

# AUTO - TOMA VAGINAL: ¿UNA FORMA DE EMPODERAMIENTO Y AUTONOMÍA DE LA MUJER?

## 1. Resumen

En Bolivia el cáncer cervical es la principal causas de muerte por cáncer entre las mujeres. Su desarrollo está relacionado a la infección persistente con el virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). El control de esta enfermedad se basa principalmente en la citología convencional Papanicolaou (PAP) con la obtención de células del cuello uterino para detectar lesiones precancerosas. Pese a la oferta gratuita del PAP en Bolivia, la cobertura a nivel nacional en los últimos años no supera el 16.6%. Sin tomar en cuenta los factores inherentes a los problemas del programa nacional de prevención de cáncer cervical, existen determinantes socioculturales, económicos y de género que impiden a la mujer el acceso o su adherencia a esta prueba de tamizaje. El objetivo de este trabajo fue: 1) identificar la percepción que tienen las mujeres sobre su sexualidad, los aspectos de género que pautan las relaciones de pareja, y los hábitos del cuidado de su salud y 2) introducir una estrategia de aproximación a la mujer ofertando una prueba de tamizaje para la detección de VPH-AR en muestras cervico/vaginales tomadas por ellas mismas "Auto-toma" (AT). La metodología fue la investigación-acción posibilitada con el apoyo protagónico de "organizaciones sociales de base". Se capacitó a 99 promotoras de salud quienes realizaron encuestas, promocionaron el "Kit de auto toma", facilitaron la devolución de resultados y el seguimiento de mujeres VPH-AR positivas Independientemente de las áreas estudiadas la AT fue ampliamente aceptada a pesar de las diferencias socioeconómicas y culturales, se constituye en una alternativa de diagnóstico

## 2. Antecedentes, justificación y objetivo del trabajo.

Bolivia pretende mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) mediante la atención a la mujer en todas las etapas de su vida. Estas acciones van desde normativas y planes enfocados a la salud (mortalidad materna, aborto, prevención de infecciones de transmisión sexual entre otros), al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (derecho a la educación e información y accesibilidad a servicios de salud entre otros), con la participación protagónica de la población (Ministerio de Salud y Deportes).

Un reto del sistema de salud boliviano es su lucha contra el cáncer cervical (CC). Se estima que en Bolivia la incidencia y mortalidad (cruda) de esta enfermedad es de 34.8 por 100.000 y 18.2 por 100.000 mujeres respectivamente, las más altas de la región (IARC 2019). El desarrollo del cáncer cervical está relacionado con la infección persistente del cuello uterino con VPH-AR (Bosch and Muñoz, 2002). El proceso de transformación de una infección asintomática a cáncer invasor es de 2 a 15 años, intervalo que brinda una oportunidad para detectar, prevenir y curar lesiones preneoplásicas precursoras (Nour, 2009). Los programas de cribado y tratamiento, han permitido en los últimos años disminuir los casos de CC, especialmente en países desarrollados (Vaccarella et al., 2013). Sin embargo, en algunos países en vías de desarrollo, estas continúan elevadas pese a contar con planes y programas de prevención (Vaccarella et al., 2013). Factores económicos y socioculturales, prejuicios, inequidades de género y de pareja, miedo, vergüenza, desconocimiento y accesibilidad a servicios de salud se constituyen en barreras importantes que impiden la participación de la mujer en programas

000036

de detección de CC (Gupta et al., 2018) La falta de comprensión sobre la importancia de la detección del CC o el VPH o la subestimación del riesgo de enfermedad también contribuye al problema (Chorley et al., 2017; Marlow et al., 2015).

La prevención de CC en Bolivia se basa en la prueba de citología de Papanicolaou (PAP) y la inspección visual con ácido acético (IVAA). A pesar de que el PAP es ofrecido en los centros de atención de primer nivel gratuitamente para mujeres sexualmente activas hasta los 64 años, la cobertura registrada en 2005 a 2016, no supera el 16.6% para el PAP y el 19% para el IVAA. El abordaje de temas concernientes a sexualidad o infecciones de transmisión sexual es difícil, y en algunos casos aun teniendo conocimiento e incluso síntomas de alguna anomalía en las regiones genitales, no se toma las medidas necesarias para afrontarlas (CEDLA 2014) La toma de muestras para el PAP y el diagnóstico de lesiones neoplásicas con diferentes grados de severidad implican la visualización directa del cuello de útero por un personal de salud, situación que genera un rechazo de las mujeres a este control.

La prueba de detección del ADN de los VPH-AR está siendo implementada en muchos países como tamizaje para la prevención de CC (Schiffman, 2017). Este test ha demostrado ser más sensible que el PAP (Mayrand et al., 2007) y mide mejor el riesgo de desarrollar CC (Gage et al., 2014). Una de las ventajas del tamizaje por VPH en comparación con el PAP, es que la muestra puede ser tomada por la propia mujer "Auto-toma" por vía vaginal utilizando un dispositivo como un hisopo o un cepillo. La sensibilidad de las muestras tomadas por un personal de salud o por AT, es prácticamente la misma para detectar lesiones de alto grado (Gupta et al., 2018) (Arbyn et al., 2014). La AT es altamente aceptable entre las mujeres sin diferenciar su nivel social o de educación (Dzuba et al., 2002) (Nelson et al., 2017), permitiendo incrementar las tasas de participación en el cribado del cáncer cervical (Racey et al., 2013) (Gupta et al., 2018) (Arbyn and Castle, 2015).

El objetivo de este estudio fue: 1) identificar la percepción que tienen las mujeres sobre su sexualidad, los aspectos de género que pautan las relaciones de pareja, y los hábitos del cuidado de su salud y 2) introducir una estrategia de aproximación a la mujer ofertando una prueba de tamizaje para la detección de VPH-AR en muestras cérvico/vaginales tomadas por ellas mismas, "Auto-toma". Estos objetivos tienen el propósito de contribuir a la promoción de conocimiento sobre un problema de salud de fácil resolución y bajo costo por una toma de decisión autónoma.

