

TÍTULO: LA PROMOCIÓN DE SALUD: SU CONCRECIÓN A LA ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN MUJERES UNIVERSITARIAS

Autora: Lic. Senia María Martínez Jiménez. smmartinez@infomed.sld.cu

Socióloga. Dirección Provincial de Salud, Sancti Spíritus, Cuba.

Lic. José Carlos Cabrales Oria

Dirección Provincial de Salud. Departamento de Estadística Provincial.

Email: jcarlos.ssp@infomed.sld.cu

Dr.C. Aurelia Massip Acosta. Profesora Titular. Metodóloga de la Vicerrectoría de Formación del profesional de la Universidad de Sancti Spíritus. Email: yiya@uniss.edu.cu

RESUMEN

La presencia de comportamientos riesgosos para la salud, entre los que se destacan una iniciación sexual precoz, el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, la multiparidad y el hábito nocivo de fumar, se consideran principales causantes de uno de los cánceres más frecuentes y mortales en la mujer: el cáncer cérvico uterino. Se requieren acciones dirigidas a la prevención y control de la enfermedad, especialmente en las jóvenes en edades universitarias, debido a que además del riesgo para su salud, pueden ver afectado su proyecto de vida y ejercicio profesional. El **objetivo** de este trabajo fue analizar, desde una mirada teórica, apuntes acerca de intervenciones conductuales en mujeres jóvenes para el desarrollo y adopción de conductas preventivas en relación al cáncer cérvico uterino. Fue utilizado como **método** el análisis documental, a través de una revisión en bases de datos y bibliografías nacionales e internacionales para abordar contenidos teóricos y conceptuales sobre la promoción de salud, comportamientos de riesgo, cáncer cérvico uterino y su relación con los estilos de vida de las jóvenes, para favorecer la toma de conciencia en la adopción de comportamientos preventivos del cáncer cérvico uterino. Entre los principales **resultados** se encuentra una sistematización sobre intervenciones conductuales en mujeres jóvenes que revelan los comportamientos de riesgos y promueven los estilos de vida saludables en aras de concientizar y sensibilizar a las jóvenes acerca del cuidado de su salud, relacionado al cáncer cérvico uterino.

Palabras clave: promoción de salud; comportamientos de riesgo; estilos de vida; jóvenes; cáncer cérvico uterino

TITLE: HEALTH PROMOTION: ITS CONCISION TO THE ATTENTION OF CERVICAL CANCER IN COLLEGE WOMEN

ABSTRACT

The presence of health-threatening behaviors; underlining an early sexual initiation, contagion of Sexual Transmission Infections', the multiparity and the noxious habit of smoke consider main causes of one of the most frequent and deadly cancers for women; uterine cervical cancer. It requires actions pointed to prevention and control of disease, especially in the college students, due to that besides the risk for their health, they can see their project of life and practice of a profession injured. *The aim of this paper* was to analyze from a theoretic point of view brings near behavioral interventions in young women that allow raising consciousness and sensitizing the young women about their health, specially for development and adoption of preventive conducts in relation to cancer uterine cérvico. The **methods** used were the documentary analysis, through a revision in bases of national and international data and bibliography to go aboard theoretic and conceptual contents on the promotion of health, risk behaviors, cervical cancer and related with young women' lifestyles, to favor the awareness in the adoption of preventive behaviors. Among the main results there is a systematization on behavioral interventions in young women finds, that reveals risk behaviors and promote healthy lifestyles, which preserve them from developing cervical cancer.

Keywords: health promotion; risk behaviors; lifestyles; young women; cervical cancer

INTRODUCCIÓN

Es el cáncer, en sus diferentes tipos, una de las enfermedades crónicas que lidera las causas de defunción a escala global; según datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus informes sobre la evaluación de la Salud Pública, el cáncer acapara como promedio anual un 8,2 millones (60%) del número total de muertes anuales. Esta cifra se concentra en los países de ingresos bajos y medios. Aunque mucho se avanza en los métodos de diagnósticos tempranos, paradójicamente, la incidencia y mortalidad por cáncer continúa en ascenso, por lo que se estima un problema sanitario con prioridad a nivel internacional que puede prevenirse, en un 30%, con un modo de vida sano. (OMS, 2012).

