que respondieron NO padecer la enfermedad se ubican en seis diferentes rangos de edad y las alumnas que contestaron NO SÉ se distribuyen tres rengos de edad.

Tabla 2. Edad de las alumnas

| | | RANGOS DE EDADES | | | | | | |
|-----------|-------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 14-17 | 18-21 | 22-25 | 26-29 | 30-33 | 34-37 | 38-54 |
| RESPUESTA | Sí | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | No | 320 | 977 | 39 | 7 | 7 | 1 | 2 |
| | No sé | 5 | 17 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabla 2. Distribución numérica de las participantes, por rango de edad

2. Alumna Que Respondió SI

a) Factores de riesgo

En relación a la presencia de antecedentes heredofamiliares de cáncer, la alumna reporta que en sus familiares de primera línea (padre, madre y hermanos) no se ha presentado el padecimiento. De igual forma, la alumna reporta que la situación económica de su familia es buena.

En cuanto al inicio de la vida sexual, reporta aún no iniciarla; por lo que automáticamente se descartan factores de riesgo como las infecciones de transmisión sexual y la concepción de hijos.

b) Conductas de riesgo

Debido a que la alumna no tiene actividad sexual, se descartan las conductas de riesgo que refieren a la sexualidad (inicio temprano de la actividad sexual, no uso del condón, uso de anticonceptivos hormonales, múltiples parejas sexuales y la práctica de al menos un aborto). La conducta de riesgo que ejerce es fumar y reporta que lo hace con habitualidad, pues consume de 1 a 3 cigarros al día.

c) *Estilo de vida:*

Tabaquismo: como ya se mencionó, la alumna reportó que tiene el hábito de fumar de 1 a 3 cigarros por día.

Alcoholismo: respecto a éste rubro, la alumna reportó consumir bebidas alcohólicas de 1 a 3 veces al año, únicamente en fiestas familiares, consumiendo de 2 a 3 copas o cervezas en cada ocasión.

Hacer ejercicio / Sedentarismo: la alumna reportó que acostumbra realizar ejercicio 30 min., cuando menos, 3 veces a la semana.

Equilibrio dietético / Alimentación inadecuada: de acuerdo con los resultados del examen médico, se observó que la alimentación de la alumna, es equilibrada, pues se reporta: consumo diario de agua, consumo equitativo de carne de res, cerdo, pollo, pavo y pescado, consumo diario de frutas y/o verduras, consumo moderado de huevo, bajo consumo en comida chatarra (dulces, pasteles, pizzas, hamburguesas, frituras, refrescos, etc.), bajo consumo de alimentos altos en grasa (sopes, quesadillas, tacos, etc.).

Uso de servicios de salud de la comunidad / Automedicación: la alumna reporta nunca haber consumido medicamentos sin prescripción médica.

3. Alumnas Que Respondieron NO

a) *Factores de riesgo*

Antecedentes heredofamiliares de cáncer: obsérvese en la tabla 3, que 32 alumnas reportaron que su madre padece o ha padecido la enfermedad y que ocho alumnas reportaron la presencia del padecimiento en sus hermanos (el EMA no permite identificar el género de los hermanos). Además, hay alumnas que desconocen este dato del historial médico de su familia.

Tabla 3. Antecedentes familiares de cáncer

| | FAMILIARES QUE PADECEN CÁNCER | | | | | |
|-------------|-------------------------------|-------|----------|---------|----------|-----------------|
| | Madre | Padre | Hermanos | Ninguno | No saben | Datos faltantes |
| NO. ALUMNAS | 32 | 9 | 8 | 1249 | 30 | 25 |

Tabla 3. Frecuencia de las alumnas que tienen o no Familiares con cáncer

Situación económica: 76 alumnas reportaron que su situación económica es mala.

Inicio de la actividad sexual: los datos muestran que 464 universitarias ya han tenido relaciones sexuales. A partir de este rubro, las demás conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, sólo aplican a las alumnas (464) que reportaron haber iniciado ya su actividad sexual.

Infecciones de transmisión sexual: diez alumnas reportan haber contraído alguna infección de transmisión sexual y de las cuales nueve han recibido tratamiento médico por esta razón. En ésta pregunta el análisis de frecuencia indicó tres datos faltantes.

Concepción de al menos un hijo a temprana edad: 67 alumnas reportaron haber tenido un embarazo, de las cuales 49 llegó a feliz término, es decir, tienen al menos un bebé. Para conocer si dicha concepción se dio en edades tempranas, se tomó la frecuencia de edad de estas alumnas; obsérvese en la tabla 4, las alumnas que tuvieron a su bebé antes de los 18 años.

Tabla 4. Edades de las alumnas que son mamás

| | RANGOS DE EDAD DE LAS ALUMNAS | | | | | |
|------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 14-17 | 18-21 | 22-25 | 26-29 | 30-33 | 34-37 |
| ALUMNAS CON BEBÉ | 4 | 26 | 9 | 3 | 6 | 1 |

Tabla 4. Frecuencia y distribución de las alumnas que son mamás en relación con su edad

b) Conductas de riesgo

Inicio temprano de la actividad sexual: el análisis de frecuencia muestra que el 51% de las alumnas reportan haber iniciado su actividad sexual antes de los 18 años. Obsérvese en la tabla 5 que este porcentaje se distribuye en dos rangos de edades.

Tabla 5. Edad de la primera relación sexual

| | EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL | | | Total |
|-------------|------------------------------------|--------------------|------------------------|-------|
| | Antes de los 15 años | Entre 15 y 17 años | Después de los 17 años | |
| NO. ALUMNAS | 26 | 214 | 225 | 465 |

Tabla 5. Edades en las que las alumnas tuvieron su primera relación sexual

No utilización del condón: respecto a éste rubro, sólo 171 alumnas utilizan el condón en cada relación sexual (ver tabla 6).

Uso de pastillas anticonceptivas: en ésta pregunta, el EMA incluye también las inyecciones. Se observó que 44 alumnas utilizan siempre éste método (ver tabla 6).

Tabla 6. Uso del condón y pastilla anticonceptiva

| | USO DEL CONDÓN | | | Total | USO PASTILLAS | | | Total |
|-------------|----------------|---------|-----|-------|---------------|---------|-----|-------|
| | Siempre | A veces | No | | Siempre | A veces | No | |
| NO. ALUMNAS | 171 | 138 | 151 | 460 | 44 | 86 | 316 | 446 |

Tabla 6. Frecuencia de la utilización del condón y la pastilla anticonceptiva

Múltiples parejas sexuales: respecto a esta conducta de riesgo, el EMA indaga si en sus relaciones sexuales han tenido varias parejas o han cambiado frecuentemente de pareja, aunque no especifica tiempo ni número. De las 466 alumnas que respondieron a éste ítem, 37 contestaron afirmativamente.

Haber tenido un aborto: 18 estudiantes reportaron haber tenido un aborto, aunque el EMA no especifica si éste fue necesario o voluntario.

Tabaquismo: hubo alumnas (434) que alguna vez fumaron pero para el momento de la aplicación ya no lo hacían. Por otra parte de las estudiantes que reportan fumar habitualmente, en la tabla 7, se puede observar el número de cigarrillos que consumen en un día.

Tabla 7. Consumo de cigarrillos por día

| | CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DÍA | | | | Total |
|-------------|-------------------------------|---------------|-----------------|----------|-------|
| | 1 a 3 por día | 4 a 9 por día | 10 a 15 por día | 16 o más | |
| NO. ALUMNAS | 302 | 61 | 3 | 1 | 367 |

Tabla 7. Distribución de la alumnas que fuman, en relación con el número de cigarrillos que consumen al día

c) Población en riesgo

Del total de las alumnas (1353) que reportaron NO padecer cáncer, se consideraron como población en riesgo a aquellas que reportaron más de dos factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu. El total de estas alumnas es de 316, de quienes a continuación se presentan los resultados correspondientes a su estilo de vida.

d) Estilo de vida de las alumnas en riesgo

Tabaquismo: respecto a este punto, 177 alumnas reportan fumar habitualmente, en la tabla 8 se puede observar la frecuencia su consumo de cigarros por día.