### 3. Metodología

Para el desarrollo de la investigación-acción se articuló una alianza entre institutos de investigación universitarios (Instituto de Investigaciones de Ciencias Sociales INCISO, Facultad de Ciencias Sociales e Instituto de Investigaciones Bio-Médicas IIBISMED, Facultad de Medicina) y organizaciones sociales de base, la Federación departamental de mujeres campesinas indígena originarias "Bartolina Sisa" y las "Seis Federaciones del Trópico de Cochabamba".

Dos proyectos fueron la base de trabajo: Se contó con el apoyo del programa ASDI-DICyT-UMSS de la cooperación Sueca "¿Cómo cuidamos nuestro cuerpo? Lo que vemos y no

vemos”. El tamizaje de la población de estudio fue parte del proyecto PRD-2013-2018 “Mejoramiento de la detección y el seguimiento de lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino en la región de Cochabamba en Bolivia” con el Programa de Cooperación a la Investigación Científica ARES – CCD / UMSS – ULB. Proyecto que cuenta con la aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón (05/11/2015).

El proyecto está dirigido a mujeres de bajos ingresos económicos que residen en comunidades rurales o áreas periurbanas de los municipios del Valle Alto: Punata, Arani y Mizque; del Valle Bajo y alto andino: Sipe Sipe, Sacaba y Tapacarí; del Trópico de Cochabamba: Villa Tunari, Shinaota, Chimoré y Puerto Villarroel; y las áreas periurbanas de la Ciudad de Cochabamba del Municipio de Cercado. Durante el 2017-2018. El consentimiento informado firmado fue un requisito indispensable para la inclusión de pacientes al estudio. El proyecto PRD-2013 ha optimizado y evaluado clínicamente una nueva estrategia, económica basada en la detección de Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo.

La investigación acción ha estado encaminada a conocer la realidad de las mujeres aplicando una encuesta (características socioeconómicas y culturales) e implementar la estrategia de tamizaje de VPH-AR por AT de muestras cérvico/vaginales capacitando a “promotoras de salud”, ellas aplicaron una encuesta y ofertaron la auto toma. El número de muestra para ambos casos fue calculado en base a la población femenina registrado en el Censo de Población y Vivienda 2012, con un error del 5%. El muestreo fue por conglomerados, no probabilístico y por conveniencia.

#### Encuesta

La encuesta permitió describir y contar con una aproximación por diferenciales socioeconómicos y culturales: edad, estado civil, adscripción religiosa, nivel educativo y la participación económica, concepciones y percepciones de género que pautan las inequidades en las relaciones de pareja, y prácticas de auto cuidado del cuerpo y su sexualidad. Esta fue tomada de forma anónima a mujeres de 15 años y más. La encuesta no se aplicó en Tapacarí, por tratarse de mujeres de tradición oral quechua y la imposibilidad de traducir. Los requisitos para el reclutamiento de encuestadoras/promotoras fueron mujeres con residencia en sus comunidades o líderes, mayores de 18 años, que sepan leer y escribir.

#### Capacitación de promotoras de salud

Los contenidos de la capacitación abordaron los siguientes ejes temáticos: Manejo de materiales y estrategias de campaña educativa y técnicas de levantamiento de datos. Prevención de infecciones/enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, con énfasis en VPH y CC. Oferta de la AT. El lenguaje de la capacitación fue principalmente en español, se contó con el apoyo de un profesional para la traducción en quechua simultáneamente. El proyecto proporcionó los materiales para la encuesta y el trabajo de campaña educativa (cartilla, trípticos, carteles con contenidos en la temática).

Durante los cursos de capacitación, en cada lugar de intervención se realizaron preguntas (ronda de opinión) para identificar las dificultades y objeciones de las mujeres para asistir a consulta

ginecológica y realización del PAP, estas respuestas se recogieron en papelógrafos, algunas intervenciones fueron grabadas o filmadas, como testimonios.

#### Oferta de auto toma, análisis de muestras y seguimiento

Los criterios de participación para el tamizaje por AT fueron: Inclusión: Mujeres cuya edad oscila entre 25 y 65 años. Exclusión: mujeres embarazadas o aquellas que fueron operadas del útero (histerectomía), mujeres en tratamiento con óvulos o menstruando. La AT fue ofertada por las promotoras capacitadas en sus respectivas comunidades.

Las muestras fueron llevadas al laboratorio de Virología de la Facultad de Medicina de la UMSS y analizadas para la detección del DNA del VPH-AR (PCR BSGP5+/6+ y pU seguida la técnica de EIA (Enzyme-linked immunoassay). Los resultados fueron entregados al mes con la colaboración de las promotoras de salud.

Toda paciente con VPH-AR positiva (VPH-AR +) fue contactada principalmente por vía telefónica (tres intentos de contacto) solicitando que asista al centro de salud de referencia con el que se acordó su recepción. Estos fueron: Hospital Materno Infantil de Cochabamba, para los municipios de Cercado y Sipe-Sipe, Tapacari Arani, Punata, Mizque y Sacaba; en el Trópico fue el hospital San Francisco de Asís de Villa Tunari. Los centros fueron dotados de material necesario para el seguimiento de las pacientes por colposcopia e IVAA. Eventualmente se realizaron tomas de muestras de PAP y biopsia (en caso de lesiones preneoplásicas) para el estudio citológico y patológico respectivamente. El seguimiento se realizó con el ginecólogo y una enfermera del proyecto.

