

# IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA ACEPTACIÓN DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

## Impact of Patient Education on the Acceptance of Early Detection of Cervical Cancer

Vega Orozco C, \* Landgrave Ibañez S, \*\* Torres Salazar B.\*\*\*

\*Residente de tercer año de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28. Gabriel Mancera, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). \*\*Coordinadora de la Biblioteca "José Laguna García" Dpto. De Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). \*\*\*Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y Titular de la Residencia de Medicina Familiar en la UMF 28 Gabriel Mancera, IMSS.

Correspondencia.

Correo Electrónico:veoce2110@yahoo.com.es

Recibido: 24-10-08

Aceptado: 04-03-09

se incrementó la aceptación a la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Palabras Clave: Educación de pacientes, Detección temprana del cáncer, Tamizaje de cáncer.

### RESUMEN

**Objetivo:** Cuantificar la aceptación a la detección oportuna del cáncer cervicouterino después de una intervención educativa (IE). **Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal, y cuasi experimental. Muestreo probabilístico, aleatorio simple. Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México; entre marzo y junio de 2006. Se compararon dos grupos de 40 pacientes con y sin IE. Se realizó evaluación con  $\chi^2$  y prueba de Wilcoxon. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSSV10. La estrategia utilizada para efectuar la IE fue a través de grupos de discusión. **Resultados:** Wilcoxon de - 4.964,  $P = 0.000$  estadísticamente significativa y  $\chi^2$  de 6.400 con  $P = 0.011$ , estadísticamente significativa. En este estudio la aceptación a la detección oportuna del cáncer cervicouterino dependió de recibir o no la IE. **Conclusiones:** Se modificaron los conocimientos de la población que recibió la IE y

### ABSTRACT

**Objective:** To quantify the acceptance of early detection of cervical cancer after an Educational intervention (EI). **Material and Methods:** Retrospective, cross-sectional and quasi-experimental study. Random sample. Carried out at Family Medicine Unit 28 of the Mexican Social Security Institute in Mexico City between March and June 2006. We compared two groups of 40 patients with and without EI. Evaluation was performed with  $\chi^2$  and Wilcoxon tests. Statistical analysis was conducted with the SPSS V.10 software program. The strategy employed to administer the IE was by means of focus group. **Results:** Wilcoxon, - 4.964,  $P = 0.000$ , which was statistically significant, a  $\chi^2$  of 6.400,  $P = 0.011$ , which was also statistically significant. In this study, acceptance of early detection of cervical cancer depended on receiving the EI or not. **Conclusions:** The EI modified the knowledge of patients receiving the intervention, and

acceptance of early cervical cancer detection increased.

Key Words: Education of Patients, Early Detection of Cancer, Cancer Screening.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CACU) ocupa el segundo lugar como neoplasia maligna en el mundo.<sup>1-13</sup> Las tasas más elevadas se encuentran en países en vías de desarrollo; siendo más frecuente durante la tercera y cuarta décadas de la vida.<sup>1-4</sup> Aproximadamente el 25% de los casos de CACU y casi el 50% de las muertes se producen por en mujeres de 65 años o más. Las tasas máximas de lesiones precancerosas del cérvix se inician, de una o dos décadas antes del pico máximo de CACU.<sup>5-10</sup> En México ocupa el primer lugar, entre las primeras 10 causas de muerte,<sup>1, 3, 6, 7, 9</sup> constituyendo un importante problema de salud. La etiología certera aún se desconoce, pero existen factores de riesgo como: edad mayor a 25 años,<sup>1,7</sup> inicio de actividad sexual antes de los 19 años,<sup>1,7,14,18</sup> promiscuidad de ella y la pareja,<sup>3,7,12,14</sup> multiparidad,<sup>7</sup> embarazo antes de los 18 años,<sup>1,7,14</sup> enfermedades de transmisión sexual,<sup>1,7</sup> deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E,<sup>1,3,7</sup> bajo nivel socio económico,<sup>3</sup> tabaquismo,<sup>7,14</sup> infección por el virus del papiloma humano 16 y 18 (VPH).<sup>3,7,14,18</sup> Infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>13</sup> Pero existe una barrera psicosocial que contribuye a entorpecer la detección oportuna del CACU.<sup>7,14</sup>