A pesar que, en la actualidad, el cáncer cérvico uterino constituye uno de los tumores malignos más conocidos en cuanto a su epidemiología, patogenia e historia

natural, en las últimas décadas, ha aumentado su incidencia hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte. Afecta a millones de mujeres, especialmente en América Latina, África y Asia; observándose una mayor incidencia de neoplasias en mujeres con pocos recursos económicos y bajo nivel educativo por lo que es una enfermedad sesgada por la desigualdad social.

Cuba no se encuentra alejada de la situación internacional, según las tasas de mortalidad del Anuario Estadístico de Salud, de las neoplasias malignas que afectan a la mujer ocupa el segundo lugar (antecedido por el cáncer de mama). (MINSAP de Cuba, 2014: 102). Enfermar por este tipo de cáncer interfiere en la calidad de vida de la mujer porque la afecta en su sexualidad, en el trabajo, en la economía, la espiritualidad y, además, las relaciones familiares y sociales. No se puede seguir esperando a que la mujer llegue a su adultez para alertarla y educarla en las consecuencias de esta enfermedad.

Diversos estudios reconocen que el cáncer cérvico uterino es de origen multi-causal y coinciden en la importancia de los factores de riesgo relacionados con los estilos y modos de vida de las mujeres jóvenes, sobre todo los asociados al sexo: comienzo temprano de las relaciones sexuales, promiscuidad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), principalmente ciertos tipos del Virus de Papiloma Humano (HPV); más los factores sociales como el primer parto antes de los 18 años, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, uso prolongado de anticonceptivos orales, entre otros. (OMS, 2013; Bosch *et al.*, 2002; Cabezas, 2001; Rojas, 2010; Martínez, M., *et. Al.*, 2014). Se considera que el virus del papiloma humano (HPV) es el factor de riesgo clave del cáncer de cuello de útero. Las tasas altas continuas de infección por el HPV y por otras Infecciones de Transmisión Sexual en los jóvenes demuestran la necesidad de intervenciones conductuales efectivas (Shepherd, 2011).

Esos factores, en su mayoría, se pueden intervenir desde los estilos de vida, en la medida en que la salud depende de hábitos, convicciones, creencias y costumbres que a diario se practican, así como del resultado de las acciones y los esfuerzos que durante la vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla a partir de sus conocimientos, habilidades, valores y actitudes. Es por ello, que se precisa enfrentar y abordar esta enfermedad con un enfoque intersectorial e integrador desde las edades más tempranas para crear las condiciones objetivas y subjetivas de modo que las jóvenes aprendan a ordenar su conducta y logren una vida más larga, activa y productiva.

Lo expuesto anteriormente, así como la importancia que aporta la promoción de la salud en tales enfermedades, destaca la necesidad del análisis de estrategias efectivas para evitar la diseminación de conductas de riesgo para la salud entre las jóvenes, especialmente en las edades comprendidas entre los 18-30 años, en los que la mujer se encuentra sexualmente activa, coincidiendo con la etapa de los estudios universitarios, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Las jóvenes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados. (Rodríguez Cabrera, A. *et al.*, 2013).

Se han referido conductas de riesgo entre los 15 y 25 años como son: el inicio temprano de su vida sexual bajo una ilusión de aparente control y dominio de su realidad, la falta de concordancia entre la maduración biofisiológica y psicosocial, la búsqueda de una identidad, la influencia del grupo, la presencia de temores y confusión, el contraste y enfrentamiento a las normas y valores establecidos, así como su escasa previsión del futuro (Sueiro *et al.*, 1998).

Por tanto, el presente trabajo se plantea como objetivo: analizar, desde una mirada teórica, apuntes acerca de intervenciones conductuales en mujeres jóvenes para el desarrollo y adopción de conductas preventivas en relación al cáncer cérvico uterino. Es preciso hacer un llamado de atención en el hecho de que hay que buscar respuestas más allá de los medios de control y de diagnóstico precoz, a través de un trabajo diferenciado en el medio educativo desde la promoción de salud para lograr que las jóvenes amplíen su percepción de los principales factores de riesgos del cáncer cérvico uterino.

DESARROLLO

El cáncer de cérvix se puede definir como un cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina.

Los cánceres cervicales comienzan en las células de la superficie del cuello uterino. Existen dos tipos de dichas células: escamosas y columnares. La mayoría de los cánceres de cuello uterino provienen de las células escamosas. La causa subyacente primaria del cáncer de Cérvix es la infección por una o más cepas

oncógenas del virus del papiloma humano (VPH), un virus que se transmite por vía sexual. La mayoría de las infecciones nuevas del VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Teniendo en cuenta que las lesiones precursoras causadas por el VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en un cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cérvico uterinos, pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones pre cancerosas. (OMS, 2013)

El análisis de las tendencias actuales indica que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, se multiplicarán las muertes por esta enfermedad en el actual siglo.