#### Análisis de resultados

Los datos obtenidos tanto de la encuesta, como de las campañas de oferta de auto toma fueron recopilados en una base de datos de Excel y SPSS, analizados por estadísticas descriptiva y prevalencias, Chi-cuadrada de Pearson y Análisis de Componentes Principales (ACP en SPAD)

### **4. Resultados**

#### Perfil social de las mujeres que participaron en la encuesta

La población en estudio es joven (promedio = 36,83 años), el grupo etario mayoritario es de 26 a 46 años (60,6%), la mujer de menor edad encuestada tiene 15 años y la mayor 83 años (Tabla1).

000033

**Tabla 1. Número de mujeres encuestadas y porcentaje de su distribución por grupo de edad y conglomerado**

Grupo de edad	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<25 años	44	19,9	9	5,8	57	25,9	59	15,9	169	17,5
26 - 46	120	54,3	107	69,5	139	63,2	219	59,2	585	60,6
>47 años	57	25,8	39	24,7	24	10,9	93	24,9	213	21,9
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

El estado civil en las cuatro regiones de estudio es similar. La mayoría son casadas o convivientes (65.5%), viudas (3.0%), las separadas o divorciadas representan 7.5% y las solteras 24.0%. El 81% tiene hijos, entre ellas el 46,5% tiene una familia monoparental puesto que es viuda, separada/divorciada o soltera. Por otro lado, el 5.7% es no creyente, mientras que el 94,3% profesa una religión (la mayoría son católicas (65.0%) y 29.3% evangélicas, testigos de Jehová o Mormones). La prueba de hipótesis muestra que hay diferencias significativas (Chi cuadrado de Persson  $p = .001$ ) en la proporción de la adscripción a la religión católica, no católicos y no creyentes por conglomerado de residencia.

En cuanto al nivel de estudio, prácticamente hay dos veces más de población de las áreas rurales que no terminó primaria ( $p = .001$ ), en comparación con el municipio de Cercado. Observamos también que en Cercado hay hasta cinco veces más mujeres que declaran haber terminado el bachillerato con respecto a las mujeres del valle alto, bajo y el trópico.

**Tabla 2. Nivel de estudio por conglomerado**

Nivel de estudio	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	9	4,5	1	0,8	12	5,6	5	1,4	27	3,0
Primaria incompleta	87	43,5	65	50,0	86	40,4	63	17,2	301	33,1
Primaria completa	4	2	5	3,8	9	4,2	9	2,5	27	3,0
Secundaria incompleta	41	20,5	37	28,5	42	19,7	78	21,3	198	21,8
Bachiller	9	4,5	9	6,9	25	11,7	72	19,7	115	12,7
Técnico o profesional en	41	20,5	10	7,7	23	10,8	97	26,5	171	18,8
Profesional	9	4,5	3	2,3	16	7,5	42	11,5	70	7,7
Total	200	100	130	100	213	100	366	100	909	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

Nota se excluyen 58 casos que no respondieron la pregunta

La proporción de mujeres que afirmaron ser profesionales en el trópico es importante con respecto a las mujeres del valle alto y bajo de Cochabamba (Tabla N° 2). Respecto a la participación económica, en general el 70.7%, se declara económicamente activa, entre ellas 9,4% también estudia.

### Atención de su salud

El cuidado de salud fue observado por la asistencia a controles médicos, medicina general, ginecología y también la realización de pruebas de PAP u otros exámenes ginecológicos. A la pregunta “En los últimos tres años ¿acudió al médico general?” el 45% de las mujeres indicó que no; existiendo diferencias significativas ( $p = .000$ ) por lugar de residencia. (Tabla N° 3).

Tabla 3. Visita a médico general por conglomerado

¿Visitó a médico general?	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	103	46,6	56	36,1	136	61,8	237	63,9	532	55,0
No	118	53,4	99	63,9	84	38,2	134	36,1	435	45,0
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

A la pregunta de si tuvieron un problema de salud en los tres últimos años, 76% señaló haber pasado por un resfrió y 52% presentó malestar estomacal. Únicamente el 19.3% de las mujeres señaló haber tenido problemas en las “partes íntimas” (Tabla 1 al 3 en Anexo). En el caso de la atención ginecológica la mayoría (61.4%) de las mujeres no asistió en los últimos tres años a un médico ginecólogo, (Tabla 4).

Tabla 4. Visita a médico ginecólogo por conglomerado

¿Visitó a ginecólogo?	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	70	31,7	60	38,7	97	44,1	146	39,4	373	38,6
No	151	68,3	95	61,3	123	55,9	225	60,6	594	61,4
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

A la pregunta “¿En los tres últimos años realizó pruebas de control de PAP u otras relacionadas con sus partes íntimas?”, el 37,2% respondió que tiene PAP. Los municipios del Valle Alto registran el porcentaje más elevado (70.1%) de mujeres que no realizó esta prueba (Tabla N° 5). Un análisis de la frecuencia de la demanda del PAP por grupos etarios muestra que mujeres entre 26-46 años son las que más solicitan la prueba, esta demanda tiende a declinar 20.3% a partir de los 47 años en nuestro grupo de estudio (Tabla 4 en Anexo).

Tabla 5. Realizó prueba de Papanicolaou por conglomerado

¿Realizó prueba de PAP?	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	66	29,9	62	40,0	89	40,5	143	38,5	360	37,2
No	155	70,1	93	60,0	131	59,5	228	61,5	607	62,8
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

### Descripción de tipologías

Se entregaron a las mujeres un conjunto de afirmaciones que pautan las relaciones de hombres y mujeres; machismo, violencia y estereotipos de “amor romántico” (Fernández, 2016). También afirmaciones referentes al conocimiento sobre su sexualidad y que de alguna manera pueden influir en auto cuidado de salud y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos (ver preguntas en anexo). El análisis de componentes principales, (Gráfico 1 y 2) grafica la clasificación de grupos, las características se encuentran en anexo.