En cuanto a la presentación clínica, se sabe que es variable e inespecífica. El Cáncer cervical intraepitelial (CCI) puede producir friabilidad y ulceración del cérvix, dando lugar a manchado o sangrado ínter menstrual; flujo vaginal por infección secundaria y dolor pélvico por extensión local del tumor que indicaría enfermedad avanzada; la presencia de hidronefrosis orienta a obstrucción ureteral; la formación de fístulas vesicales o intestinales y edema de miembros inferiores puede pre-

sentarse por obstrucción linfática e indican un CCI extenso con un pronóstico malo.<sup>3</sup> El diagnóstico, se basa en los datos de inspección macroscópica del cuello uterino, citología cervical, complementándose con la colposcopia y la biopsia dirigida. Siendo el método de detección más adecuado para tamizar a la población el Papanicolaou<sup>1</sup> según la Norma Oficial Mexicana para la detección y prevención de CACU. En cuanto al tratamiento se lleva a cabo de acuerdo al resultado citológico, las pacientes con diagnóstico negativo a cáncer deben citarse al año para estudio de control, pacientes con resultado compatible a infección por VPH, displasia leve, moderada, grave, *in situ*, y carcinoma microinvasor, deben ser canalizadas a colposcopia y biopsia dirigida a una clínica de displasias, para confirmar diagnóstico y en su caso realizarse tratamiento conservador con criocirugía, láser terapia o electrocirugía, etc., por el ginecólogo, colposcopista o cirujano oncólogo, así como seguimiento de cada caso.<sup>2,7-10</sup>

La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento e incluye dos importantes procesos; la toma y la interpretación de la muestra. Se dirige a toda mujer de más de 25 años de edad o menos; con vida sexual activa o antecedente de haber iniciado vida sexual,<sup>1</sup> con y sin factores de riesgo y estilos de vida que contribuyan a la ocurrencia de la enfermedad. Se informa sobre las técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna del cáncer, persuadiéndolas a aceptarla, requiriéndose de un programa coordinado que asegure que la población femenina conozca los motivos de la detección, los procedimientos, significado de los resultados y la eficacia de los tratamientos recomendados. Así mismo, es necesario proporcionar la información al sexo masculino desde el inicio de su madurez sexual, ya que su participación en los factores de riesgo es fundamental, además de que impulsa a su pareja a realizarse la detección con oportunidad.<sup>5,7,11,13,15,18.</sup>

## Antecedentes del tema de investigación

La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención del Cáncer Cervicouterino e incluye dos importantes procesos; la toma y la interpretación de la muestra. Se dirige a toda mujer de más de 25 años de edad o menos; con vida sexual activa o antecedente de haber iniciado vida sexual, con y sin factores de riesgo y estilos de vida que contribuyan a la ocurrencia de la enfermedad.

Existen intervenciones educativas en las que es necesario involucrar procesos que propicien el autocuidado y favorezcan el proceso de adopción de precauciones, logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el programa de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino tiene factores que lo limitan, detectándose como principal barrera, la poca o nula información que tienen las mujeres sobre el programa, además aspectos psicológicos y morales, aunado a la falta de integración y trabajo en el equipo de salud, ya que el médico envía a la DOC pero no educa a la mujer;<sup>7,11,12</sup> en esto radica la importancia de saber que en la educación para la prevención del CACU es necesario que todos los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal dedicado a la atención médica sean capacitados en actividades de detección, promoción, obtención de la muestra, interpretación de los resultados, seguimiento y control.<sup>7,11</sup> También es fundamental educar a mujeres y niñas sobre higiene, importancia del chequeo y la identificación de síntomas para la detección temprana y tratamiento de la enfermedad, fisiología reproductiva y salud sexual e involucrar a grupos de mujeres en educación para la promoción de una buena salud. Para su logro se deben tomar en cuenta los procesos psicosociales en educación en salud y prevención del cáncer dado que el comportamiento irresponsable del humano es el factor cancerígeno más importante; modificarlo es indispensable y para potenciarlo es imperativo que los médicos de familia, psicólogos y agentes facilitadores conozcan cómo propiciar la transformación y trabajar con los elementos esenciales de algunas de las categorías psicosociales intervinientes.