Anteriormente, el cáncer cérvico uterino se manifestaba en mujeres adultas; sin embargo, las estadísticas indican que se está manifestando en mujeres cada vez más jóvenes, ocupando el segundo lugar de incidencia en las de 25 a 34 años. La bibliografía médica refiere que esta neoplasia aparece en los grupos etarios de 34-35 y 44-52 años, como carcinoma *in situ* e invasor, respectivamente, pero llama la atención el hecho de encontrar pacientes con carcinoma *in situ* en edades tempranas.

El factor de riesgo más común del cáncer cérvico uterino es la exposición a ciertas variedades del Papillomavirus Humano (VPH). El VPH es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomática. Dada esta característica del virus, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.

Otros factores de riesgo del cáncer cérvico uterino son (NIH, 2015; Muñoz Retana, C., 2013; CDC, 2013):

- Comenzar las relaciones sexuales antes de los 20 años.
- Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18).
- Multiparidad.
- Tener parejas sexuales múltiples (dos o más parejas) o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- La no utilización del condón.
- Tener una historia familiar de cáncer cérvico uterino.

- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer, haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.
- Fumar. Actualmente se considera que el tabaquismo es un factor de riesgo del carcinoma cérvico uterino, pues existe un incremento de exposición tanto a la enfermedad pre invasora como la invasora entre las mujeres con este nocivo hábito, especialmente las que tienen historia prolongada de tabaquismo.
- Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).

De todos los cánceres, el cérvico uterino es el que tiene 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 (Valenzuela y Miranda, 2001).

Varios autores como OMS, 2013; Bosch *et al.*, 2002; Cabezas, 2001; Rojas, 2010; Martínez, M., *et. Al.*, 2014, subrayan que los hábitos sexuales que adopta la mujer a lo largo de su vida son de la mayor importancia en el desarrollo del carcinoma cérvico uterino.

El método de detección oportuna para el cáncer cérvico uterino es la prueba de *Papanicolaou*, llamada también citología vaginal, la cual evalúa las condiciones de las células cervicales y detecta algún cambio precanceroso en las mismas (displasia cervical) así como infecciones o inflamaciones. En Cuba, en los servicios de salud pública, la realización del *Papanicolaou* es gratuita y cualquier mujer tiene acceso a ella (Cabeza, 2001).

La etiología del cáncer cérvico uterino es multifactorial. Biología y conducta actúan conjuntamente, por ello, aunque se han dado avances muy importantes en la ciencia, la tecnología médica y la farmacología, estos deberían ir acompañados de procesos educativos, pues cada vez es mayor la evidencia del peso que tiene la conducta y los estados psicológicos sobre la salud de las personas.

Landa (1999) afirma que el comportamiento modula los efectos biológicos de las circunstancias ambientales, produce cambios graduales en el estado del organismo, es instrumental para detectar y atender una enfermedad, y potencia toda acción

terapéutica. Por lo tanto, la salud se construye o no, a través de los comportamientos adoptados por un individuo, es decir, de su estilo de vida.

La juventud es un momento de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y, en oportunidades, hasta la muerte en ambos sexos.

Para Gil Roales (2003) existen tres enfoques de estilo de vida. La característica esencial de los tres enfoques propuestos por Gil Roales (2003) es la responsabilidad del individuo y las instituciones sobre la salud, pues la adopción o no, de un estilo de vida promotor de la salud, está determinado por factores exógenos y endógenos. Estos últimos son aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan los riesgos para la salud. Por lo anterior, el mencionado autor plantea que existen estilos de vida saludables y estilos de vida no saludables.

Los estilos de vida saludables —conductas o hábitos de salud o de inmunógenos conductuales— son todo aquello que una persona puede hacer, decir o pensar y tenga como resultado el desarrollo de su salud y la prevención de enfermedades. Los estilos de vida no saludables -conductas de riesgo o patógenos conductuales- hacen referencia a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud que como consecuencia lo lleve a padecer alguna enfermedad. Es importante aclarar que las conductas de riesgo no causan necesariamente una enfermedad, sino que permiten predecir la probabilidad que una persona desarrolle una enfermedad o muera a causa de la misma (Barradough, 1999).