Tabla 8. Frecuencia del consumo de cigarros al día

| | CIGARROS CONSUMIDOS AL DÍA | | | Total |
|----------------|----------------------------|------------------|--------------------|-------|
| | 1 a 3 por día | 4 a 9 por día | 10 a 15 por día | |
| NO. ALUMNAS | 135 | 39 | 3 | 177 |

Tabla 8. Distribución de las alumnas en riesgo que fuman, en relación con el número de cigarros que consumen al día

Alcoholismo: un gran número de estudiantes (102) reportaron que ingieren bebidas alcohólicas de 1 a 3 veces al año, únicamente en fiestas familiares; un menor número (84) reportaron beber alcohol una vez al mes; el resto de las estudiantes (50) reportaron tomar bebidas alcohólicas una vez a la semana. De éstas últimas, obsérvese en la figura 1, el número de copas o cervezas que ingieren en cada ocasión.

Figura 1. Número de copas o cervezas que ingieren las alumnas

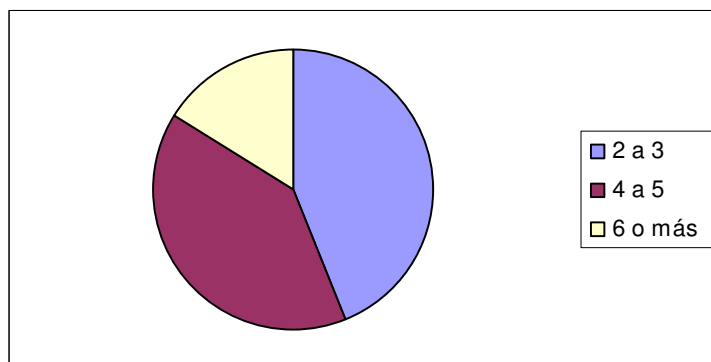


Figura 1. Distribución de las alumnas (50) que beben una vez al mes, de acuerdo al número de copas o cervezas que ingieren en cada ocasión

Hacer ejercicio / Sedentarismo: respecto a éste ítem, únicamente 86 alumnas reportaron realizar ejercicio durante 30 min., cuando menos, 3 veces a la semana.

Equilibrio dietético / Alimentación inadecuada: los resultados mostraron que 85 alumnas llevan una alimentación inadecuada pues cumplen con al menos tres de las siguientes conductas: bajo o nulo consumo de agua natural o jugo de frutas; elevado consumo de carne de cerdo o res; bajo o nulo consumo de frutas y/o verduras; alto consumo de dulce y pasteles; alto consumo de huevo; alto consumo de pizza, hamburguesas, hot dog y frituras; bajo o nulo consumo de pollo, pavo o pescado; alto consumo de refrescos; y alto consumo de sopes, quesadillas, tacos, tortas y tamales.

Uso de servicios de salud de la comunidad / Automedicación: 128 alumnas reportaron consumir medicamentos sin prescripción médica.

e) Alumnas con alto riesgo

De acuerdo con los resultados mostrados en ésta sección, se observó que 210 alumnas presentan un doble riesgo, pues presentan: 1) más de tres factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu, y 2) un estilo de vida no saludable, pues presentan más de tres patógenos conductuales.

4. Alumnas que respondieron NO SÉ

a) Factores de riesgo

Antecedentes Heredofamiliares de Cáncer: en relación a ésta pregunta, 21 alumnas reportaron que ninguno de sus familiares de primera línea ha padecido o padece la enfermedad; las tres restantes reportan no conocer ésta información.

Situación económica: seis alumnas reportan que su situación económica es mala.

Inicio de la actividad sexual: al respecto, únicamente diez alumnas reportan ya haber iniciado su actividad sexual; en las conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, sólo aplican a estas alumnas.

Infecciones de transmisión sexual: sólo una alumna reportó haber tenido alguna infección de transmisión sexual y haber recibido tratamiento médico.

Concepción de al menos un hijo a temprana edad: las alumnas reportaron no haber tenido algún embarazo y por lo consiguiente no tienen hijos.

b) Conductas de riesgo

Inicio temprano de la actividad sexual: los datos muestran que tres alumnas reportaron iniciar su actividad sexual entre los 15 y los 17 años, mientras que las restantes (7) reportaron que la iniciaron después de los 17 años.

No utilización del condón: siete alumnas reportaron que no utilizan el condón en cada relación sexual (ver figura 2).

Figura 2. Utilización del condón

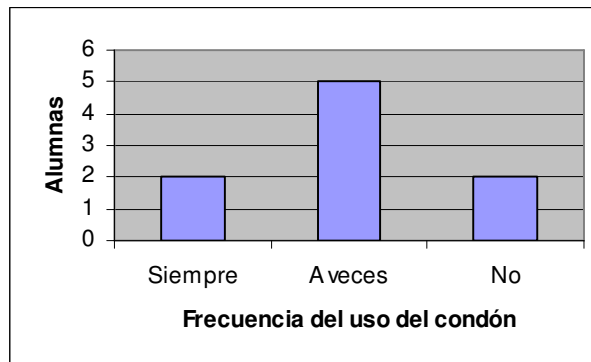


Figura 2. Frecuencia con la que las alumnas utilizan el condón en sus relaciones sexuales

Uso de pastillas anticonceptivas: los datos muestran que una alumna utiliza este método anticonceptivo de manera rutinaria (ver Figura 3)

Figura 3. Uso de anticoncepción hormonal

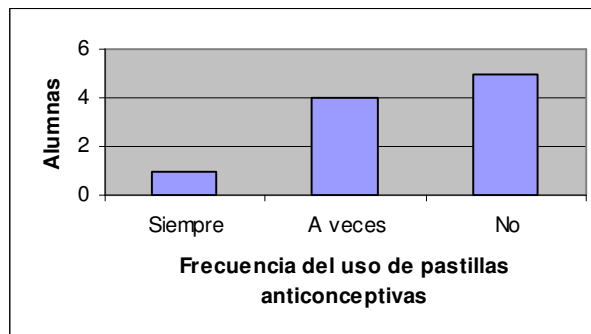


Figura 3. Frecuencia con la que las alumnas utilizan anticoncepción hormonal

Múltiples parejas sexuales: respecto a esta conducta de riesgo, dos alumnas reportaron haber tenido varias parejas sexuales o haber cambiado frecuentemente de pareja.

Haber tenido un aborto: como anteriormente se describió las alumnas reportaron no haber tenido algún embarazo, por lo consiguiente no hay reporte de algún aborto.

Tabaquismo: diez alumnas reportaron alguna vez fumar y ocho estudiantes reportaron hacerlo de manera habitual, consumiendo de 1 a 3 cigarros al día.

c) Población en riesgo

Del total de las alumnas (25) que contestaron NO SÉ a la pregunta que indaga si padecen o han padecido cáncer, se consideraron como población en riesgo a aquellas que reportaron más de dos factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu. El total de estas alumnas es de 6, de quienes a continuación se presentan los resultados correspondientes a su estilo de vida.

d) Estilo de vida de las alumnas en riesgo

Tabaquismo: tres alumnas reportaron fumar de manera habitual, consumiendo de 1 a 3 cigarros por día.

Alcoholismo: cinco alumnas reportan ingerir bebidas alcohólicas, obsérvese en la tabla 9 la frecuencia con la que beben alcohol y el número de copas o cervezas que ingieren.

