



ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL DESARROLLO DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES DEL POLICLÍNICO PLAZA DE LA REVOLUCIÓN EN CUBA

Matilde de la C. Molina Cintra*, Olga Infante Pedreira**, Maylin Goizueta***,
Natasha Donate****, Julián Pérez*****
Policlínico Plaza de la Revolución, Cuba

Resumen

Son diversas las teorías que han tratado de explicar y proponer modelos de comportamientos saludables. De ellos, los modelos de cambio por etapas son muy eficaces porque conceptualizan la acción preventiva como un proceso que requiere acciones sucesivas correspondientes a objetivos diferentes que, concatenados, incrementan la probabilidad de llegar a la fase final de aprendizaje de la conducta que se desea. Es por esta razón que nos motivamos a diseñar, aplicar y evaluar un programa basado en estos modelos educativos para lograr, en la Atención primaria de Salud, conductas de autocuidado en las mujeres. Se realizó una investigación cuasi experimental con 40 mujeres del policlínico Plaza de la Revolución dividido en dos grupos, uno experimental y otro control. Los métodos utilizados fueron cuestionarios, entrevistas estructuradas, técnicas participativas y de evaluación. Como resultado se incrementaron conocimientos, actitudes y prácticas en el grupo experimental. Los factores de riesgo que más se identifican y mayor conocimiento demuestran tener las mujeres son las relaciones sexuales promiscuas, las enfermedades de transmisión sexual, el inicio precoz de las relaciones sexuales y la

* Especialista en Psicología de la salud. MsC. Psicología Clínica. Profesora Asistente del ISCMH y UH. Investigadora Agregado. Metodóloga de la Carrera de Psicología Policlínico Plaza cmolina@infomed.sld.cu

** MsC Psicología de la salud. Profesora Auxiliar del ISCMH y UH. Jefa de la Carrera de Psicología Policlínico Plaza

*** Facultad de Medicina Finlay - Albarrán MsC. Psicología de la salud. Profesora Auxiliar del ISCMH y UH

**** Especialista de Ginecología y Obstetricia. Profesora Instructor del ISCMH. Policlínico Plaza

***** MsC Psicología de la salud. Isla de la Juventud

adecuada higiene personal. Se produjeron cambios hacia la adopción de conductas preventivas en el grupo experimental, en el 90% de las mujeres. Se demostró estadísticamente las diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en cuanto a los cambios de etapas en la adopción de estos comportamientos. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos relacionadas con la realización de la prueba Citológica durante el período comprendido para la intervención y sus resultados. Se concluye que se demostró la efectividad de los métodos educativos de cambios por etapas. Se logró aumentar el conocimiento de las mujeres sobre autocuidado y Cáncer Cérvico Uterino y se movilizó la conducta de las mujeres para la realización de comportamientos de autocuidado y protección de la salud.

Palabras Clave: Modelos de cambio por etapas, Conductas de autocuidado, Prevención de cáncer cérvico uterino.

ABSTRACT

There are several theories that explain and propose models for healthy behaviors. Among them, the models of change by stages are very effective because they conceptualize the preventive action as a process that requires successive actions corresponding to different objectives that, linked, increase the probability of arriving to the final phase of learning of the target behavior. Hence, it was designed, applied and evaluated a program based on these educational models to achieve, in the primary attention level of health, auto-care behaviors in women. It was carried out a quasi experimental investigation with 40 women of the policlínico Plaza de la Revolución, divided into two groups, one experimental and one control. Assessment involved questionnaires, structured interviews, and participative techniques. As a result, knowledge, attitudes and practical behaviors increased in the experimental group. Promiscuous sexual relationships, sexual transmission illnesses, early beginning of sexual relationships and the appropriate personal hygiene were the risk factors more frequently identified. Changes took place toward the adoption of more preventive behaviors in the experimental group, in 90% of the women. There were differences statistically significant between the control group and the experimental one. It is concluded that the effectiveness of the educational methods of changes by stages was demonstrated. It was possible to increase the knowledge of the women related to cervical uterine cancer and their behavior mobilized for the realization of auto care behaviors and health protection.

Key words: Models of Change by Stages, Auto-care Behaviors, Cancer Prevention

INTRODUCCIÓN

La Salud constituye uno de los aspectos más importantes de la vida de las personas. Por esto la inversión en promoción de salud y prevención de enfermedades se hace cada vez mayor.

En 1986, en la Ciudad de Ottawa, Canadá, a propuesta del Gobierno de ese país y con la aceptación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se

reunieron representantes de 38 países, donde se presentó la conocida Carta de Ottawa, en la cual se propone un concepto de “Promoción de Salud”:

La promoción de Salud consiste en proporcionarle a los pueblos, los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre los mismos. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Teniendo en cuenta el desarrollo alcanzado en los aspectos conceptuales acerca de la salud y la Psicología de la Salud, puede inferirse que el campo de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de los problemas del proceso salud-enfermedad y de la gestión en salud es grande y con tendencia a un crecimiento acelerado a medida que la investigación y la práctica profesional abren nuevos espacios para la inclusión de la Psicología en áreas cada vez más específicas².