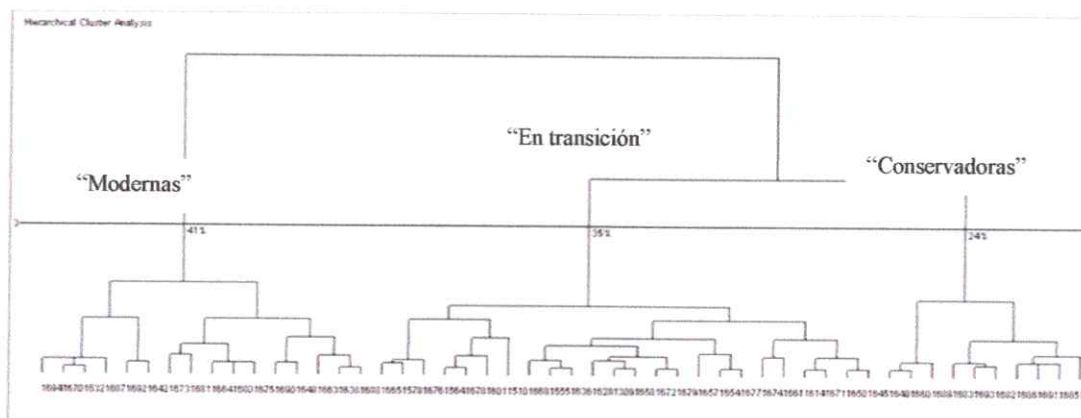
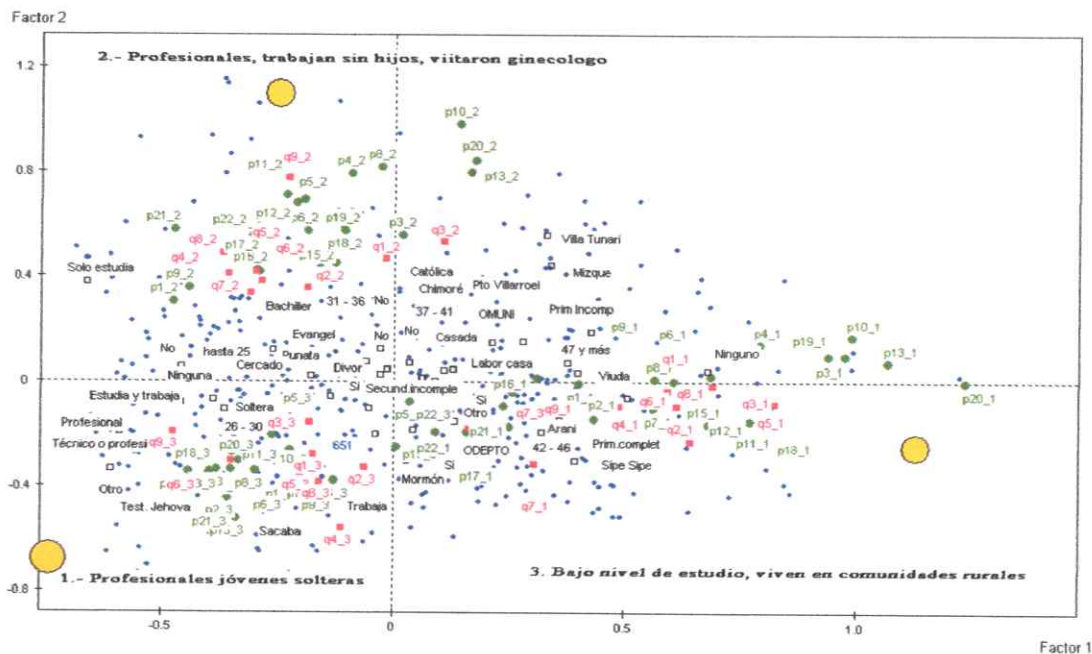
Observamos que la adherencia o desacuerdo a las afirmaciones planteadas, reúne y distancia a las mujeres conformando tipologías; el 47% se las puede denominar como “modernas”, 36% se encuentran en “transición a la modernidad” y el 24% se las puede denominar como “conservadoras” o “pre modernas”

En cada grupo observaremos las tres afirmaciones que reúnen la opinión de la mayoría de ellas. Destaca una que refleja una falacia del amor, la pareja como centro de atención, “Cuando una está enamorada tiene que complacer en todo a la pareja” concentra las respuestas en los tres grupos con diferencias en orden de importancia las modernas manifiestan su rechazo “No estoy de acuerdo” en primer orden de importancia, el grupo en transición señala “parcialmente de acuerdo” en segundo orden, mientras que las conservadoras en tercer orden manifiestan su aceptación señalando “estoy de acuerdo”,

La segunda afirmación que aparece en dos grupos señala:” Para mantener las relaciones en la pareja, a veces las mujeres deben ser obedientes” recoge el imaginario de subordinación a la pareja, el grupo conservador manifiesta “estoy de acuerdo” en primer orden, el grupo “modernas” señala “No estoy de acuerdo” en segundo orden.

Se encontraron tres afirmaciones válidas para cada uno de los grupos: “Por amor a los hijos y la pareja se puede aguantar cualquier cosa” que recoge el rechazo de las modernas con un “No estoy de acuerdo” en tercer orden. En el grupo “en transición” se registran dos afirmaciones con un “en parte estoy de acuerdo” ellas son: “Un hombre maltrata porque ella hizo algo para provocarle”, en segundo orden de importancia y “Las mujeres débiles encuentran pareja más fácil, que las que son fuertes”, en tercer orden El grupo conservador manifiesta “estoy de acuerdo” a la afirmación “Cuando hay problemas las mujeres piensan que su opinión no tiene valor” en segundo orden de importancia (Ver tabla de particiones ACP en anexo)

Gráfico N° 1. Nube de factores que asocian a la tipología de mujeres



Las tipologías no son homogéneas, al interior de los grupos se presentan algunas diferencias.