Tabla 9. Alumnas que ingieren bebidas alcohólicas

| | | FRECUENCIA CON LA QUE BEBEN ALCOHOL | | Total |
|-------------------------|----------|-------------------------------------|----------------|-------|
| | | 1 a 3 veces al año | Una vez al mes | |
| NO. DE COPAS O CERVEZAS | Sólo una | 1 | | 1 |
| | 2 a 3 | 2 | 2 | 4 |
| | Total | 3 | 2 | 5 |

Tabla 9. Frecuencia y número de copas o cervezas que ingieren las alumnas

Hacer ejercicio / Sedentarismo: las seis alumnas reportaron no realizar ningún tipo de ejercicio durante 30 min.

Equilibrio dietético / Alimentación inadecuada: los resultados mostraron que únicamente una alumna lleva una alimentación inadecuada pues cumple con al menos tres de las siguientes conductas: bajo o nulo consumo de agua natural o jugo de frutas; elevado consumo de carne de cerdo o res; bajo o nulo consumo de frutas y/o verduras; alto consumo de dulce y pasteles; alto consumo de huevo; alto consumo de pizza, hamburguesas, hot dog y frituras; bajo o nulo consumo de pollo, pavo o pescado; alto consumo de refrescos; y alto consumo de sopes, quesadillas, tacos, tortas y tamales.

Uso de servicios de salud de la comunidad / Automedicación: tres alumnas reportaron consumir medicamentos sin prescripción médica.

e) Alumnas con alto riesgo

De acuerdo con los resultados mostrados en ésta sección, se observó que cuatro alumnas presentan un doble riesgo, pues presentan: 1) más de tres factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu, y 2) un estilo de vida no saludable puesto que presentan más de tres patógenos conductuales.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten hacer varias reflexiones entorno a la presencia de los factores de riesgo y patógenos conductuales en las estudiantes universitarias.

Respecto a la alumna que reportó tener cáncer, no se logró indagar el tipo de carcinoma que padece; sin embargo, a partir de los resultados del EMA, se puede descartar la presencia de CaCu, pues no existen antecedentes heredofamiliares de la enfermedad y tampoco ejerce conductas sexuales de riesgo.

El tabaquismo es el único patógeno conductual que presenta ésta alumna, pero por sí solo no constituye un riesgo en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Así mismo la alumna lleva acabo un estilo de vida saludable, lo que puede ser parte del tratamiento que se le ha dado debido a su enfermedad.

Por otro lado, en relación al resto de las estudiantes, es decir, quienes respondieron NO y quienes respondieron NO SÉ, los resultados indicaron que no existe diferencia alguna entre ambas secciones pues el porcentaje de las alumnas que presentan la condición de un doble riesgo para el desarrollo del CaCu es de 15.52% y 16% respectivamente.

Así mismo, en los resultados de dichas alumnas se observa la no respuesta a algunos ítems, en especial aquellos relacionados con la sexualidad. Esto ocasionó variaciones en los totales de cada ítem (ejemplo: 464 alumnas contestaron que ya iniciaron su actividad sexual y 466 emitieron respuesta a la pregunta que refiere si han tenido varias parejas sexuales).

Con respecto a la no respuesta a los ítems sobre la sexualidad, puede pensarse que se debió a la vergüenza o pudor que puede ocasionar el tema de la sexualidad; sin embargo habría que investigarse ésta suposición, así como las causas de la no respuesta a otros ítems.

Además de la no respuesta, se observó la respuesta “no sé” en la pregunta que indaga antecedentes heredofamiliares de cáncer, pese a la importancia de conocer este dato varias alumnas lo ignoraban.

Dado esto, surge la necesidad de conocer los datos significativos de la historia clínica de la familia y la propia, con el fin de prever y prevenir factores de riesgo de ciertas enfermedades. Pues cabe recordar que el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino se duplica si existen antecedentes heredofamiliares de éste (<http://www.imss.gob.mx>).

Por otro lado, autores como Hernández y cols. (2002) destacan la edad de las participantes como factor limitante en el estudio del cáncer cervicouterino, más aún cuando éstas se ubican en un rango de 16 a 26 años Si bien en la presente investigación este factor fue determinante al no encontrar alumnas con el padecimiento, es beneficioso en el campo de lo preventivo al observar las conductas de riesgo que las jóvenes, desde edades tempranas, ejercen y suman a su vida cotidiana.

Por otra parte en la investigación de Escandón y cols. (1992) se reveló que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales (de cinco a nueve años), en mujeres portadoras del VPH se asociaba con una triplicación del riesgo de cáncer cervicouterino; aún cuando en la presente investigación se encontró que hay alumnas que utilizan éste tipo de métodos anticonceptivos, se debe de indagar el tiempo en el que las alumnas los han consumido, así como realizar una investigación para conocer si ésta condición se da también en mujeres no portadoras del VPH.

Como puede observarse en el apartado de resultados, no se hizo un análisis minucioso a la situación económica de las alumnas, pues cabe mencionar que aún cuando ésta no les brinde seguridad social, la UNAM brinda a todos y cada uno de sus alumnos un seguro facultativo, el cual se hace válido a partir de nuestro ingreso a la Facultad. Este seguro facultativo se hace válido en la clínica del IMSS más cercana al domicilio del alumno, brindando el acceso a los distintos servicios de salud, de los cuales los servicios de prevención y detección oportuna son fundamentales en la lucha contra el CaCu. Además, con esto, se disminuye un factor de riesgo, pues de acuerdo con Lazcano (2001) la falta de seguridad social es un indicador relevante en la incidencia del CaCu.

Así mismo los resultados indican la presencia de la automedicación, lo que puede evidenciar la falta de la cultura de asistir al médico a un chequeo rutinario. La conducta de la automedicación generalmente la presentamos cuando los malestares físicos que tenemos son menores, y sólo se asiste al médico cuando el malestar es mayor; si esta información se contextualiza en el marco del cáncer cervicouterino, sería fatal pues hay que recordar que el CaCu en etapas iniciales no presenta sintomatología y que ésta se presenta en estados ya avanzados.

Las alumnas en riesgo, es decir, aquellas que presentaron más de tres factores de riesgo y/o patógenos conductuales para el desarrollo del CaCu, representan el 23.35% del total de la muestra.

El hecho de que este porcentaje sea inferior al 50% de la población, indica una concordancia con lo mencionado por Tirado y cols. (2005) y Trejo, Granados, Hernández y Delgado (2005), los autores afirman que a menor nivel educativo menor cultura de la prevención; la población de estudio, fue de grado universitario, lo que probablemente influyó para una menor presencia de patógenos conductuales.

En estas alumnas en riesgo, en los resultados se observó una frecuencia considerable de más de dos conductas sexuales de riesgo, lo que puede indicar la falta de educación sexual y de conductas preventivas en la salud. Este dato puede

ser contradictorio al presentarse en alumnas universitarias cuyas carreras están encaminadas al cuidado de la salud pues se conoce la incidencia de la conducta sobre nuestra salud

Es importante informar a la población que las conductas sexuales de riesgo no sólo causan una infección vaginal o a enfermedades de transmisión sexual, sino que además favorecen el desarrollo del CaCu, por lo que de acuerdo con Trejo, Granados, Hernández y Delgado (2005) se requiere elevar los niveles de escolaridad de las mujeres y añadiría elevar el conocimiento de los patógenos conductuales implicados en las enfermedades de mayor incidencia en nuestro país, como es el caso del cáncer cervicouterino.

Como se presentó en el apartado de resultados, se encontraron alumnas (214) que presentan un doble riesgo al presentar más de tres factores y/o conductas de riesgo para el desarrollo del CaCu, y un estilo de vida no saludable puesto que presentan más de tres patógenos conductuales.