La Psicología se ha interesado cada vez más por la promoción de salud y la prevención del riesgo y de las enfermedades, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y las mejoras de la salubridad ambiental.

La salud se gana o se pierde, allí donde el individuo vive, trabaja, hace uso de su tiempo libre, como miembro de una familia, inmerso en una comunidad determinada, es por esta razón que es la APS la que asume la mayor responsabilidad dentro del sector en las acciones de Promoción de Salud.

Una persona está en riesgo de enfermar cuando su estilo de vida incluye comportamientos habituales nocivos para la salud (beber alcohol, fumar, ser sedentario, etc.) y el ambiente social refuerza estos comportamientos o al menos posibilitan que disminuyan o erradiquen, en su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que la obliguen a esfuerzos adaptativos, dispone de menos recursos personales para interactuar con esos acontecimientos, su patrón habitual de comportamiento se orienta preferentemente hacia la persecución de metas diversas, a la hostilidad y a la

competitividad, la estructura de sus creencias de salud la hacen sentirse poco vulnerable a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y mantenimiento de la salud o a percibir barreras para la atención de la salud, dispone de pocos recursos de apoyo social, está insertada en un grupo social que comparte expectativas y valores de poco aprecio por el cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones incipientes o en desarrollo de la enfermedad.

En este sentido y refiriéndonos a los estilos de vida se han identificado una serie de comportamientos relacionados con los estilos de vida y la salud. Entre estos encontramos el equilibrio dietético en la alimentación, el consumo de alcohol y de tabaco, la práctica de ejercicio físico, ritmos de sueño, prácticas de protección y seguridad, participación en programas promocional/preventivos, el cumplimiento de las recomendaciones e instrucciones de los profesionales de la salud y el uso de los recursos y servicios sanitarios de la comunidad.

Si analizamos estos comportamientos nos damos cuenta que hay un comportamiento global que los incluye a todos, el autocuidado o responsabilidad con la salud.

La presencia o ausencia de estos factores de riesgos está estrechamente relacionada con el comportamiento responsable de los sujetos.

El autocuidado abarca todas las acciones que el individuo lleva a cabo para cuidar de sí mismo y de su entorno inmediato. Implica la realización de diferentes actividades que van desde la adopción de conductas por motivos de salud, adoptando comportamientos de salud más positivos y vigilándose a sí mismo hasta la realización de conductas que permitan patrones de vida más sanos por motivos de bienestar y la realización de conductas por motivos protectores de un riesgo o enfermedad determinada. Entre estas acciones podemos mencionar hacer una dieta balanceada, hacer ejercicios físicos, autorelajación, no beber ni fumar, realizarse auto examen de mamá, realización de la Prueba Citológica, acudir al médico cuando existen molestias, pérdida de peso sin motivos, llagas, bultos, heridas que no cicatrizan, etc.

Desde hace unos años se reconoce que tanto la morbilidad como la mortalidad, dependen en gran medida de factores comportamentales. Por ello, los

responsables de proveer la salud, han hecho hincapié en el desarrollo de modelos y teorías que determinan las leyes y dinámicas que explican el cambio de conducta en salud.

La promoción de salud debe traer consigo cambios en los valores y prácticas de salud, percibir la salud, como un valor en sí misma y por lo tanto modificación de hábitos y estilos de vida.

Sería imposible condicionar cualquier tipo de estrategias sin considerar la conducta humana, la motivación del hombre, sus creencias y valores, sus emociones y actitudes.

Son diversas las teorías que han tratado de explicar y proponer modelos de comportamientos saludables. Estos se han desarrollado en los últimos 25 años, difiriendo en cuanto a perspectiva teórica y tipo de conducta de salud. Para explicar los comportamientos de salud en general y los comportamientos saludables en particular se debe utilizar un modelo que preste atención al contexto social, a la interacción entre la persona y su contexto, y desde una perspectiva no solo protectora defensiva sino también promotora⁵.

Dentro de estas teorías y modelos se destacaron los centrados en la información, son los llamados modelos tradicionales que si bien ayudan y han hecho contribuciones, no resuelven el problema.

Tomando como referencia a los mismos y buscando mejores resultados se desarrollaron los llamados modelos de etapas.

Entre los que tenemos:

- Modelo transteórico (MTT) de Prochaska y DiClemente⁴
- Modelo Proceso de adopción de precauciones (PAP) de Weinstein⁷

En el presente programa utilizamos la metodología del Modelo Transteórico.

El modelo Transteórico (MTT) de Prochaska y DiClemente se llama transteórico porque surge en el análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas distintas, que lleva a la conclusión de que el cambio terapéutico se da a través de una serie de etapas más o menos fijas, por la acción de algunos procesos psicológicos principales. Este modelo caracteriza el cambio como una sucesión de etapas, con características específicas inherentes a cada una de ellas, y propone

una serie de procesos de aprendizaje que facilitan el transcurso de una etapa a otra. Concibe el cambio como un proceso cíclico, en lugar de un proceso continuo que implique pasos progresivos del tipo “todo o nada”.