Modernas

Tienen en común una resistencia a imaginarios de “amor romántico” de subordinación de la mujer a su pareja y estereotipos machistas que mantienen roles de género tradicionales incluidos aquellos que legitiman la violencia. Conocen el funcionamiento de la sexualidad, las diferencian aspectos que tienen que ver con el ejercicio de derechos sexuales, puesto que algunas denotan dificultades de acompañamiento de la pareja (uso de anticonceptivos,

000029

condón) otro grupo no tiene problemas al respecto. Una segunda diferencia es que una parte de ellas visitó a médico ginecólogo y realizó prueba de PAP.

En el perfil social se observa que son mujeres jóvenes (26-30 años) profesionales que trabajan, residen en la ciudad de Cochabamba o en municipios cercanos; con un nivel de estudios superior, (bachiller, en formación en educación superior o profesional), no tienen hijos, una parte solteras. No tienen una adscripción religiosa.

#### En transición a la modernidad

Este grupo presenta mayor heterogeneidad, algunas señalan “en parte estoy de acuerdo” a afirmaciones sobre la cultura de violencia, imaginarios y estereotipos de amor romántico y machismo, Otras respuestas indican “estoy de acuerdo”, “en parte estoy de acuerdo”, “no estoy de acuerdo” en estos temas. Respecto a los temas de sexualidad su respuesta “a veces es así” denota dudas o desconocimiento del funcionamiento de la sexualidad al igual que dificultades en el control de derechos sexuales.

En el perfil social destaca que residen en el área rural de municipios distantes de la Ciudad de Cochabamba, Mizque y Trópico, tienen hijos, son casadas o unidas, dedicadas a tareas de la casa y la actividad agropecuaria, con bajo nivel de estudios (ninguno o están estudiando). En los últimos tres años no acudieron a médico ginecólogo tampoco cuentan con prueba de Papanicolaou.

#### Conservadoras o pre modernas

Legitiman imaginarios de “amor romántico”, violencia psicológica y física así como relaciones de pareja inequitativas. Desconocen el funcionamiento de la sexualidad (afirmando “así es” a preguntas que no corresponden), denotan dificultades para hablar con sus parejas sobre aspectos sexuales, litigar el uso de anticonceptivos y el condón.

Tienen 42 – 47 años y más, son mujeres casadas o unidas, con hijos, no tuvieron oportunidades educativas, puesto que no ingresaron a la escuela o no concluyeron la primaria, profesan la religión católica, residen en comunidades rurales (Arani, Sipe Sipe, Villa Tunari)

#### Consideraciones sobre cáncer y atención de salud

La “ronda de opinión” se sucedió como un dialogo en torno a las siguientes preguntas ¿qué conocen del cáncer de cuello uterino o matriz?, “saben sobre la necesidad de realizar pruebas de PAP” y “¿por qué no acuden al ginecólogo para el PAP?”. Las respuestas a la primera pregunta giran en torno a experiencias de vecinas o familiares que padecieron la enfermedad, los costos que implica, el sufrimiento que causa en la familia, el temor y miedo a padecerla. En los distintos contextos sociales las mujeres saben que se debe realizar el PAP (este es el mensaje de las campañas educativas), varias manifestaron que realizaron el examen pero no conocen en resultado, describen al procedimiento (PAP) como una experiencia molesta, difícil, intimidante. Respecto a la pregunta del porque no se acude al ginecólogo, las

820000

respuestas se refieren principalmente a: falta de tiempo y recursos económicos, que se resume a partir de varias respuestas entre otras: "es difícil conseguir ficha para atención médica en el Centro de salud", "aunque lleguemos a las 5:00 am se hace la cola y no se consigue ficha" "la distancia y dificultades con el transporte" "recarga de labores de la casa y trabajo".

Otro aspecto tiene que ver con el trato del personal de salud, varias señoras relataron sus experiencias en el momento del parto, la indignación que sienten durante las contracciones cuando las enfermeras o médicos ante sus quejas hacen alusiones a la satisfacción que sintieron en el momento de las relaciones sexuales y "castigo" en el momento del parto, entre otros comentarios. Esta situación es expresada como una molestia y un sentimiento de impotencia y desconfianza. La sensación comúnmente manifestada es "miedo y la vergüenza".

#### La organización social una oportunidad.

La estrategia de intervención investigación-acción interrelacionó dialécticamente las sinergias de las organizaciones sociales de base, para la capacitación y formación de grupos de mujeres como promotoras de salud, quienes trabajaron en campañas informativas, oferta de "auto toma" y devolución de resultados. Lo que permitió la evaluación participativa de la estrategia de intervención en las comunidades y la estrategia de detección y seguimiento de mujeres a VPH- AR +.

Las organizaciones sociales abarcan la estructura territorial con un nivel departamental, provincial, municipal y comunal. La Federación de Mujeres Indígena Originarias y Campesina "Bartolina Sisa" agrupa a mujeres del Cono Sur, Valle Alto, Bajo y la zona Alto Andina. El trópico está organizado en las "Seis Federaciones del Trópico". En la ciudad de Cochabamba se trabajó con las organizaciones gremiales y territoriales de base (OTBs). Con las dos federaciones previa socialización de la problemática de las enfermedades de transmisión sexual con riesgo a la vida (VIH y VPH- CC), los objetivos y alcances del proyecto, se suscribió un acuerdo de trabajo conjunto en base a un cronograma de intervención. En cambio en el municipio de Cercado la intervención se realizó directamente en los barrios. En cada municipio participante se emitió una convocatoria para formar grupos de "promotoras de salud" (con términos de referencia: requisitos de participación, productos a entregar; contemplo un estipendio que permite los gastos operativos del trabajo en campo).