Tales resultados muestran ciertas evidencias de la probabilidad de que estas alumnas desarrollen cáncer cervicouterino en un futuro, a reservas de que en la presente investigación no se indagó acerca de la realización, por parte de las alumnas, de la conducta preventiva del Papanicolaou.

Por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se retomé ésta parte de la prevención y de la realización del Papanicolao en las alumnas de la Facultad, incluso se sugiere que en el Examen Médico Automatizado se añadan preguntas que indaguen si las alumnas se han realizado y la periodicidad, del examen de detección oportuna para el cáncer cervicouterino, y por que no, de otras enfermedades crónicas como lo es el cáncer de mama, la diabetes, etc.

Así mismo, se sugiere la investigación de las conductas de riesgo, factores de riesgo y estilo de vida en una población oncológica, es decir, que padezca CaCu.

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo de recopilar la información teórica y experimental que sustentó ésta investigación, se ha mostrado que los estilos de vida actuales, han originado una alta incidencia de las enfermedades crónicas degenerativas. Estas enfermedades, que anteriormente eran propias de la edad adulta y de la vejez ahora se observan en personas cada vez más jóvenes, además de que se han convertido en las principales causas de muerte en nuestro país.

El cáncer cervicouterino, enfermedad crónica degenerativa, ha aumentado su tasa de frecuencia entre las mujeres de nuestro país y de América latina. A pesar de la existencia de programas de detección oportuna no se ha logrado frenar de manera óptima el aumento en su tasa de frecuencia, pues no se tiene la cultura de la prevención.

Esta falta de cultura, se ve reflejada en las conductas sexuales de riesgo que una mujer puede o no ejercer, como se vio reflejado en los resultados de la presente investigación.

En la presente investigación el objetivo era encontrar población con CaCu para poder comparar su estilo de vida y conductas de riesgo, con aquellas que no presentan la enfermedad, aún cuando no se logró ésta parte del objetivo considero que la aportación de los resultados encontrados radica en que se observó que es en edades tempranas cuando se ejercen las conductas de riesgo vinculadas a la probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino, además de un estilo no saludable.

Dado lo anterior se puede decir que a nivel conductual se cultivan aquellos factores que aumentan la probabilidad de que en un futuro lejano o cercano se desarrolle el cáncer cervicouterino, pues hay que recordar que entre los factores

de riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas degenerativas se encuentra el proceso de un estilo de vida no saludable.

Los resultados que se originaron en ésta investigación, respecto a que parte de la población estudiantil femenina presentan un doble riesgo, indican la necesidad y lo oportuno de desarrollar programas preventivos e informativos contra el cáncer cervicouterino, así como otras enfermedades crónicas degenerativas.

La importancia y la apremiante necesidad de desarrollar tales programas, radica en que estos serían todavía a nivel de corrección de conductas, pues cabe recordar que la salud es un recurso para la vida, la esencia básica para la autorrealización humana; elementos indispensables no sólo para una población universitaria (como es e caso de ésta investigación), sino para cualquier ser humano.

Por otro lado, no puede negarse la importancia de la aplicación del Examen Médico Automatizado a los alumnos que ingresan a la facultad, pues da conocer al alumno el estado de su salud y le brinda la oportunidad de modificarlo, así mismo permite la realización de investigaciones, como ésta, y de proyectos de investigación como lo es proyecto "Patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónico degenerativas en estudiantes de la FESI" las cuales están encaminadas a la salud.

Así mismo, a partir de los resultados de ésta investigación, puede sugerirse la importancia de incluir en el EMA preguntas que indaguen si los alumnos se han sometido a exámenes de detección oportuna, como lo es el Papanicolao (para la detección oportuna del CaCu), del tacto (para la detección oportuna del cáncer de mama), la medición de glucosa (para la detección oportuna de la diabetes), etc.

Las características del EMA, permiten identificar áreas problemáticas y patógenos conductuales que pueden afectar la salud, sin embargo para futuras investigaciones, será necesario complementar estos datos con entrevistas, con el fin de indagar sobre las creencias y conocimientos sobre el CaCu.

Aún cuando, en el marco teórico se mencionan como factores de riesgo la menarca temprana y la menopausia tardía no se evaluaron en esta investigación. La menarca temprana porque el EMA no indaga sobre la edad de la primera menstruación; y la menopausia tardía porque la mayoría de las alumnas aún no llegan a esa edad, por lo que se sugiere la investigación de su relación con el CaCu en futuras investigaciones.

De igual forma, los resultados de ésta investigación pueden sugerir que quizá a nivel poblacional el concepto de la salud aún no ha cambiado y se mantiene de acuerdo a la perspectiva médica. Pues en lo cotidiano se llevan a cabo conductas que aumentan la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad crónica en el futuro, esto puede deberse a que las consecuencias no son contingenciales a los patógenos conductuales.

El concluir este reporte de investigación, permite dar cuenta de la complejidad de una enfermedad crónica como lo es el cáncer cervicouterino, pues se necesita conocer, analizar, investigar cada una de las variables involucradas. De igual forma pone de manifiesto la necesidad de un trabajo multidisciplinario en la investigación y sobre todo en el tratamiento correctivo y preventivo de éste tipo de enfermedades.

ANEXO

PROYECTO GENERAL

RESUMEN

La currícula de las carreras que se imparten en la FES Iztacala está en relación con las áreas de la salud y la producción de profesional del plantel se encamina a la resolución de problemas de esa índole. Resulta necesario vigilar que dicha producción se vea culminada y consolidada.

Sin embargo, el patrón característico de enfermedades actuales, manifiesta un índice ascendente de las enfermedades crónico degenerativas que hasta hace algunos años, se consideraban propias de la población adulta; no obstante, resulta alarmante la incidencia generalizada hacia edades cada vez menores, observándose con mayor frecuencia en niños y jóvenes.

Las estadísticas actuales para la Zona Metropolitana, reportan que entre las diez principales causas de muerte en la población de 15 a 29 años (adolescentes y adultos jóvenes) se encuentran los tumores malignos (7.75%), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (3.9%), enfermedades del corazón (3.4%), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (2.5%), insuficiencia renal (2.1%) y diabetes mellitas (DM) (1.8%). Con respecto a esta última se registran datos a partir de 1998 con una tendencia ascendente en los últimos años. Existen otras enfermedades asociadas a la DM que no se identifican entre las primeras causas de muerte pero representan también un problema de salud pública, como son: hipertensión arterial sistémica, obesidad y dislipidemias. Estos datos resultan alarmantes sobre todo si consideramos que la población que conforma la República Mexicana es menor de 30 años de edad en casi el 50% (INEGI, 2004), y muchas de las causas de muerte reportadas son provocadas por enfermedades crónicas.

El objetivo general de esta investigación es la detección y evaluación de patógenos conductuales en relación con factores de riesgo (biológicos, psicológicos, socioculturales, sistema de asistencia sanitaria y enfermedades crónicas) que se relacionan con las enfermedades crónicas degenerativas y, como objetivos específicos: Identificar incidencia y prevalencia de estas enfermedades

en los estudiantes de la FESI. Desarrollar estrategias de intervenciones preventivas y correctivas de patógenos conductuales relacionados con tales enfermedades. Aportar elementos coadyuvantes en el rendimiento académico y eficiencia terminal de los estudiantes. Formar recursos humanos en el campo de la Psicología de la Salud.

En un estudio transversal y diseño aleatorio estratificado y proporcional, participarán muestras proporcionales de estudiantes de la FESI, cuyas unidades de análisis serán los grupos o proporciones de cada una de las carreras que se imparten en el plantel, quines será evaluados a través de un instrumento construido para la detección de patógenos conductuales y enfermedades crónicas. Posteriormente se planeará la integración de una batería que proporcione información para el diseño e implementación de programas preventivos y de intervención derivados de la psicología de la salud.