Etapas del cambio:

1. Precontemplación: el individuo es inconsciente de que tiene problemas o no piensa seriamente en el cambio.
2. Contemplación: el individuo toma conciencia de que hay un problema, admite que algo no funciona bien y se preocupa por entenderlo, por sus causas y su cura.
3. Preparación: el individuo toma algunas decisiones e inicia ajustes conductuales para prepararse al cambio, con intenciones para un período próximo.
4. Acción: el individuo modifica su conducta y las condiciones ambientales que la afectan, incrementando su autoestima y eficacia.
5. Mantenimiento: el individuo trabaja para que permanezcan los logros y ganancias obtenidas durante la acción y para prevenir la recaída a un nivel anterior de funcionamiento. Por lo general, después de múltiples intentos fallidos, se practica un nuevo estilo de vida.
6. Recaída: hay un impacto psicológico diferente al de la primera etapa. El individuo debe luchar contra la desesperanza, la culpabilidad y la frustración, verlo como “grado”, más que como “todo o nada”.
7. Terminación: el individuo deja experimentar tentaciones, no requiere de esfuerzos para evitar recaídas.

El MT explica el cambio del comportamiento de los individuos según variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto-eficacia.

Investigaciones^{6,1} realizadas demuestran la eficacia de la intervención educativa con metodologías por etapas/PRISA-NO para el cambio de los estilos de vida y la adopción de conductas protectoras con tendencia a su mantenimiento, en relación con el autocuidado y la responsabilidad con la salud (autoexámenes),

el control del estrés y del tabaquismo, comportamientos todos de considerable importancia en el control del cáncer. Además demuestran la importancia del uso de estos métodos en la modificación de factores de riesgo

De manera general podemos decir que estos modelos de cambio son mucho más eficaces porque conceptualizan la acción preventiva como un proceso que requiere acciones sucesivas correspondientes a objetivos diferentes que, concatenados, incrementan la probabilidad de llegar a la fase final de aprendizaje de la conducta que se desea. Es por esta razón que nos motivamos a diseñar, aplicar y evaluar un programa basado en estos modelos educativos para lograr, en la Atención primaria de Salud, conductas de autocuidado en mujeres del Policlínico Plaza de la Revolución

Objetivos:

- Evaluar una estrategia educativa que contribuya a la adopción de conductas de autocuidado y comportamientos protectores en mujeres del Policlínico Plaza de la Revolución.
- Lograr la asunción de conductas preventivas relacionadas en el Programa Nacional de Control de Cáncer Cérvico Uterino

¿Por qué realizar un programa de Intervención para desarrollar conductas de autocuidado relacionadas con la prevención del cáncer cérvico uterino?

Estudios realizados han demostrado que la práctica de conductas de autocuidado en las mujeres contribuye al aumento de su calidad de vida y a la postergación del daño. Varias investigaciones precedentes demuestran que la población femenina considera que es sólo responsabilidad del médico realizarle la prueba citológica, lo que sigue un paradigma médico-centrista, que disminuye la autoresponsabilidad por la salud de las propias mujeres.

Existen varios reportes que consideran que la realización de la prueba citológica, está relacionada con los conocimientos acerca de la detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino, el conocimiento de factores de riesgo para

la enfermedad y las creencias negativas acerca del cáncer y la propia prueba citológica, así como actitudes de temor ante el diagnóstico.

Hasta el momento se ha comprobado que se evalúa la marcha de los programas, pero son muy pocas las intervenciones comunitarias educativas para el logro de los objetivos de los mismos.

Material y Método

Se trata de un estudio cuasiexperimental, de intervención, con carácter comunitario.

Se trabajó con un grupo de control y un grupo experimental de mujeres usuarias del Programa Nacional de Cérvico Uterino (PNCC). En el grupo experimental se realizó la intervención con el sistema de acciones educativas propuesto.

En ambos grupos se aplicaron los mismos instrumentos, antes y después de la intervención, con coincidencia en el tiempo.

Universo y muestra:

La inclusión de los sujetos al grupo experimental (grupo A) se hizo a partir de un listado de las mujeres del área que cumplan los requisitos de inclusión, con un muestreo simple aleatorio.

Se trabajó con 2 grupos de 20 mujeres cada uno del área de Salud del Policlínico "Plaza de la Revolución, que les correspondía la realización de la Prueba citológica en el período de hasta 6 meses después de terminada la intervención.

El Grupo A es el grupo donde se realizó la intervención educativa (Experimental) y el Grupo B, el Control.

Procedimiento metodológico de la Intervención:

1ra. Fase: Diagnóstica (grupo Experimental y grupo Control)

2da. Fase: Aplicación del programa de intervención (grupo Experimental)

3ra. Fase: Evaluación (grupo Experimental y grupo Control)

El programa contaba de 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia semanal y en el horario de la noche, de manera que pudieran participar mujeres amas de casa, estudiantes y trabajadoras. Se mantuvo el seguimiento de los grupos hasta seis meses después de terminada la aplicación del programa.