La capacitación se realizó en cada municipio con participación abierta de las mujeres interesadas y algunos varones, los contenidos explicaban sobre las infecciones de transición sexual enfocada en VIH y VPH y las alternativas de prevención, denotando la importancia de diagnóstico precoz, así como los procesos de seguimiento y tratamiento con énfasis en CC. Un espacio importante se asignó para la introducción de la AT como método alternativo de tamizaje de CC y su diferencia con el PAP. Un sociólogo quechua (varón) facilitó el trabajo de comunicación haciendo una traducción simultánea, especialmente en algunos lugares de tradición oral quechua. Metodológicamente los talleres combinaron momentos expositivos, se promovió un espacio de preguntas y respuestas después de cada charla, además de realizar escenificaciones entre ellas para las explicaciones y oferta de la AT, en ese momento se realizaron retroalimentaciones y aclaraciones. Doscientos veinte y siete

(227) mujeres participaron en los eventos de capacitación, entre ellas se seleccionó a noventa y nueve (99) promotoras de salud (Tabla N° 6)

#### Oferta de la auto toma.

Cada promotora fue asignada con el material informativo (cartillas y folletos), también un número determinado de “kits de muestreo” y encuestas. El número de muestras solicitado fue diferencial por municipio. El equipo de investigadores estuvo presente a lo largo de las campañas en cada municipio haciendo el acompañamiento y apoyo al trabajo de las promotoras, informando de la campaña en los puestos de salud y hospitales, también se utilizó los medios de comunicación locales.

La autonomía de la oferta de la AT por parte de las promotoras dependió de las características de la región y de las propias promotoras. En las comunidades de Punata y Arani, la mayoría de las promotoras trabajaron independientemente. En algunos lugares del trópico se presentaron concentraciones masivas donde el personal explicó la problemática del CC y los objetivos del proyecto. En Sipe Sipe, Sacaba, Mizque y Tapacari, se realizó un “acompañamiento” y/o una participación activa del personal del proyecto especialmente en la toma de muestras, en todos los casos fueron las promotoras las que comunicaron la información y disuadieron a las mujeres a realizarse la AT, usando el quechua y el castellano según la necesidad.

La estrategia comunicacional y oferta de auto toma fue de casa en casa (contacto personal) o conformando grupos de reunión entre 3 a 15 mujeres en un espacio público (canchas, mercados, sedes sociales, etc.). En zonas con cobertura de telefonía móvil, este fue un importante medio de comunicación y convocatoria. La gran mayoría de mujeres a excepción de Tapacari cuenta con un celular y muchas de ellas con conexión a internet. En el trópico se utilizó la radio “Causachun Coca” que logró congregarse en el municipio de Puerto Villarroel a más de un centenar de mujeres. En el municipio de Cercado la facilidad de las redes sociales permitió organizar grupos de WhatsApp.

Respecto a la recolección de muestras, esta se adaptó a las circunstancias de la zona de intervención y dependía de la estrategia de comunicación arriba descrita. Las muestras fueron tomadas en una habitación de sus viviendas (cuando se visitó casa por casa), en espacios provisionales (detrás de muros, árboles y vegetación densa) y adaptados (utilizando mobiliario, telas y otros utensilios) en el caso de concentraciones en espacios públicos.

La autonomía de la toma de muestras después de la explicación fue la regla en la mayoría de las zonas, sin embargo, en las localidades más alejadas como Tapacari, algunas mujeres necesitaron un mayor acompañamiento: ayudándoles a abrir el kit, alcanzarles el hisopo, colocar el guante y/o colocar la muestra en la lámina de vidrio

000026

### Resultados de la oferta de la auto toma.

El número de pruebas de laboratorio disponible fue de mil muestras que fueron asignadas siguiendo los objetivos del proyecto PRD. Las muestras de AT recolectadas con la ayuda de las promotoras superó el tamaño del mínimo requerido (Tabla N° 6); situación explicable por la alta demanda y motivación de las mujeres. La calidad de la muestra es evidenciada por la detección de DNA celular, encontrado en prácticamente el 99,99% de los casos (muestras validas).

Tabla 6. Número promotoras, muestras obtenidas y porcentaje de muestras validas

Áreas geográficas	Muestras requeridas <sup>(1)</sup>	Promotoras	Muestras /promotoras	Muestras obtenidas	Muestras validas <sup>(3)</sup>	
	n	n	n	n	n	%
<b>Valle Alto</b>						
Arani		8	5 - 6	43	43	100
Mizque		8	15 - 16	143	142	99,3
Punata		9	9 - 11	94	94	100,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>25</b>		<b>280</b>	<b>279</b>	<b>99,6</b>
<b>Valle bajo y zona andina</b>						
Sacaba		8	5 - 6	62	62	100
Sipe sipe		9	5 - 6	62	62	100
Tapacari <sup>(2)</sup>		7	5 - 6	53	53	100
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>24</b>		<b>177</b>	<b>177</b>	<b>100</b>
<b>Tropico</b>						
Puerto Villarroel,				139	139	100
Shinaota y Chimore				193	193	100
Villa Tunari				158	157	99,4
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>25</b>	<b>15 - 20</b>	<b>490</b>	<b>489</b>	<b>100</b>
<b>Cercado</b>	<b>163</b>	<b>27</b>	<b>5 - 6</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

(1) n muestra l calculado en base al numero de mujeres entre 20 y 65 (CPV 2012)

(2) Corresponde a la zona andina del departamento de Cochabamba

(3) Calculo realizado en base a numero de muestras B- globina positivos que detecta en DNA celular

La edad aconsejada para la AT fue entre 25 a 65. Sin embargo, la mujer más joven que se realizó la AT tenía 15 años, la mayor contaba con 72 años. Las promotoras se encontraron con la argumentación que la toma de muestra era un “derecho” y que los embarazos empezaban a temprana edad, ante esta situación ellas aceptaron la toma de muestra. El promedio de edad de la población tamizada es de 40,05 y la distribución por grupo de edad muestra una mayor concentración de mujeres entre los 20 - 49 años (Tabla N° 7).