Evaluar el rendimiento académico en términos de promedio, número de materias reprobadas y permanencia en los estudios; 7) diseñar paquetes de evaluación para problemas de salud específicos en los estudiantes, tanto sanos como con enfermedades crónico degenerativas y 8) diseñar y aplicar programas psicoeducativos de intervención alternativos a los problemas encontrados.

Se diseñará un muestreo estratificado proporcional, cuyos estratos reflejen las características presentes en la población estudiantil y que sean relevantes para los objetivos de este estudio.

Vínculo Del Proyecto Particular Con El Proyecto General.

El proyecto “Patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónico degenerativas en estudiantes de la FES-I”, se divide en tres fases de trabajo: 1) identificar la incidencia de dichas enfermedades en la población universitaria de la FESI, 2) evaluar los patógenos conductuales implicados y 3) la formulación de programas de tratamiento, tanto preventivo como correctivo.

El presente proyecto de tesis, estuvo insertado en la segunda fase, específicamente, en la identificación de estudiantes con cáncer cérvico-uterino para analizar su relación con el estilo de vida y las conductas de riesgo.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS
EXAMEN MEDICO AUTOMATIZADO PARA ESTUDIANTES
GENERACION 2004
LEE ANTES DE EMPEZAR:**



Bienvenidos a la UNAM : Este estudio nos permitirá tener los datos iniciales para abrir tu expediente clínico. Los resultados nos serán de utilidad para mejorar los servicios de atención individual, grupal o colectiva y cuidar los aspectos físicos, psicológicos y sociales que contribuyen en la salud de cada uno. Contesta con cuidado. En las preguntas que tienen letras de color blanco debes SELECCIONAR SÓLO UNA respuesta; en las de color fuerte es importante que conteste TODOS los incisos:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| No. de cuenta | Escuela | Grupo o Carrera | Edad | Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | Escribe lo Siguiete |
| 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | 0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7 8 8 8 8 9 9 9 9 | 0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7 8 8 8 8 9 9 9 9 | 0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | Tu Teléfono Tu Domicilio Tu Correo Electrónico Escoge tu Mascota Aguila <input type="radio"/> Cónдор <input type="radio"/> Puma <input type="radio"/> |

| 1) ACTUALMENTE ¿TE SIENTES MAL DE SALUD? | | SI | NO |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| a) | Selecciona sólo UNA → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) EN EL ÚLTIMO MES, ¿HAS TENIDO MOLESTIAS IGUALES O MUY SIMILARES A ESTAS? | | SI | NO |
| a) | ¿Diarrea con sangre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Debilidad, te han dicho que te has puesto pálido y sientes que te falta el aire con esfuerzo o ejercicios que antes no te cansaban | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Dolor y distensión abdominal, con diarrea, falta de apetito y debilidad general | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Debilidad que se acompaña de aumento importante en la sed y en la cantidad que orinas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | Convulsiones (ataques) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) | Desmayos en varias ocasiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) | Dolor punzante o ardoroso en la boca del estómago que se acompaña a veces con náuseas, eructos y llegas a vomitar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) | Dolor de cabeza y sensaciones de mareo que se acompaña de zumbido de oídos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) | Problemas para oír | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) | En tus genitales, comezón, ronchas o enrojecimiento y algún escurrimiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) | Tu orina no es transparente (turbia) y se acompaña de molestias al orinar como ardor, dolor o deseos de seguir orinando aunque ya hayas terminado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) | Grietas y/o vejiguitas en los pies y has notado que te provocan comezón y mal olor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m) | Alguna de tus articulaciones se inflama, se pone roja y te duele sin que te hayas golpeado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n) | Tus uñas se han puesto gruesas, opacas y oscuras | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ñ) | Dolor en el pecho o espalda que te aumenta cuando respiras | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| o) | Aparición de moretones sin causa aparente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| p) | Fiebre sin que se sepa la causa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| q) | Pérdida de peso sin causa aparente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| r) | Tos que no se te quita | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 3) DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD, ¿CUALES HAS TENIDO O TIENES? | | SI | NO | No Sé |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta cada inciso | | | | |
| a) | Acné | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Alergia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Amigdalitis (anginas) cinco o más veces al año | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Asma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | Cáncer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) | Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) | Epilepsia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) | Escarlatina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) | Fiebre reumática | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) | Gripa o tos más de tres veces al año | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) | Hepatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) | Infecciones en el oído | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m) | Leucemia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n) | Mal funcionamiento de los riñones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ñ) | Mal funcionamiento del corazón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| o) | Mal funcionamiento pulmonar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| p) | Malformaciones de nacimiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| q) | Migraña | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| r) | Obesidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| s) | Parotiditis (paperas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| t) | Presión arterial alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| u) | Rubeola | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| v) | Sarampión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| w) | Varicela | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| x) | ¿Te han puesto transfusiones de sangre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| y) | ¿Te has fracturado: DOS O MAS VECES? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| z) | ¿Te han operado: DOS O MAS VECES? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| za) | ¿Has tenido infecciones o hemorragias, por ponerle tatuajes o aretes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zb) | ¿Has tenido hiperquinesia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 4) HAS CONVIVIDO CON PERSONAS QUE PADEZCAN: | | SI | NO |
|---|--------------|-----------------------|-----------------------|
| a) | SIDA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Tuberculosis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 5) DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD, INDICA SI LOS PADECEN O LOS HAN PADECIDO TUS FAMILIARES | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada opción | Padre | Madre | Hermanos | Ninguno | No sé |
| a) Alcoholismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Artritis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Cáncer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Del corazón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Depresión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Obesidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) Presión arterial alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) Tabaquismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| SOLO PARA HOMBRES | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| 6 H) SOBRE TU DESARROLLO FISICO: | | | |
| Contesta en cada inciso | SI | NO | |
| a) ¿Ya has empezado a eyacular? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| b) ¿Tienes dificultad para retraer la piel del pene? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| c) ¿Tienes alguno de tus testículos aumentado de volumen y te causa molestia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| d) ¿Tienes los testículos descendidos en el escroto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| e) ¿Consideras normal tu estatura, la forma y tamaño de tus genitales? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |



| SOLO PARA MUJERES | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| 6 M) SOBRE TU DESARROLLO FISICO: | | | |
| | SI | NO | |
| a) ¿Ya empezaste a menstruar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| b) ¿Tu menstruación es regular? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| c) ¿En cada menstruación, tienes dolor intenso que te impide hacer tu vida cotidiana? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| d) ¿Consideras normal, la forma y tamaño de tus genitales y de tus mamas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |



| 7) ACERCA DE TU VISTA: | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO |
| a) ¿Ves bien de lejos y cerca, sin lentes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Usas lentes? Si tu respuesta es No, por favor pasa con el personal de la DGSM para que te hagan tu medición de agudeza visual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| MEDICION DE AGUDEZA VISUAL | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Sólo para el personal de DGSM | | | | | | |
| a) OJO DERECHO | 20/20 | 20/25 | 20/30 | 20/40 | 20/50 | 20/60 |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0+ <input type="radio"/> |
| b) OJO IZQUIERDO | 20/20 | 20/25 | 20/30 | 20/40 | 20/50 | 20/60 |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0+ <input type="radio"/> |

| 8) DE TUS MUELAS O DIENTES DEFINITIVOS | | Marca los que correspondan: si son más de 8 marca (+) |
|--|--|---|
| a) ¿Cuántos has perdido? | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 + |
| b) ¿Cuántos tienes con caries? | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 + |
| c) ¿Cuántos tienes tapados? | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 + |