Criterios para medir la eficacia de la intervención:

1. Incremento de conocimientos, actitudes y prácticas de conductas preventivas (diferencias significativas antes y después de la intervención y con el grupo control)
2. Producción de cambios hacia la adopción de conductas preventivas (diferencias significativas antes y después de la intervención y con el grupo control)
3. Realización de la prueba citológica según corresponda a las mujeres (diferencias significativas con el grupo control)

Aspectos Éticos

Se explicó a las mujeres como se realizaría la intervención, cuáles son los beneficios de la misma en términos del desarrollo de habilidades y conductas de autocuidado. La participación en el programa de intervención siguió los principios del consentimiento informado. La intervención no es iatrogénica ni representa peligro alguno para la salud física o emocional de los participantes en la investigación.

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos que se aplicaron en este Programa de Intervención son:

- Cuestionario sobre Actitudes
- Entrevista estructurada para el diagnóstico de las etapas en que se encuentran las mujeres, según las etapas del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.
- Técnicas participativas, dinámicas de grupo, técnicas motivacionales y cognitivas conductuales
- Ficha de Evaluación de la intervención

Procesamiento de los datos y Análisis Estadístico

Toda la información se almacenó en bases de datos confeccionadas y se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS - 10

Se utilizaron distribuciones de frecuencias y medidas de resumen. Se utilizó la Prueba de Wilcoxon. Los resultados se presentaron en gráficos y tablas.

Resultados y Discusión

Las mujeres sujetos de investigación se distribuyeron según 3 grupos de edades dentro del Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino. El 10% de las mujeres se ubican entre los 25 y 34 años, el 15% entre los 35 y los 44 años, mientras el 25% entre 45 y 54 años. Predominaron en ambos grupos las mujeres con un nivel de escolaridad universitario, seguido de las de técnico medio. La mayoría de las mujeres están casadas o tienen una unión consensual, sólo un 20% se encuentran sin pareja.

Análisis cualitativo de los resultados del proceso de aplicación del programa de intervención.

Las expectativas con el programa de intervención estaban dirigidas a la búsqueda de información y el interés por aprender y tener propuestas prácticas para vivir saludablemente.

Se propiciaron discusiones donde referían que se sentían muy sobrecargadas, que apenas tenían tiempo para dedicarlo a ellas, se estableció una dinámica donde planteaban que ese era un buen momento para reflexionar, “asistir a todas las sesiones puede ser el comienzo para dedicar tiempo al cuidado de nosotras y luchar contra el estrés”, se refería.

Las ideas fundamentales sobre el concepto de auto cuidado estaban relacionadas con el autoexamen, responsabilidad con la salud, acción de protección, higiene, promoción y protección de la salud.

A partir de estas ideas se profundiza en el concepto de autocuidado, focalizando al sujeto como actor de su propia salud, en su propio beneficio. Son acciones que el individuo lleva a cabo para cuidar de sí mismo y de su entorno.

Se hizo énfasis en la importancia de la interacción entre procesos cognitivos, afectivos y conductuales, destacando el papel del conocimiento, la motivación y la conducta para ejercer el autocuidado y ser responsable con la salud.

Se llega al concepto colectivo como acción de protección de uno mismo lo que implica determinada responsabilidad con la salud y que se puede llevar a la práctica a través de autoexamen, mejor higiene y de la promoción de conductas saludables.

Se reflexiona sobre comportamientos sexuales irresponsables, tabaquismo, sedentarismo y hábitos nutricionales, estrés y alcoholismo, trabajando en grupos. Los planteamientos fundamentales realizados por cada grupo fueron:

- Comportamientos sexuales irresponsables plantean que *es algo muy peligroso, que ha ido aumentando en la juventud, que no piensan los riesgos que corren y en las posibilidades de enfermarse. Que no sólo afecta desde el punto de vista biológico sino también afectivo.*

- Tabaquismo: *son muchas las personas que fuman, que empiezan sin pensarlo y que después se quedan enganchados. Empiezan de adolescentes, casi niños y después no pueden dejarlo. Es un vicio que hace mucho daño a la salud y a la economía. Hay muchas personas que han dejado de fumar pero deben seguir haciéndolo más personas.* Una de los miembros del grupo se compromete a disminuir la cantidad de cigarros diarios que se fuma.

- Sedentarismo y hábitos nutricionales: se plantea que *el cubano de manera general no practica ejercicios físicos y que su comida es abundante en carbohidratos. Hay poca cultura alimentaria, se comen pocos vegetales y aunque la divulgación sobre la importancia de comer vegetales ha aumentado, todavía no es suficiente así como tampoco el consumo. Sobre los ejercicios físicos se conoce su importancia, pero las personas se escudan en el trabajo. No dedican tiempo a ellas mismas.*

- Estrés: plantean que *el estrés se debe a la vida agitada que se lleva, por lo que hay que dedicar tiempo a uno mismo. La misma práctica de ejercicios físicos disminuye el estrés y hace que las personas se sientan mejor. Hay que luchar contra el estrés y así tendremos un estilo de vida más saludable.*

- Alcoholismo: *este es un problema que ha ido en aumento, tanto en jóvenes como en adultos, en mujeres y en hombres. Hace que la persona se afecte ante la familia, el trabajo y la sociedad. Tiene problemas de todo tipo. Se venden bebidas alcohólicas en cualquier lugar las 24 horas del día, lo que ayuda a un mayor consumo.*