La psicología científica considera un proceso efectivo de educación en salud a aquél que aporta a la persona un conocimiento asimilable a las condiciones intelectuales de los problemas de salud a que puede estar expuesta y de sus posibles soluciones; mediante técnicas de aprendizaje variadas, dinámicas y vivenciales; tomando en cuenta valores, creencias y cultura para producir cambios en los conocimientos, actitudes y práctica de las

personas frente a la salud, reflejándose en un incremento en la calidad de vida.<sup>4</sup>

Existen intervenciones educativas -como acciones de prevención- en las que es necesario involucrar procesos que propicien el autocuidado y favorezcan el proceso de adopción de precauciones, logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud. Para desarrollar un plan de trabajo efectivo, es necesario determinar quiénes son los participantes de acuerdo a su nivel educativo, experiencias, habilidades, género, edad, ocupación (cuál, cuándo, cuánto tiempo), escolaridad, cuántos son aproximadamente; cuándo será la intervención (día, hora, año, mes, duración); dónde se realizará la estrategia, tamaño de estancia, equipo, suplementos, localización; tema que el educador debe saber; propósito del educador; como se realizará (radio, TV, revistas, diapositivas, escrito o hablado); como comprometer al participante, como retroalimentar la enseñanza y como evaluar su efectividad; metas (resultado general que se espera cumplir o alcanzar al final del proceso); objetivos (deberán describir los cambios esperados, en conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres); seleccionar el método apropiado, de acuerdo al cambio que se espera en los participantes. Entonces si desea aumentar el conocimiento se sugiere presentación con diapositivas, panel de discusión, videos, lecturas, instrucción programada; si desea impactar en la actitud, trabajar lluvia de ideas, estudio de casos, arte creativo, situaciones intervencionistas, abrir y terminar discusiones, memorias familiares, roles; para modificar conductas y promover habilidades se sugiere realizar planes de acción, demostración, guía práctica con retroalimentación, práctica, roles y simulación<sup>19</sup>.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo, transversal, comparativo descriptivo, de Intervención. Muestreo probabilístico, aleatorio simple. Muestra de mujeres

que cumplieran con los criterios de inclusión (edad de 20-75 años, vida sexual iniciada, una o más parejas sexuales, uno o más partos y o embarazos, fumadoras, DO de CACU nunca, derechohabientes del la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28), exclusión (<20 años, >75 años, sin inicio de actividad sexual, nuligesta, que se hayan practicado al menos una vez la DOC, no derechohabientes de la UMF 28), y eliminación (de 20-75 años que se hayan realizado Detección Oportuna (DO) de CACU, sin teléfono, residencia fuera del DF, que firmen el consentimiento informado pero que no reciban IE). Se estudiaron dos grupos comparativos de 40 integrantes cada uno. Tamaño de la muestra calculado mediante estadígrafo Z para comparar proporciones de variables dicotómicas. *Variables:* Intervención educativa (independiente, cualitativa, nominal simple, dicotómica); Aceptación de la DO CACU (dependiente, cualitativa, nominal, simple, dicotómica). *Diseño estadístico:* evaluación estadística de la variable dependiente mediante  $\chi^2$ , la independiente con Wilcoxon y  $\chi^2$ , medidas de tendencia central y de dispersión. Análisis estadístico con programa SPSS. *Intervención Educativa utilizada:* "Grupos pequeños de discusión" (Actividad que permite al participante compartir sus experiencias y resolver sus dudas o problemas, capacitarlo para presentar sus ideas en un pequeño grupo, mejorar la solución a los problemas, ayudar a los participantes a aprender cada vez más, ofrecerles una grata sensación de responsabilidad en el aprendizaje, promover trabajo libre, clarificar sus valores personales).

### Plan de trabajo:

1. Determinar quiénes son los participantes. Pacientes que lleguen al módulo de PREVENIMSS que cumplan los criterios de selección de la muestra.
2. Cuándo: miércoles, en horas hábiles de la UMF 28, de marzo a junio del 2006, con duración de 15-20 minutos por sesión, en forma personalizada (informante-paciente).
3. Dónde: módulo de PREVENIMSS.
4. Tema que el educador debe saber:

CACU, mediante un folleto informativo que permita a la paciente conocer más sobre CACU y la DO de CACU.