000025

Tabla 7. Número de mujeres encuestadas y porcentaje de su distribución por grupo de edad

Grupo de edad / años	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo y zona andina <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 19	2	0,7	0		2		0		4	0,4
20 - 29	63	22,5	19	10,7	105	21,4	36	24,3	223	20,4
30 - 39	75	26,8	61	34,5	176	35,9	47	31,8	359	32,8
40 - 49	71	25,4	45	25,4	113	23,1	33	22,3	262	23,9
50 - 59	50	17,9	39	22,0	73	14,9	25	16,9	187	17,1
> 60	19	6,8	13	7,3	21	4,3	7	4,7	60	5,5
Total	280	100	177	100	490	100	148	100	1095	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba y Tapacari

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimore, Puerto Villarroel

(4) Periferia

## 5. Resultados de la estrategia de intervención

La estrategia de intervención del proyecto permite mostrar los siguientes resultados:

### Incremento de la cobertura de tamizaje

En base a las muestras obtenidas por municipio en el periodo de estudio y tomando en cuenta la población de mujeres en edad fértil (MEF), se ha realizado un cálculo del porcentaje de mujeres que se beneficiaron del test de tamizaje por AT. Este porcentaje fue comparado con el tamizaje por PAP del año precedente (2016), realizado por los servicios de salud, con el propósito de estimar el aumento en la cobertura a la cual se podría llegar con la estrategia de muestreo propuesta en 24 semanas de trabajo con las mismas condiciones empleadas en este proyecto (Tabla N° 8).

Tabla 8. Cobertura de PAP vs estimación de cobertura del test de VPH por AT

Áreas geográficas	Población MEF por municipio*		Cobertura PAP año 2016		Cobertura test HPV por AT / semana 2017 <sup>(1)</sup>		Cobertura estimada en 24 semanas <sup>(2)</sup>
	n	%	n	%	n	%	%
<b>Valle Alto</b>							
Arani	2.608		214	8,21	43	1,65	39,57
Mizque	7.273		914	12,57	142	1,95	46,86
Punata	8.486		1.318	15,53	94	1,11	26,58
Total	18.367		2.446	13,32	279	1,52	36,46
<b>Valle bajo y zona andina</b>							
Sacaba	49.651		5.877	11,84	62	0,12	3,00
Sipe sipe	11.699		1.136	9,71	62	0,53	12,72
Tapacari <sup>(3)</sup>	6.455		404	6,26	53	0,82	19,71
Total	67.805		7.417	10,94	177	0,26	6,27
<b>Tropico</b>							
Villa Tunari	17.712		1.726	9,74	157	0,89	21,27
Shinaota y Chimore	11.064		872	7,88	193	1,74	41,86
Puerto Villarroel	11.783		1.998	16,96	139	1,18	28,31
Total	40.560		4.596	11,33	489	1,21	28,99
<b>Cercado</b>							
Total	177.856		49.446	27,80	148	0,08	2,00

(1) Cálculo realizado en base a las muestras validadas

(2) Cálculo realizado considerando en mismo número de promotoras / semana

\* Datos PAP gestión 2016 (SEDES departamental)

### Seguimiento

El porcentaje de seguimiento a mujeres VPH-AR+ por región varía entre 67% (Tapacari) a 5.56 % (Punata) y el porcentaje de seguimiento promedio es de 43 %, (Tabla N° 9). La entrega de resultados fue realizada por las promotoras al mes (aproximadamente) de la toma de muestra. La mayoría de las mujeres VPH-AR + fueron contactadas vía telefónica por parte de la enfermera del proyecto y ocasionalmente con la ayuda de la promotora cuando se dificultó el contacto. El no contacto y/o rechazo, es decir no obtener una respuesta positiva después de tres intentos (no responder a la llamadas, imposibilidad de fijar una cita o no acudir a la cita) es del 36,71%. La respuesta recurrente a las llamadas (3 intentos por persona con contacto) fue mayoritariamente por falta de tiempo, falta de recursos económicos y el miedo a saber el resultado de su examen ginecológico. En un caso (Tapacari), pese a la disuasión por parte de la enfermera, la paciente se negó a ser atendida por el ginecólogo del proyecto. En dos casos aislados se tuvo un evento de estrés por parte de la mujer receptora del resultado (Trópico y Sacaba), asociando un resultado positivo con un diagnóstico de cáncer. Es importante señalar que se presentaron casos en los cuales después de haber asistido a su revisión ginecológica ellas mostraron temor al momento de realizar una toma de biopsia, se presentó un caso de rechazo a la biopsia en Chipiriri.

Tabla 9. Número de pacientes positivas detectadas con VPH-AR y porcentaje de seguimiento.

Áreas geográficas	VPH-AR	Sin	No cont.	Mujeres en	
	Pos.	datos	o Rechazo	seguimiento	
	n	n	n	n	%
<b>Valle Alto</b>					
Arani	7		3	4	57,14
Mizque	23	1	7	15	65,22
Punata	18		16	1	5,56
Total	48		26	20	41,67
<b>Valle bajo y zona andina</b>					
Sacaba	8		7	1	12,50
Sipe sipe	12	1	5	6	50,00
Tapacari <sup>(3)</sup>	3		1	2	66,67
Total	23		13	9	39,13
<b>Tropico</b>					
Puerto Villarroel	22				0,00
Shinaota y Chimore	23				0,00
Villa Tunari	14				0,00
Total	59	10	23	26	44,07
Cercado	30		16	14	46,67

(1) CIN (neoplasia intraepitelial cervical)

(2) NIC3 o CIS (carcinoma *in situ*)

(3) Corresponde a la zona andina del departamento de Cochabamba

000023

## Prevalencia de VPH-AR + y detección de lesiones

La prevalencia de VPH-AR por región se muestra en la Tabla N° 10. El promedio de esta prevalencia es de 15,23% y varía de 5,66% (Tapacarí) al 20% (Cercado). Es interesante observar que existe una muy baja prevalencia en Tapacarí, en comparación con el resto de los municipios.