El grupo discute sobre la importancia de un estilo de vida sano. Plantean como *con un estilo de vida sano se puede mantener la salud, sentirse bien y prolongar la vida y que para esto es necesario realizar autoexamen de mamas, prueba citológica, hábitos nutricionales adecuados, mantener la higiene, practicar ejercicios físicos, no tener hábitos tóxicos, luchar contra el estrés y realizar todo aquello que redunde en beneficio de la salud.*

Para vivenciar los estilos de vida saludables utilizamos la técnica de dramatización. Se dividió en 3 subgrupos. Un grupo dramatizó un estilo de vida saludable, otro grupo un estilo de vida no saludable y un tercer grupo de espectadores u observadores que analiza las situaciones presentadas.

El primer subgrupo con un estilo de vida saludable representó una familia preparando la comida donde los componentes fundamentales son la vianda hervida, vegetales, jugo de frutas. En ese momento llega uno de los hijos que venía de la pista donde realiza ejercicios. En otra escena se ve a la abuelita

cociendo el pantalón de hacer ejercicios el abuelo pues se le había roto en el Círculo de abuelos. Participan todos los miembros de ese grupo.

El segundo con un estilo de vida no saludable representó un grupo de amigos que comparten en una fiesta y tienen que irse antes de tiempo porque uno de ellos que toma bebida alcohólica todos los días en grandes cantidades al ingerir el segundo trago que dan empieza a sentirse mal, hablar alto, se tambalea de un lado hacia el otro. Sus amigos lo llevan para su casa y cuando llega la madre les dice que ya no sabe que van hacer con él pues está presentando muchas diarreas, no come, no deja de fumar, se fuma una cajetilla de cigarro al día y no quiere ir a hacerse un chequeo médico. Participan también todos los miembros del grupo.

El grupo observador identifica que el estilo de vida sano es el del primer grupo pues tienen hábitos nutricionales adecuados y practican ejercicios físicos. Argumentan la importancia que tienen para la salud, así como para prevenir las enfermedades y compensarlas cuando ya existen, fundamentalmente las Enfermedades Crónicas no Transmisibles como son la Hipertensión, la Diabetes Mellitus, el Asma, el Cáncer, etcétera.

En el segundo grupo se discute sobre las adicciones fundamentalmente el alcoholismo y el tabaquismo. Expresan los daños que las mismas tienen para la salud y las enfermedades que pueden ocasionar haciendo énfasis fundamentalmente en el cáncer. Señalan que el tabaquismo es una de los primeros factores del cáncer tanto para mujeres como para los hombres y que en las mujeres el cáncer de mama y el cérvico uterino se están incrementando.

Como hemos observado en esta sesión de trabajo las mujeres reflexionaron sobre el autocuidado y los estilos de vida. Se evidencian ya el comienzo en esta sesión de reflexiones más profundas. En la dramatización usaron información obtenida en la discusión por subgrupos y plenarias sobre los factores de riesgo, así como la ya adquirida por ellas en su experiencia anterior. El grupo se muestra muy interesado y motivado por la realización de las actividades. Se han identificado claramente las conductas que pueden beneficiar o dañar la salud. Se comienza a evidenciar los cambios de la etapa de Contemplación, donde todas las

mujeres conocen cuales son sus problemas y se preocupan por sus causas, a la etapa de la Preparación donde ya ellas van tomando decisiones y realizando ajustes conductuales para prepararse para el cambio.

En otra sesión se trabajaron los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino y la Prueba citológica.

Se comienza la sesión devolviendo la tarea para la casa. Dentro de las actividades que realizaron los miembros del grupo para lograr estilos de vida saludables encontramos: salir a pasear, discutir menos en la casa, caminar, ser más tolerante, realizar ejercicios físicos, comer más ensaladas de vegetales, realizarse la Prueba citológica, autoexamen de mamas.

Esta última actividad la realiza una de los miembros del grupo que es médico y se aprovecha para que ella dé una explicación sobre la importancia del autoexamen de mamas realizándolo demostrativamente.

Para reflexionar sobre los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino se realiza la técnica En río revuelto, ganancia de pescadores: ¿Cuáles son los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino? Las tarjetas a pescar contenían los siguientes factores de riesgo:

1. Frecuentes infecciones vaginales transmitidas por relaciones sexuales.
2. Múltiples parejas sexuales
3. Relaciones sexuales tempranas y frecuentes
4. Tabaco
5. Primer embarazo temprano
6. Número excesivo de partos.

Se brinda información sobre la prueba citológica y su importancia a través de una conferencia interactiva e ilustrativa, utilizando el instrumental de la prueba citológica, láminas, etc. El grupo va preguntando sus dudas en el transcurso de la actividad e interactúa con el instrumental, lo palpan, lo observan por un lado y por otro.

Se concluyen las ideas esenciales y se motiva al grupo de manera que se generan compromisos para la realización de la prueba citológica y otros

comportamientos saludables, lo que demuestra que han obtenido determinados conocimientos, prácticas y vivencias, que las ubican en un nivel superior con relación al autocuidado y la responsabilidad con la salud que cuando comenzaron el primer día. Se les explicó la importancia de los autoregistros y compromisos en la regulación de la conducta.