Los principales inmunógenos conductuales son:

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

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

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Prácticas sexuales de riesgo
- Horas de sueño deficientes
- Estilo de alimentación inadecuado
- Sedentarismo
- Elevada exposición a contaminantes

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

Las personas que ven la enfermedad como el resultado de un estilo de vida no sano, participan de manera activa en formas de vida que mejoran o mantienen su salud; además que piensan que la curación de una enfermedad implica cambios en su estilo de vida. Aquellas que creen que la enfermedad surge de improviso y viene a robarles su salud, muestran una actitud pasiva, mantienen un estilo de vida no saludable, acuden únicamente al doctor cuando se sienten enfermos y depositan toda la responsabilidad de su curación en el médico y las medicinas (esperan que estas les curen de la enfermedad fácil y rápidamente).

Las creencias constituyen una de las fuentes del conocimiento, formado por la influencia del conjunto de relaciones interpersonales, dentro de un determinado escenario socioeconómico y político; el grado de convicción de las creencias radica en su origen, es decir, de dónde o de quién proviene la información, las creencias sobre la salud pasan de generación en generación, a través del folclor. (González, 2002).

En 1950, surge el Modelo de Creencias de la Salud (MCS) con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Este modelo evalúa creencias sobre acciones de prevención, de detección precoz y de conductas y roles de enfermedad (Valenzuela y Miranda, 2001).

El Modelo de Creencias de la Salud concibe al ser humano como un ser racional que busca maximizar los beneficios y minimizar los riesgos de su conducta y ha sido muy usado en las intervenciones de Promoción de salud. El mismo supone que las acciones preventivas están en función de la preocupación que tienen las personas

por evitar una enfermedad y por la creencia de que existen acciones de salud que prevendrá la enfermedad. Postula que para que ocurra un cambio en la conducta de salud de una persona, esta deberá sentirse amenazada por su patrón de comportamiento, creer que el cambio será beneficioso y que tendrá consecuencias negativas mínimas; además de sentirse competente para realizar la acción.

Otro aspecto que completa el Modelo de Creencias de la Salud es la presencia de estímulos internos o externos que son claves para actuar. Ejemplo de clave interna es el síntoma de alguna enfermedad. Mientras que ejemplos de claves externas son: una campaña de promoción de salud y prevención de enfermedad, y estar en contacto con personas cercanas afectadas por alguna enfermedad (Meda y otros, 2004).

En diferentes estudios llevados a cabo con estudiantes universitarios para identificar las creencias que tienen respecto a la salud (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003), los resultados indicaron que las poblaciones universitarias tienen creencias protectoras y/o favorables de salud y señalan que existen diferencias por edad (se incrementan las creencias al aumentar la edad), estrato socioeconómico (mayor presencia de creencias favorables a la salud en estudiantes de estrato medio, medio alto y alto) y género (las mujeres tienen más creencias favorables respecto a las prácticas saludables de autocuidado y cuidado médico, actividad física, dieta, importancia de las relaciones sociales y del daño que ocasiona el uso de sustancias).

En el estudio de Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), se concluye además que los jóvenes o bien no se perciben en riesgo o se perciben como sujetos invulnerables, lo que los lleva a realizar conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo.

Es interesante observar que aunque los estudios descritos reportan que los jóvenes tienen creencias que favorecen la salud, este dato resulta contradictorio con la baja respuesta que se tiene de parte de las jóvenes a los programas de detección oportuna de cáncer.

El tratamiento más eficaz del cáncer es su prevención. La mayoría de las enfermedades importantes de la humanidad han sido controladas mediante la aplicación de estrategias de prevención y no por medio de procedimientos terapéuticos invasivos. El éxito de dichas estrategias depende no solo del conocimiento general y detallado del fundamento biológico, la causa del cáncer y las condiciones precoces de transformación, sino que a través de la promoción de la

salud como programa ofrezca los recursos necesarios para que la población ejerza un mayor control sobre su salud.

Las intervenciones conductuales en mujeres jóvenes que intentan promover conductas sexuales que las protejan de la transmisión de las ITS pueden ser efectivas, principalmente la estimulación del uso de preservativos. Las evaluaciones futuras deben incluir un mayor énfasis en el HPV y su vínculo con el cáncer de cuello de útero, con seguimiento a largo plazo para evaluar la repercusión sobre el cambio de conductas, las tasas de infección por el HPV y la progresión al cáncer de cuello de útero (Shepherd, 2011; OMS, 2015).