5. Propósito del educador: cambios en el conocimiento, actitud, conducta comportamiento, habilidad y cumplir los objetivos planteados en este trabajo. Por tanto lograr la aceptación de la DO por las pacientes que reciban la intervención educativa.
6. Cómo se realiza: mediante un folleto informativo, cuya explicación es escrita y hablada, personalizada para comprometer a la participante, logrando retroalimentar la enseñanza resolviendo interrogantes surgidas y se evalúa su efectividad, mediante la aceptación del papanicolaou y un cuestionario pre y postintervención que muestre el nivel de conocimientos antes y después -acerca de cáncer cervicouterino-.
7. Metas: modificar la posición de las pacientes ante la aceptación de la DO y mejorar el nivel de conocimientos acerca de éste y el Cáncer cervicouterino.
8. Objetivos: promover la aceptación de la DO. Incrementar el nivel de conocimientos en la población femenina acerca de la detección selectiva. Mejorar la actitud a favor de la aceptación de la DO. Lograr la aceptación más rápida y fácil de la detección selectiva.

## RESULTADOS

### Estadística descriptiva

Se estudió una muestra de 80 pacientes, en dos grupos, con edad mínima de 20 y máxima de 74 años y una media de 39.85. Grupo 1 (40 mujeres que reciben IE) y grupo 2 (40 mujeres sin IE). La aceptación de la DO de CACU en el grupo 1 fue del 70% (28 pacientes); y el grupo 2 del 40% (16 pacientes). En cuanto al nivel de conocimientos acerca del CACU, en el grupo 1, el 32.5% tuvo un nivel malo de conocimientos previo

## Aportaciones de esta investigación

Después de incorporar una IE, los conocimientos sobre CACU (prevención, definición, complicaciones individuales y familiares, factores de riesgo) cambiaron la posición de la pacientes ante la aceptación de la Detección Oportuna del de Cáncer Cervicouterino.

La prevención del Cáncer Cervicouterino depende en gran medida de la educación para la salud; pero esta es más efectiva cuando se enfoca hacia temas estratégicos en pacientes o población en riesgo independientemente del nivel sociocultural.

a la intervención, 57.7% bueno, 10% muy bueno. Y después de la IE se observó que el nivel de conocimientos fue 5% malo, 8% bueno y 87% muy bueno, aumentando este último grupo en 70%. La aceptación de la DO de CACU fue mayor, cuanto mayor era el nivel de conocimientos acerca de CACU.

### **Estadística inferencial**

Se realizó  $\chi^2$  con  $P$  0.011, estadísticamente significativa, para el grupo 1. Para el grupo 2, la  $\chi^2$  fue de 1.600 con una  $P$  1.600, marcando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos respecto a la aceptación de la DO de CACU; luego entonces la toma de esta decisión depende de recibir o no la IE, siendo mayor en el grupo 1, con IE. La prueba de Wilcoxon se utilizó para evaluar el nivel de conocimientos pre y post IE, cuyo valor fue  $-4.964$ , con  $P = 0.000$  estadísticamente significativa, corroborando que el incremento del nivel de conocimientos post IE, como la aceptación de la DO de CACU fue secundario a la IE.

### **Discusión**

De acuerdo a los datos encontrados en la literatura consultada, el CACU es la neoplasia más frecuente en las mujeres mexicanas, y causa de alta mortalidad en esta población pero es una enfermedad prevenible.<sup>1, 13, 11</sup>. Enfocando al primer nivel de atención, tenemos que los factores de riesgo y factores socioculturales como no haberse realizado la DO de CACU nunca, son maleables, por ello es importante incidir en éstos. También, al igual que la literatura, se observó que no importa la edad, clase social, religión, ocupación, escolaridad, las mujeres no se realizan la detección oportuna de cáncer cervicouterino<sup>1, 7, 14, 18</sup>. Pero tomando en cuenta a la educación como prevención de enfermedades y parte del cuidado para la salud, se observó que después de incidir mediante una IE, los conocimientos sobre CACU (prevención, definición, complicaciones individuales y familiares,

factores de riesgo), cambiaron su posición ante la aceptación de la DO de CACU, dado que la muestra estudiada nunca se la habían realizado, y el grupo que recibió IE presentó mayor aceptación de éste, comparadas con el grupo control, independientemente de los antecedentes sociodemográficos.