Los compromisos estaban relacionados con la Prueba Citológica, ya sea su realización, repetición o asistencia a consultas de patología de cuello. Otros compromisos estuvieron relacionados con “disminuir el consumo de cigarros”, “hacer ejercicios y tener más tolerancia para disminuir el estrés”, “hacer ejercicios físicos”, “disminuir el consumo de grasas y carbohidratos”, “realizar mensualmente el autoexamen de mama”, “no exigirme tanto con las tareas del hogar, compartiendo con los demás”, “acudir al médico a medirme la vista”, “tener paciencia”, “dormir más”, “pensar más en mí”, “alimentarme y tomar más agua”, “acudir más periódicamente al médico de familia y seguir todo al pie de la letra”.

Como observamos los compromisos estaban relacionados con las necesidades identificadas por cada una de las integrantes del grupo para lograr un mejor autocuidado y un estilo de vida sano.

En esta sesión de trabajo podemos observar que se van produciendo cambios en el comportamiento del grupo relacionados con la salud, así podemos señalar que pasaban de la adquisición del conocimiento a la preparación para la acción.

Se realizó otra sesión para analizar y dinamizar conocimientos y vivencias adquiridas sobre el Autocuidado. Se devuelve al grupo la tarea para la casa, con los siguientes resultados: realización de prueba citológica, se mantienen realizando ejercicios físicos, pelean menos y son más tolerantes, dieta más balanceada.

Se trabajó con la técnica Jurado 13 para lograr el objetivo de la sesión, donde se pudo constatar un mayor nivel en los conocimientos por las valoraciones y juicios aportados, así como más involucradas afectivamente con el tema.

En las evaluaciones de las sesiones de trabajo las integrantes del grupo plantean sentirse satisfechas, sus expectativas se han cumplido y en ocasiones

han sido superadas. Podemos resumir sus criterios en los siguientes planteamientos: *el trabajo resultó muy interesante, aprendimos a vivir saludablemente, compartimos un rato agradable dedicado a nosotras mismas, nos identificamos con la salud, aprendimos la importancia y la necesidad de la prueba citológica, transmitimos los conocimientos adquiridos a otros familiares, realizamos acciones encaminadas a promover y proteger la salud.*

Luego se pasó a la evaluación final de las sesiones de trabajo a través de la ficha o planilla de evaluación, con los siguientes resultados:

Las mujeres del grupo de la intervención consideraron que el programa les resultó de mucha calidad y utilidad, refiriendo que los temas tratados han sido apropiados, relacionados con sus vidas y muy necesarios. La forma en que se han tratado los contenidos ha sido participativa, divertida y muy profesional.

Refirieron que las coordinadoras del programa provocaron la participación del grupo de una manera adecuada, que han transmitido los contenidos de forma clara y amena, además han sabido tener en cuenta las opiniones del grupo. Con relación a la participación del grupo plantearon que la participación y colaboración del grupo fue bueno, el grupo funcionó de manera activa, positiva, respetuosa y creativa.

La autoevaluación que realizan de su participación individual la consideran buena aunque algunas piensan que pudieran haber participado más, señalan que ha sido muy útil para sus vidas y que se han sentido muy bien con el grupo.

Se propone como tarea hacer autoregistro de autoexamen o pruebas en función de la responsabilidad con la salud.

Se termina esta sesión con la realización de la técnica de los Refranes relacionándolos con el autocuidado:

- La que a buen árbol se arrima ----- buena sombra la cobija.
“Cuando hay autocuidado, hay salud”
- Todo lo que brilla ----- no es oro.
“Aunque aparentemente estemos bien, tenemos que cuidarnos”
- Perro que ladra ----- no muerde.

“No siempre que sentimos una molestia hay una enfermedad, pero debemos ir al médico para evitar males mayores”

- De tal palo ----- tal astilla.

“Si no nos cuidamos nuestra salud nuestros hijos tampoco se cuidarán”

En esta sesión están presentes ya procesos de cambio que se han provocado a partir de la adquisición y puesta en marcha de determinadas estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que se utilizaron para modificar el comportamiento de las mujeres.

Comparación de los grupos Experimental y Control

Conocimiento sobre el Cáncer Cérvico Uterino

Al comienzo de la intervención el 60% de las mujeres del grupo experimental y el 70% del grupo control tenían información sobre el Cáncer Cérvico Uterino. Al terminar la intervención encontramos que en el grupo experimental la totalidad de las mujeres referían tener información mientras el grupo control se mantenía igual que al comienzo, lo que demuestra que la intervención contribuyó a aumentar la cantidad de mujeres con información sobre el Cáncer Cérvico Uterino (ver Tabla No.1)

Tabla No.1 Información sobre Cáncer Cérvico Uterino antes y después de la intervención

Información sobre Cáncer Cérvico Uterino ANTES	GRUPO		Información DESPUES					
			Si	%	No	%	Total	
	Fr.	%						
Experimental	SI		12	60	0	0	12	60
	NO		8	40	0	0	8	40
	Total		20	100	0	0	20	100
Control	SI		14	70	0	0	14	70
	NO		0	0	6	30	6	30
	Total		14	70	6	100	20	100

Fuente: Cuestionario antes y después de la intervención

¿Qué conocían y qué conocen ahora sobre el Cáncer Cérvico Uterino?