| 8A) ¿CONSIDERAS QUE NECESITAS ATENCION DENTAL? | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO |
| Selecciona sólo una | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 8B) ¿HAS RECIBIDO ATENCION DENTAL EN LOS ULTIMOS DOCE MESES? | | |
|--|-----------------------|-------------------------|
| | SI | NO |
| Selecciona sólo una | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Sigue a 8C) | Salta a la pregunta 8D) |

| 8C) LOS MOTIVOS DE LA ATENCION FUERON: | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO |
| a) Revisión dental para limpieza y aplicación de flúor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Dolor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Sangrado de encías | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Dientes flojos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Tratamiento de caries | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Colocación de prótesis (piezas postizas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Tratamiento de ortodoncia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 8D) ¿HAS PERDIDO DIENTES O MUELAS? | | |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | SI | NO |
| | Sigue a la pregunta 8E) | Salta a la pregunta 8F) |

| 8E) ¿CUALES FUERON LAS CAUSAS DE LAS PERDIDAS DE TUS MUELAS O DIENTES? | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO |
| a) Caries | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Traumatismo (golpe) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Movimiento de muela o diente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Tratamiento de ortodoncia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 8F) ¿A QUE LUGAR ACUDE COMUNMENTE PARA ATENCION DENTAL? | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO |
| a) Sector público (SSA, ISSSTE, IMSS, DIF, PEMEX, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Sector privado (consultorios particulares) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Clínicas de instituciones educativas (UNAM, Politécnico, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 9) ANOTA TU PESO Y TALLA: | | |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | Marca también en los alveolos | |
| a) Peso en Kg. | 0 1 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| b) Estatura en cm. | 0 1 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

| 10) EN LOS ULTIMOS TRES MESES HAS TRATADO DE BAJAR DE PESO: | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO |
| a) Selecciona sólo UNA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Sigue 11 | Salta a 12 |

| 11) PARA BAJAR DE PESO, EN LOS ULTIMOS TRES MESES HAS: | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO |
| a) Tomado laxantes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Vomitado lo que acabas de comer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Hecho ejercicio dos horas o más al día | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Dejado de comer un día o más | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Tomado pastillas especiales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Tomado diuréticos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Hecho dietas frecuentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 12) CONSIDERANDO EL ESFUERZO QUE REALIZAS ACTUALMENTE ¿COMO TE VES EN DIEZ AÑOS? | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO | No sé |
| a) Con un grupo de amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Casado(a) sin hijos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Casado y con hijos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Con mi carrera terminada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Viviendo con mis papás | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Trabajando en mi profesión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Realizando estudios de posgrado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) En buena forma física | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) Con automóvil propio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) Con casa propia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 13) ¿CONSIDERAS QUE SE DEBE CORREGIR CON GOLPES A: | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO | A veces |
| a) ¿Estudiantes que reprueban años completos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Hijos que le faltan al respeto a sus papás? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Las mujeres que no obedecen a su esposo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Los esposos que le faltan al respeto a su esposa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS
EXAMEN MEDICO AUTOMATIZADO PARA ESTUDIANTES
GENERACION 2004**



| No. de cuenta | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

| Escuela | | | |
|---------|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 |

| Grupo o Carrera | | | |
|-----------------|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 |

| Escoge tu Mascota | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Aguila <input type="radio"/> | Cóndor <input type="radio"/> | Puma <input type="radio"/> |

**LLENA BIEN TU
NUMERO DE
CUENTA**

**SI TIENES DUDAS
PREGUNTA A LOS
ASESORES**

14) EN EL ULTIMO MES, TE HAS SENTIDO TAN PRESIONADO POR TUS PROBLEMAS QUE:

| Contesta en cada inciso | SI | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) ¿Has tenido la sensación de que no vale la pena vivir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Has vivido situaciones en las que que has deseado dejar de existir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Has pensado que vale mas morir que vivir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Has estado a punto de intentar quitarte la vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15) EN TU VIDA ALGUNA VEZ HAS LLEGADO SENTIRTE TAN TRISTE QUE:

| | Selecciona UNA | |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | SI | NO |
| Intentaste suicidarte | Sigue a 16 <input type="radio"/> | Salta a 17 <input type="radio"/> |

16) ¿EN QUIEN TE HAS APOYADO PARA SEGUIR ADELANTE?

| Contesta en cada inciso | SI | NO |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Alguno de tus padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Otro familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Un amigo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Un religioso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Un profesor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) No me he apoyado en nadie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17) COMO ES TU RELACION CON LAS SIGUIENTES PERSONAS LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:

| Contesta en cada inciso | Muy buena | Buena | Mala | Indiferente |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Papá | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Mamá | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Profesores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Vecinos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Otros parientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18) EN LAS ULTIMAS TRES SEMANAS:

| Contesta en cada inciso | SI | NO | A veces |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) ¿Has tenido miedo de desmayarte en público? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Has dormido menos por tener preocupaciones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Sientes miedo ante todo lo que tienes que hacer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Te has notado agobiado y en tensión constantemente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) ¿Te has sentido incapaz de enfrentar adecuadamente tus problemas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) ¿Has perdido confianza y fe en ti mismo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) ¿Sientes que no puedes esperar nada de la vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) ¿Te has sentido nervioso y a punto de estallar constantemente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

19) ALGUNA VEZ TE HAN AGREDIDO FUERTEMENTE CON GOLPES EN:

| Contesta en cada inciso | SI | NO |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Tu casa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Tu escuela | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Tu colonia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20) ALGUNA VEZ TE HAN AGREDIDO FUERTEMENTE CON INSULTOS Y HUMILLACIONES EN:

| Contesta en cada inciso | SI | NO |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Tu casa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Tu escuela | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Tu colonia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21) ¿HAS VIVIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES?

| Contesta en cada inciso | SI | NO |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) ¿Te han violado o abusado sexualmente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Te han asaltado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Han lesionado a un familiar tuyo por asaltarlo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Te han presionado en alguna fiesta o "antro" para comprar o consumir drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) ¿Te han presionado dentro o cerca de tu escuela para consumir drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 22) ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES? | | SELECCIONA UNA | |
|--------------------------------------|----|----------------|-----------------------|
| a) | SI | Sigue a 23 | <input type="radio"/> |
| b) | NO | Salta a 28 | <input type="radio"/> |

| 23) ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A TENER RELACIONES SEXUALES? | | SELECCIONA UNA | |
|--|----------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | Antes de los 15 años | | <input type="radio"/> |
| b) | Entre los 15 y los 17 años | | <input type="radio"/> |
| c) | Después de los 17 años | | <input type="radio"/> |

| 24) ¿USAS LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS? | Siempre | A veces | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | a) Condón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Dispositivo intrauterino | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Inyección o pastillas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Anticoncepción de emergencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Otro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 25) ¿TU O TU PAREJA HAN TENIDO UN EMBARAZO? | | SELECCIONA UNA | |
|---|----|----------------|-----------------------|
| a) | SI | Sigue a 26 | <input type="radio"/> |
| b) | NO | Salta a 27 | <input type="radio"/> |

| 26) PARA TI QUE YA HAS TENIDO UN EMBARAZO: | SI | NO |
|--|----------------------------|-----------------------|
| | a) ¿Planeaste el embarazo? | <input type="radio"/> |
| b) ¿Has tenido un bebé? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Has tenido un aborto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 27) EN TUS RELACIONES SEXUALES: | SI | NO |
|---|--|-----------------------|
| | a) ¿Tienes varias parejas o has cambiado frecuentemente de pareja? | <input type="radio"/> |
| b) ¿Tienes relaciones con personas del mismo sexo o ambos sexos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Has tenido alguna infección de transmisión sexual? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Has recibido tratamiento médico de infección de transmisión sexual? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 28) ¿FUMAS? | | SELECCIONA UNA | |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | SI | Sigue a 29 | <input type="radio"/> |
| b) | NO, nunca he fumado | Salta a 31 | <input type="radio"/> |
| c) | Alguna vez lo hice, pero ya no fumo | Salta a 31 | <input type="radio"/> |