Chávez Roque *et al.*, (2008) en una intervención educativa realizada en el municipio de Nuevitas (Camagüey, Cuba) respecto a la relación existente entre las relaciones sexuales precoces y la aparición del cáncer cérvico uterino, afirma que pudo lograrse un cambio positivo de conocimientos en las adolescentes. Resultados similares fueron los obtenidos por Quispe Huanca, en su intervención educativa, que más tarde se convirtió en un programa educativo para adolescentes en ciudad La Paz.

La generalidad de los estudios refiere que el factor de riesgo más común de la neoplasia de cuello uterino lo constituye la exposición a ciertas variedades del papiloma virus humano, que es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente, aunque en muchos casos es asintomática. Se estima que el 70 % de las personas con actividad sexual normal contrae este virus a lo largo de la vida y mientras mayor es el número de parejas sexuales, más aumenta el riesgo de adquirirlo (IARC, 2005).

En una intervención educativa en Venezuela para la prevención del cáncer cérvico uterino en la adolescencia, los autores refieren que al hablar de ITS, en diferentes grupos de discusión, independientemente del área de conocimiento, hicieron alusión a la observación de signos y síntomas, lo que denota confusión entre los conceptos infección/enfermedad (Díaz Mc Nair *et al.*, 2011).

Para los jóvenes, los pares son muy importantes, porque con ellos es posible desahogar sus experiencias en sexualidad, lo que no pueden hacer con otras personas. La falta de una fuente válida para aclarar las dudas, lleva a conductas sexuales riesgosas que, por lo general, están orientadas básicamente por la cultura. El paso generacional de información, influida por la intuición y la sociedad, seduce a los jóvenes a iniciar la vida sexual de manera prematura.

Según Ríos y Mendoza (2012), la población de estudiantes femeninas universitarias se encuentran en el rango de edad en la que por lo general se inicia la vida sexual activa (en ocasiones con varias parejas), se adquiere el hábito de fumar, se tiene una dieta inadecuada, etc.; todos ellos factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino).

La práctica sexual de los estudiantes universitarios los pone en un alto riesgo para Infecciones de Transmisión Sexual. (Lollis *et al.*, 1997) Estas prácticas incluyen múltiples parejas sexuales, sexo oral y anal sin protección, además de uso inconstante del condón. Sin embargo, a pesar que los estudiantes universitarios conocen la gravedad del VIH y el SIDA, así como sus formas de contagio y de prevención, continúan la práctica del sexo sin protección.

Otros comportamientos sexuales de alto riesgo son la práctica del sexo casual, incapacidad para hablar con la pareja sobre el sexo seguro y el tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas. Se ha reportado que es común que exista un incremento en el consumo de alcohol entre los estudiantes al ingresar a la universidad. La influencia del alcohol disminuye la inhibición y hace que los individuos se involucren en sexo no planeado e inseguro. Poulin y Graham (2001) refieren en su estudio que las relaciones sexuales no planeadas bajo la influencia del alcohol u otro tipo de droga son un factor de riesgo independiente para múltiples parejas sexuales y uso inconsistente del condón, los estudiantes universitarios frecuentemente combinan las relaciones sexuales con el alcohol.

CONCLUSIONES

Por todo lo antes expuesto la literatura consultada revela que:

- Los estudiantes universitarios conforman un grupo sexualmente activo con riesgo alto para adquirir infecciones de transmisión sexual, por sus actitudes, creencias y comportamiento sexual.
- Aunque los estudios descritos reportan que las jóvenes universitarias tienen creencias que favorecen la salud, este dato resulta contradictorio con la baja respuesta que se tiene de parte de estas a los programas de detección oportuna de cáncer.
- En estudios donde se utilizaron intervenciones educativas proporcionaron información acerca de las ITS y enseñaron habilidades para una relación sexual más segura. Especialmente sobre la prevención de algunos tipos de HPV en su relación con el cáncer de cuello de útero.