El aumento de este conocimiento en el grupo experimental no fue solo cuantitativo sino también cualitativo pues en los resultados finales los conocimientos eran más amplios y más profundos Ver Gráfico No. 1. Los factores de riesgo que más se identifican y que mayor conocimiento demuestran tener las mujeres son las relaciones sexuales promiscuas, las enfermedades de transmisión sexual, el inicio precoz de las relaciones sexuales y la adecuada higiene personal.

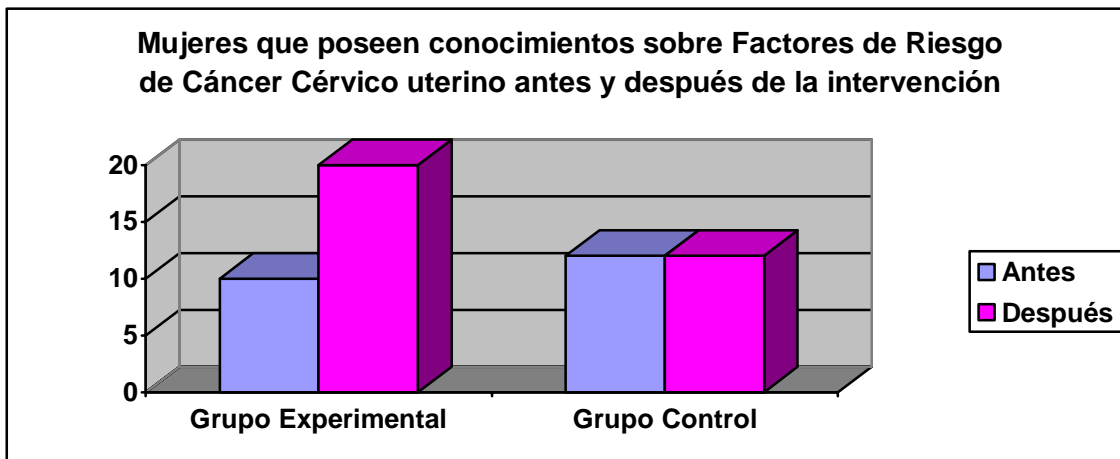


Gráfico No. 1.

Fuente: Entrevista estructurada antes y después de la intervención

Es importante destacar que tanto el grupo experimental como el control conocía que el Cáncer Cérvico Uterino se puede detectar y prevenir con la realización de la Prueba Citológica, la diferenciación entre ambos grupo se da al final de la intervención en cuanto al conocimiento más profundo que adquiere el grupo experimental sobre dicha prueba, su instrumental, su procesamiento clínico y diagnóstico y adquirieron mayor conocimiento también sobre la anatomía y estructura del cuerpo de la mujer.

Actitud hacia la realización de la Prueba Citológica

En el caso de las mujeres que mostraron una actitud negativa ante la realización de la prueba citológica y otras conductas de autocuidado encontramos que refieren fundamentalmente que existe una despreocupación por no sentirse enfermas, por olvido y darle prioridad a otros problemas. Una minoría refiere dolor, molestia o miedos.

Estableciendo una relación entre la realización de la prueba citológica y la atribución de la responsabilidad de la realización de la misma encontramos que un 20% de las mujeres que no se han realizado la prueba citológica consideran que la responsabilidad de la misma es del médico y enfermera de la familia, estas mujeres pertenecen al grupo control, en este sentido la intervención realizada modificó actitudes y creencias pues el grupo experimental considera que la responsabilidad es de ellas.

Al terminar la intervención ya se habían realizado la prueba citológica más del 90% de las mujeres del grupo experimental.

Cambio de etapas

En el estudio se recogió información para controlar el cambio de etapas para las conductas de autocuidado en general y para las conductas de prevención del cáncer cérvico uterino.

Con relación a las conductas de autocuidado al terminar la intervención en el grupo experimental sólo 2 mujeres permanecían en la misma etapa que al inicio: comenzaron con la etapa 2, Contemplación y se mantuvieron en la misma, las restantes 18 cambiaron o asumieron conductas protectoras de la salud. En el grupo control se produjeron cambios de etapas sólo en 4 mujeres que comenzaron con la etapa 4, la de acción y pasan a la 5 pues mantenían los mismos comportamientos después de terminada la intervención (ver Tabla 2).