| 29) ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A FUMAR? | | SELECCIONA UNA | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | Antes de los 15 años | | <input type="radio"/> |
| b) | Entre los 15 y los 17 años | | <input type="radio"/> |
| c) | Después de los 17 años | | <input type="radio"/> |

| 30) ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DIA? | | SELECCIONA UNA | |
|--|------------|----------------|-----------------------|
| a) | Uno a tres | | <input type="radio"/> |
| b) | 4 a 9 | | <input type="radio"/> |
| c) | 10 a 15 | | <input type="radio"/> |
| d) | 16 o más | | <input type="radio"/> |

| 31) PARA TI, QUE NO FUMAS, PIENSAS QUE LO MEJOR SERIA QUE | | SI | NO |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| a) | Nadie cerca de ti fumara | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Se hagan leyes más estrictas para controlar el consumo del tabaco | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Empieces a fumar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 32) ¿TOMAS BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL? | | SELECCIONA UNA | |
|---|-------------------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | SI, aunque sea de vez en cuando | Sigue a 33 | <input type="radio"/> |
| b) | NO, nunca tomo | Salta a 36 | <input type="radio"/> |
| c) | Alguna vez lo hice, pero ya no tomo | Salta a 36 | <input type="radio"/> |

| 33) ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS? | | SELECCIONA UNA | |
|--|----------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | Antes de los 15 años | | <input type="radio"/> |
| b) | Entre los 15 y los 17 años | | <input type="radio"/> |
| c) | Después de los 17 años | | <input type="radio"/> |

| 34) ¿CADA CUANDO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS? | | SELECCIONA UNA | |
|---|---|----------------|-----------------------|
| a) | 1 a 3 veces al año únicamente en las fiestas familiares | | <input type="radio"/> |
| b) | 1 vez al mes | | <input type="radio"/> |
| c) | 1 vez a la semana | | <input type="radio"/> |
| d) | Tres o más días a la semana | | <input type="radio"/> |

| 35) ¿CADA VEZ QUE TOMAS, CUANTAS COPAS O CERVEZAS BEBES? | | SELECCIONA UNA | |
|--|-----------------|----------------|-----------------------|
| a) | Sólo una | | <input type="radio"/> |
| b) | 2 a 3 | | <input type="radio"/> |
| c) | 4 a 5 | | <input type="radio"/> |
| d) | 6 y a veces más | | <input type="radio"/> |

| 36) TU QUE NO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS: PIENSAS QUE LO MEJOR SERIA QUE: | | SI | NO |
|--|---|-----------------------|-----------------------|
| a) | Nadie cerca de ti tome bebidas alcohólicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Se hagan leyes más estrictas para controlar el consumo de alcohol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Empieces a consumirlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 37) ¿CONSUMES ALGUN TIPO DE DROGA? | | SELECCIONA UNA | |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | SI | Sigue a 38 | <input type="radio"/> |
| b) | NO, nunca he consumido | Salta a 40 | <input type="radio"/> |
| c) | Alguna vez lo hice, pero ya no | Salta a 40 | <input type="radio"/> |

| 38) ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A CONSUMIR DROGA? | | SELECCIONA UNA | |
|---|----------------------------|----------------|-----------------------|
| a) | Antes de los 15 años | | <input type="radio"/> |
| b) | Entre los 15 y los 17 años | | <input type="radio"/> |
| c) | Después de los 17 años | | <input type="radio"/> |

| 39) ¿CUALES, DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, HAS ESTADO USANDO EN LOS ULTIMOS: | 12 meses | 6 meses | 30 días | No la he usado |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | a) Alucinógenos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Anfetaminas, extasis o tachas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Cocaína | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Heroína | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Inhalables | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Marihuana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| ¿CÓMO CALIFICAS TU SITUACION FAMILIAR EN GENERAL? | | SELECCIONA UNA |
|---|-----------|-----------------------|
| a) | Muy buena | <input type="radio"/> |
| b) | Buena | <input type="radio"/> |
| c) | Regular | <input type="radio"/> |
| d) | Mala | <input type="radio"/> |
| e) | Muy mala | <input type="radio"/> |

| ¿CON QUIEN VIVES? | | SELECCIONA UNA |
|-------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| a) | Solo | <input type="radio"/> |
| b) | Con mi papá | <input type="radio"/> |
| c) | Con otros familiares | <input type="radio"/> |
| d) | Con personas que no son de mi familia | <input type="radio"/> |
| e) | Con mi papá y mi mamá | <input type="radio"/> |
| f) | Solo con mi papá | <input type="radio"/> |
| g) | Solo con mi mamá | <input type="radio"/> |

| 54) DE LOS SIGUIENTES RECURSOS Y SERVICIOS, ¿CUALES TIENES PARA TU USO PERSONAL Y CUALES PARA TODA LA FAMILIA? | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | Para ti | Para la familia | No Tenemos | |
| a) | Automóvil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Computadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | DVD | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Estación de videojuegos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | Estéreo con CD | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) | Internet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) | Lavadora de ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) | Servicio doméstico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) | Servicio médico privado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) | Teléfono | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) | Teléfono celular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) | TV privada (TV por cable, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m) | Vacaciones cada año | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n) | Videocassetera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 55) DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN TU CASA SON: | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | SI | NO | |
| a) | Padre o jefe de familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Madre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Tu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 56) EN TU FAMILIA: | | | | | |
|-------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Contesta en cada inciso | Siempre | Casi Siempre | A veces | Nunca | |
| a) | Nos gusta pasar juntos el tiempo libre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Cada uno expresa fácilmente lo que desea | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Nos pedimos ayuda unos a otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Cuando surgen problemas, nos unimos para resolverlos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 57) LA ESCUELA DE LA QUE VIENES ES: | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | |
| a) | Pública de la UNAM | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Pública de la SEP | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Privada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 58) EN RELACION A LA ESCUELA DE LA QUE VIENES CONSIDERAS QUE: | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | |
| a) | El nivel académico fue bueno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | El ambiente con tus compañeros era respetuoso y amigable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | La actitud de los maestros hacia los estudiantes era respetuosa y de confianza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Reprobaste dos años o más | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | Se impulsaban las actividades deportivas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) | Los alrededores eran seguros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) | Había estudiantes muy agresivos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) | Casi siempre sus calles aledañas estaban sucias | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) | Te sientes orgulloso de haber estado en esa institución | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) | Fue una etapa feliz de tu vida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 59) ¿CUANTO TIEMPO HACES PARA LLEGAR A TU ESCUELA NUEVA? | | | |
|--|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | |
| a) | 45 minutos o menos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | 1 hora promedio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | 2 horas o más | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 60) ALGUNA VEZ TE HAN TENIDO QUE HOSPITALIZAR, ENYESAR O SUTURAR POR UN ACCIDENTE EN: | | | |
|---|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | |
| a) | Tu casa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Tu escuela | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Automóvil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Un antro o fiesta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | La realización de un deporte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 61) DESDE TU PUNTO DE VISTA, LA GRAVEDAD DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DEL PAIS ES: | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Lo más grave | Muy grave | Tolerable | No es grave | |
| a) | La pobreza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | El desempleo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | La corrupción | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | La falta de escuelas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | La deserción escolar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) | La drogadicción | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) | La violencia familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) | El SIDA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) | La inseguridad en las calles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 62) TE GUSTARIA PARTICIPAR EN GRUPOS PARA AYUDAR A CAUSAS COMO: | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | Ya participo | |
| a) | Evitar el terrorismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) | Derechos de la mujer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) | Los niños de la calle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) | Derechos de los ancianos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) | Derechos de los indígenas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) | Defensa del medio ambiente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) | En contra del delito y de la inseguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) | Por la paz del mundo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Bammer, K. y Newberry, B. C., (1985). Contribución del stress al desarrollo y crecimiento del cáncer y la forma de combatirlo. *El stress y cáncer*. Barcelona: Herder.
3. Barradough, J. (1999). *Cancer Diagnosis. Cancer and emotion*. New Cork: John Wiley.
4. Barradough, J. (1999). *Emotional problems in reaction to cancer. Cancer and emotion*. New Cork: John Wiley.
5. 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). 20-25
6. Becoña, I. E. (2004) En: Oblitas, L. A. (2004). *Promoción de estilos de vida saludables. Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
7. Benia, W. y Tellechea, G. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuellos uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo, 1997. *Revista Médica Uruguay* 16(2), pp. 103-113.
8. Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Identificación de factores conductuales en el cáncer*. *Psicología de la Salud*. España: Thompson Learning.
9. Brannon, L., Feist, J. (2000). *Vivir con una enfermedad crónica. Psicología de la salud*. España: Thompson Learning.
10. Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1997). *Modelos de evaluación psicológica. Manual de evaluación psicológica*. España: Siglo XXI.
11. Caballo, V.E. y Casal, G. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
12. Castro, B. A. (2000). *Epidemiología de la enfermedad cardiovascular en la mujer. Enfermedad cardiovascular en la mujer*. España: Masson.