- La aplicación de acciones educativas que proporcionen conocimientos adecuados a los jóvenes sobre los principales factores de riesgo del cáncer cérvico uterino son efectivas para la modificación de la percepción de riesgo del cancer cérvico uterino que tienen las jóvenes.
- El aprendizaje arraigado de los conocimientos y las experiencias subyace en los aprendizajes durante la formación académica. A partir de las enseñanzas informales de salud y de las experiencias propias, las jóvenes universitarias pueden cambiar sus creencias sobre la salud y modificar sus estilos de vida con actitudes y prácticas más saludables.
- El cáncer cérvico uterino se puede prevenir y controlar a través de cambios en los estilos de vida desde las edades jóvenes, pero se requiere de un abordaje intersectorial e integrado, dado que su control y prevención depende de la voluntad de los individuos para cambiar su estado de salud, pero también de las políticas públicas e intervenciones de salud razón por la cual la Promoción de Salud es un enfoque necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Barradough, J. (1999a). *Cancer and emotion*. Nueva York: John Wiley.
3. Bosch, F. X. *et al.* (2002). Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. *Int J Epidemiology*, 31(1), 1160.
4. Cabeza, E. (2001). *Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cérvico uterino*. La Habana: Ciencia Médicas.
5. Chávez Roque, M.; Viñas Sifontes, L. *et al.* (2008). Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 12(5), sept-oct.
6. CDC. (2013) ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de útero?, [En línea], en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/uterine/basic_info/risk_factors.htm, [Accesado el día 5 de diciembre de 2013]
7. Díaz Mc Nair, A. G. *et al.* (2011). Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. *MEDISAN*, 15 (2).

8. Gil Roales-Nieto, J. (2003). *Comportamiento y salud, y comportamiento como riesgo*. Psicología de la Salud. España: Paraninfo.
9. González, V. (2002). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología* [en-línea]. Disponible en: www.psicolatina.org [Accesado el día 20 de junio 2015]
10. IARC-WHO (2005). *Cervix Cancer Screening*. Lyon: IARC Press.
11. Landa, D. P. (1999). El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud. *Psicología y Ciencia Social*, 3(2), 32-37.
12. Lollis, C.; Johnson, E. y Antoni, M. (1997). The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Education and Prevention*, 9(6), 551-563.
13. Martínez, M., et. al (mayo-jun. 2014). “La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino”. *Rev. Med. Electrón.* vol.36 no.3 Matanzas.
14. MINSAP de Cuba (2014). *Anuario Estadístico de Salud*. 2014. Cuadro 81. Incidencia de cáncer según sexo y principales localizaciones. p. 102
15. Meda, R. M., Moreno, B., Morales, M., et al. (2004). Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3, 31-37.
16. Muñoz Retana, C. (2013) *Factores de Riesgo del Cáncer Cérvico uterino*. [en línea], en: <http://geosalud.com/VPH/factores.riesgo.htm>, [Accesado el día 20 de febrero del 2014]
17. NIH. (2015) Prevención del cáncer de cuello uterino. Hoja informativa. Instituto Nacional del Cáncer, EUA, en línea, en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/prevencion-cuello-uterino-pdq#section/24>, [Accesado el día 20 de febrero del 2014]
18. OMS (2012). *Cáncer. Nota descriptiva N°297*, [En-línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>, [Accesado el día 2 de febrero 2014].

19. OMS (2013) Control integral del cáncer cérvico uterino. Guía de prácticas esenciales. Segunda edición, 2013-2016. [En-línea], en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf, [Accesado el día 30 de marzo 2015].
20. OMS (2015). "Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cérvico uterino. Nota descriptiva N°380, [En-línea], en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/index.html>, [Accesado el día 30 de marzo 2015].
21. OPS (2013). *Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino*. Washington, DC: PAHT-OPS; 3ª ed.
22. Poulin, C. y Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96(4), 607-21.
23. Ríos, R. y Mendoza, A. (2012) *Programa de prevención de riesgo de cáncer cérvico-uterino (CaCu) para estudiantes universitarias*, [en-línea]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?lng=pt> [Accesado el 4 septiembre, 2014].
24. Rodríguez Cabrera, A. *et al.* (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana Salud Pública*, 39(1).
25. Rojas Cruz I. (2010). *Morbilidad por cáncer cérvico-uterino. Municipio Sancti Spíritus. Años 2005-2009*. Tesis presentada en opción al Título de Master en Epidemiología. Universidad Ciencias Médicas. "Faustino Pérez".
26. Shepherd, P. J. (2011). *Intervenciones para la prevención del cáncer de cuello de útero mediante modificaciones de la conducta sexual*, [en-línea]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es> [Accesado el día 13 de septiembre 2014].
27. Sueiro, E.; Diéguez, J. L. y González, A. (1998). Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva. En *Aten Primaria*, 21 (5) 283-288.

28. Valenzuela, S. M. y Miranda, A. (2001). ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena Salud Pública* 5(2-3), 75-80.