Grupo	Etapas	Antes		Después	
		No. Casos	% de Grupo	No. Casos	% de Grupo
Experimental	Precontemplación	4	20%	0	0%
	Contemplación	10	50%	2	10%
	Prep. para Acción	2	10%	6	30%
	Acción	4	20%	8	40%
	Mantenimiento	0	0%	4	20%
	Total	20	100%	20	100%
Control	Precontemplación	4	20%	4	20%
	Contemplación	8	40%	8	40%
	Prep. para Acción	4	20%	4	20%
	Acción	4	20%	0	0%
	Mantenimiento	0	0%	4	20%

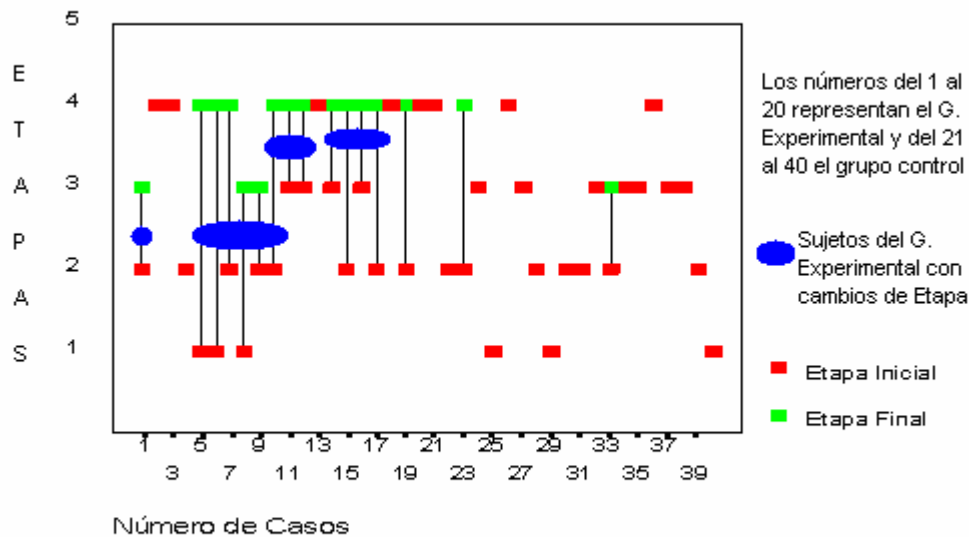
	Total	20	100%	20	100%
--	-------	----	------	----	------

Tabla No. 2 Etapa inicial autocuidado por etapa final autocuidado según grupos
 Fuente: Entrevista estructurada antes y después de la intervención

Con relación a las conductas de prevención del cáncer cérvico uterino, en el grupo experimental se produjo cambio de etapa en el 90% de las mujeres, sólo 2 se mantuvieron realizando las mismas conductas, en la etapa de contemplación sin manifestarse en ellas los constructos de balance decisorio y tentación para la acción (ver Gráfico No.2). El 90% se realizó la prueba citológica en el período que le correspondía.

En el grupo control sólo el 30% produjo cambio de etapas. El 30% se realizó la prueba citológica en el período que le correspondía.

Gráfico No. 2 Cambio de etapas en Cáncer Cérvico Uterino



Fuente: Entrevista estructurada antes y después de la intervención

Para demostrar estadísticamente la efectividad del programa de intervención aplicamos la prueba de Wilcoxon para comparar en el grupo experimental y control los resultados antes y después de aplicar el programa. Tanto en el Autocuidado como en el Cáncer Cérvico Uterino el nivel de significación en el grupo experimental es <0,05, lo que demuestra la efectividad de la intervención. En el

grupo Control $p>0,05$, lo que indica que los cambios ocasionados en este grupo no son significativos estadísticamente.

Los criterios de eficacia de la intervención se cumplieron porque:

- Se incrementaron conocimientos, actitudes y prácticas en el grupo experimental, encontrándose diferencias significativas antes y después de la intervención y con el grupo control.

- Se produjeron cambios hacia la adopción de conductas preventivas. Se demostró estadísticamente las diferencias significativas antes y después de la intervención y con el grupo control.

- Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos relacionadas con la realización de la prueba Citológica durante el período comprendido para la intervención y sus resultados.

CONCLUSIONES

- Se demostró la efectividad de los métodos educativos de cambios por etapas.

- Se logró aumentar el conocimiento de las mujeres sobre autocuidado y Cáncer Cérvico Uterino.

- Se logró movilizar la conducta de las mujeres para la realización de comportamientos de autocuidado y protección de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta M. (2006) Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. **Rev Cubana Enfermería 22(1)**

Grau J, Florez L.(2005) Estrategias de actuación de la Psicología de la salud, en **Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones**. Universidad de Guadalajara. México.

Morales Calatayud, F. (1999) "La Psicología en la Atención Primaria" en **Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo**. Editorial Científico Técnico, Ciudad de la Habana, 100-101.

Prochaska, J.O; DiClemente,C.C.(1982) Transththeoretical terapy. Toward a more integrative model of change. **Psychoterapy: Theory, Research and Practice**, 19 276-288.

Rodríguez Marín, J.(1995) Promoción de salud y prevención de la enfermedad en **Psicología social de la salud**. Editorial Síntesis, Madrid.

Romero, T. (2003) Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer en metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. **Revista Psicología de la Salud**. Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad Veracruzana. Volumen 13, No.1 Enero- Junio. 87-101 ISSN: 1405-1109.

Weinstein, N. (1988) The precaution adoption process. **Health Psychology**, 4 355-385