13. Castro, M. M. G. y López B. J. (2000). *Obesidad y diabetes. Temas de medicina interna, obesidad*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
14. Doorenbos (1982). *Elementos esenciales de las neoplasias malignas del cuello y cuerpo uterinos. Tratamiento no quirúrgico de las enfermedades malignas*. México: Manual Moderno.
15. Escandón, R. C., Benítez, M. M., Navarrete, E. J., Vázquez, M. J., Martínez, M. O. y Escobedo, D. J. (1992). Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Salud Pública de México*. 34(6).
16. Fusté-Escolano, A. (2004) En: Oblitas, L.A. (2004). *Comportamiento y salud. Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
17. 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. *Revista de psicología y salud*. 11 (1).113-123.
18. Gil Roales-Nieto, J. (2003). *Comportamiento y salud y comportamiento como riesgo*. Psicología de la Salud. España: Paraninfo.
19. Gil Roales-Nieto J. (2003). *Evaluación e intervención en psicología de la salud*. Psicología de la Salud. España: Paraninfo.
20. González, V. T. (2002). *Las creencias y el proceso salud-enfermedad*. *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología*. www.psicolatina.org.
21. 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.
22. Grau, A. J. (1998) En: Rodríguez, O. G. y Rojas R. M. (1998). *La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. La psicología de la salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología UNAM.
23. Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill, 2ed.

24. 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.
25. Higashida, H. B. (1996). *Problemas sociales. Ciencias de la Salud*. 3 ed. México: Mc Graw Hill.
26. Holland, J. y Rowland, J. (1989). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of Psychooncology*. USA: Oxford University Press.
27. Jadue, L. y Berríos, X. (1994). Estilos de vida de la mujer adulta de la región metropolitana. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile*. Núm. 23.
28. Jaimes O. E., (1998). *Evaluación en psicología de la salud: una visión crítica aplicada*. Colombia: Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud.
29. Kilo, C. (1997). *Entendiendo lo que anda mal. Controle su diabetes*. México: Limusa.
30. Kirkwood, E. (1990). *Inmunología básica*. México: Interamericana Mc Graw Hill.
31. Labiano, M. (2004) En: Oblitas, L.A. (2004). *Introducción a la psicología de la salud. Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
32. Landa, D. P. (1999). El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud. *Revista de psicología y ciencia social*. 3(2). 32-37.
33. Lasala, F., Gadow, E., Estevez, M. E. (1992). *Introducción a la medicina*. México: Ateneo.
34. Latorre, J. y Beneit, P. (1981). *La enfermedad crónica. Psicología de la salud*. Buenos Aires: Lumon.
35. Lazcano, H. A. (2001). *Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. México: Editorial Médica Panamericana.

36. Lissen, E. (1993). La hepatitis: concepto y clasificación. La hepatitis. México: Editorial Diana.
37. Luzoro, G. J. (1992). Psicología de la salud. Revista de psicología. 111(1). 25-29.
38. Mauad, C. E., Gomes, A. U., Nogueira, L. J., Melani, G. F. A., Lemos, L. D. e Hidalgo, S. G. (2002). Prevention of cervical cancer in a poor population in Brazil. Family practice. 19(2).
39. Marteau, M. T., Hankins, M. y Collins, B. (2002). Perceptions of risk of cervical cancer and attitudes towards cervical screening: a comparison of smokers and non-smokers. Family Practice, 19(1).
40. Martínez, G. S. y Terrones, G. A. (2001). Psicología y medicina: interactuando en la lucha contra el cáncer. 2(2) pp. 29-34.
41. 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.
42. Meinchenbaum (1988). En: Linn, S. J. y Garske (1988). Terapias cognitivo conductuales. Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
43. Moser, M. (1997). Epidemiología de la hipertensión, progresos y obstáculos. Hipertensión arterial. España: Editorial Pediátrica.
44. Novoa N. J. (1989). Historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención. En: R. Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 2 Ed. México: Salvat.
45. Novoa, V. A. y Echegollen, G. A. (2001). Epidemiología del cáncer de cervix en Latinoamérica. Ginecología y obstetricia, México, 69(6) pp. 243-246.
46. Oblitas, L. A. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thompson.
47. Oliveri, R. (1999). Epidemiología y prevención de la insuficiencia cardiaca. Insuficiencia cardiaca. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

48. Phares, J. y Trull, T.J. (2000). Evaluación conductual. Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.
49. Reynoso, E.L. y Seligson N.I. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
50. Ribes, E. (1989). El ámbito psicológico de la salud. México.
51. Robles (2004) En: Oblitas, L.A. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thompson.
52. Roca, J. (1993). Estrategias terapéuticas actuales en el asma bronquial. Asma bronquial. Barcelona: Duyma.
53. Rodríguez, M. J. (1995). La calidad de vida en pacientes crónicos. Psicología social de la salud. España: Síntesis S. A.
54. Rodríguez, C. L. (2002). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. Psicología y Ciencia Social, Vol. 5, núm.2.
55. 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.
56. Romo, G. J. y Salido R. F. (1997). SIDA; manejo del paciente con HIV. 2ed. México: Manual Moderno.
57. 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).
58. Silva, J. (1980). La mujer. México: Marin.
59. Taylor, S.E. (1999). What is health psychology? Health Psychology. USA: Mc Graw Hill, 4 ed.
60. 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. Rev. Salud Pública de México 47(5), pp. 342-350.

61. Trejo, A. U., Granados, C. J. A., Ortiz, H. L., y Delgado, S. G. (2005). Diferencias sociales de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. *Revista Española de Salud Pública* 79(39).
62. Treviño, B. A. (1985). *Insuficiencia renal crónica*. México: Copilco.
63. Urbina, J. (1989) *El Psicólogo Formación, ejercicio profesional y perspectiva*, (UNAM Facultad de Psicología)
64. Urquidí, T. L. E., Montiel, C. M. y Gálvez, M. A. (1999). Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cervicouterino o de mama. *Psicología y salud*. Vol. 3, núm. 1.
65. Váldez, C. R. (1999). Factores que influyen en el comportamiento preventivo de cáncer cervicouterino. *Psicología y salud*. Vol. 3, núm. 1.
66. 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
67. Vera-Villaruel, P., Livacic-Rojas, P., Fernández, A.M. y Olblitas, L. (2005). *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología clínica y de la salud*. www.psicologíacientífica.com
68. <http://www.imss.gob.mx>