Al evaluar las respuestas del cuestionario aplicado pre y post IE se encontró que muchas respuestas que no fueron acertadas, fueron marcadas como NO SÉ lo que sugiere que quizá tenían el conocimiento pero que no era lo suficientemente firme como para asegurar o negar algo. Lo cual mejora posterior a la intervención educativa, pues no sólo aumentó la aceptación de la DO de CACU si no que mejoraron las respuestas, ya que las pacientes fueron capaces de dar una respuesta concreta de SI o NO; incrementando y fortaleciendo sus conocimientos. Por tal motivo y de acuerdo a las pruebas de estadística inferencial, concuerdan nuestros resultados con la literatura, pues la prevención del CACU depende en gran medida de la educación para la salud pero es mejor cuando se enfoca hacia temas estratégicos en pacientes o población en riesgo independientemente del nivel sociocultural.

### **CONCLUSIONES**

- Siempre es importante realizar investigación, no todo está resuelto, y se puede realizar en cualquier nivel de atención médica.
- Es fundamental la prevención y aún más en un sistema socioeconómico como el nuestro -sobre todo tratándose de una enfermedad con tal trascendencia-.
- Detectar a la población vulnerable es prioritario y evaluar su nivel educativo respecto al cuidado de la salud.
- Con la IE se lograron modificar los conocimientos de las mujeres incluidas en el estudio, ya que estos se incrementaron y reforzaron, lo cual permitió impactar en su posición y actitud ante la detección oportuna del CACU “el Papanicolaou”, dado que la aceptación de éste fue mayor

en quienes recibieron la IE.

- El médico familiar debería verificar que la información proporcionada sea oportuna, veraz y amplia, en forma familiar e individual, porque sabemos que la familia como sistema debe permanecer en

equilibrio pues la afección de cualquier integrante repercutirá en todos.

- Quedan abiertas interrogantes que resolver, pues esto involucra no solo al médico familiar sino a todo un equipo de trabajo para el cuidado de la salud.

## Referencias

1. Farfán L. y col. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Rev. Enf. IMSS* 2004; 12 (3): 123 – 130
2. Salinas MA. y col. Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el estado de Nuevo León. *Salud Pública de México* 1997; 39: 187 – 194.
3. Mavin AD, Hall K. Detección selectiva del cáncer de cervix. Director: Elizabeth AW. *Clínicas de Norteamérica en Medicina Preventiva*, pp. 599 – 613.
4. Guibert RW y col. Procesos psicosociales en la educación en salud y la prevención del cáncer. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000; 16 (2): 186-93.
5. Zas RB. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000;(7):1-9.
6. Chavarria OM. y col. La investigación en salud de la mujer en el siglo XXI. *Cirugía y Cirujanos* 2002; 70: 194- 99.
7. Norma Oficial Mexicana, NOM-014- SSA2-1994. "Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello uterino y de la mama en la atención primaria". Secretaría de salud México 1994.
8. Wolfson D. Alianza para la salud de la mujer. Cuarta conferencia sobre la mujer de las Naciones Unidas 1995. Febrero, Beijing 1995.
9. Ochoa CF. XXII Congreso Nacional de Oncología. Sociedad Mexicana de Oncología A.C. 2004. Oct. 20; Mérida, Yucatán. México, 2004.
10. Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994. "Para la vigilancia epidemiológica". Secretaría de salud de México 1994.
11. Aguilar PJ. Y col. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Salud Pú* 2003; 37(1):10-11
12. Aranda G. Experiencias del Papanicolaou en mujeres derechohabientes del IMSS en la ciudad de Hermosillo, Sonora. *Reflexiones Durante la investigación. Rev. Med. IMSS.* 2000;(3):1-10.
13. Sánchez BL. Prevención del cáncer de cervix. ¿Cuál es nuestra realidad? *Aten Primaria* 2004; 33 (5): 229 – 236.
14. Zaruma MA. Y
15. col. Factores de riesgo para cáncer de cervix. *Ginecol Obstet Méx.* 2003;71:112—117.
16. Hines S. y col. Prevención del cáncer: Medidas Eficaces. *Aten Médica* 2000; (3):27 – 41
17. Sistema de Información de mortalidad (SISMOR). *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (4) 353 – 364.
18. Indicador de Cobertura 2004. para CACU. Próxima aparición. SUI – 29 enero – Julio 2004.
19. Castellanos MM. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. *Rev. Facultad de Med. UNAM* 2003; 46 (2): 1-6.
20. <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/resources/trainers-guide-cancer-education/>
21. Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud 1987.p:8-13
22. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Gac Med Méx.* 2001; 137:387-89.
23. Ponce ER. Guía para la tutoría de proyectos de investigación en Medicina Familiar. UNAM 2003. México.