Toda paciente VPH-AR + que respondió a la llamada para su control ginecológico fue consecutivamente sometida a citología (PAP), IVVA, y a colposcopia. Un resultado de colposcopia grado 1 (con cambios menores), grado 2 (cambios mayores) o sospecha de invasión a nivel de cuello uterino fue sometida a biopsia dirigida.

**Tabla 10. Prevalencia de VPH-AR y número de casos con algún tipo de lesión o CC**

Áreas geográficas	Muestras válidas n	VPH-AR Positivas		N° de casos con Lesiones			CA Invasor
		n	%	NIC <sup>(1)</sup>	NIC2	NIC3 <sup>(2)</sup>	
<b>Valle Alto</b>							
Arani	43	7	16,28				1
Mizque	142	23	16,20	1			
Punata	94	18	19,15	1			
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>48</b>	<b>17,20</b>				
<b>Valle bajo y zona andina</b>							
Sacaba	62	8	12,90				
Sípe sípe	62	12	19,35				1
Tapacarí <sup>(3)</sup>	53	3	5,66				1
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>23</b>	<b>12,99</b>				
<b>Tropico</b>							
Puerto Villarroel	139	22	15,83				
Shinaota y Chimore	193	23	11,92				
Villa Tunari	157	14	8,92				
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>59</b>	<b>12,07</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	
<b>Cercado</b>	<b>148</b>	<b>30</b>	<b>20,27</b>	<b>1</b>			

(1) CIN (neoplasia intraepitelial cervical)

(2) NIC3 o CIS (carcinoma *in situ*)

(3) Corresponde a la zona andina del departamento de Cochabamba

El número de casos con lesiones NIC 3 o cáncer *In situ* y casos con Cáncer invasor es prácticamente similar y más importante que el hallazgo de lesiones de bajo grado (NIC I).

## 6. Discusión

En Bolivia el cáncer cervical continúa siendo una causa importante de mortalidad en mujeres pese a la existencia de un programa de prevención. El análisis de este problema está enfocado principalmente a resolver deficiencias en los proveedores de salud y sus políticas de prevención. Este estudio analiza esta problemática desde la perspectiva de la mujer, teniendo en cuenta sus características, necesidades y dificultades, principalmente de aquellas con menores oportunidades de acceso a sistema de salud en su contexto socioeconómico y cultural. Por otro lado introduce y analiza una estrategia de acercamiento ofertando una propuesta innovadora que promueve conocimiento e implica un actuar autónomo para la resolución de un problema de salud importante en Bolivia como es el CC.

En Bolivia la relación del Virus del papiloma humano con el CC está difundida en el ámbito médico y científico, mientras que para la población en general, esta información ha sido recientemente introducida con las campañas de educación promoviendo la vacuna para las niñas entre 10 a 12 años (Ministerio de Salud). La población en general sabe muy poco sobre cómo se transmite el virus, como se puede prevenir la infección, que tratamiento se debe realizar (Allende et al., 2019; Surriabre et al., 2017). Aunque la información sobre la necesidad de realizar PAP para prevenir el CC es ampliamente difundida por el sistema de salud público en campañas anuales o por instituciones privadas y ofrecida gratuitamente o a bajo costo, la cobertura de este servicio está lejos de lo recomendado por la OMS para un programa de cribado eficaz.

Los factores socioeconómicos son una barrera importante de acceso a los servicios en salud y a los programas de prevención de CC, países con bajos recursos tienen una mayor población vulnerable al CC (Gupta et al., 2018). Los resultados de este estudio muestran que pese a la disminución de la pobreza en nuestro país (INE Bolivia 1) las inequidades sociales por lugar de residencia (urbano-rural) aún persisten y se reflejan en el acceso a la educación y a salud.

El desconocimiento sobre la enfermedad, las causas, las oportunidades de cura y/o acceso a seguimiento y tratamiento hacen que el cuidado de la salud sexual no esté dimensionado en su magnitud por la mujer. En este estudio 80,7% de las mujeres encuestadas señala no haber tenido problemas en sus “partes íntimas” situación que refuerza la percepción de sentirse “saludable”, por ambos factores muchas mujeres no solicitan un control médico/ginecológico.

Las infecciones de transmisión sexual, como el VIH-y el VPH que generalmente son asintomáticas por un largo periodo de tiempo y se manifiestan únicamente en etapas avanzadas, no implican acción sino hasta presentar signos de malestar. Nuestros datos muestran que más del 50% de las mujeres no se realizaron un control ginecológico en los últimos tres años (61.4 y no realizaron una visita al ginecólogo y 62.8 % no se hicieron PAP). Durante el estudio se encontró mujeres que nunca han tenido una consulta ginecológica y también señalaron que no piensan hacerlo, ellas recurren a sus círculos sociales y culturales más inmediatos (parientes, parteras, curanderos) (INE Bolivia 2)

Si bien el desconocimiento sobre VPH y el cáncer cervical es ya un problema encontrado en la población (Allende et al., 2019), nosotros quisimos indagar sobre los motivos de la no asistencia al médico ginecólogo y realización del PAP. Entre otras respuestas las más comunes son “el miedo y la vergüenza”. El miedo y vergüenza es una barrera importante para la adherencia a programas basados en PAP o cualquier acto médico que impliquen la exposición de las partes íntimas (Dzuba et al., 2002; Stormo et al., 2012). El “miedo y vergüenza”, son dos sensaciones socialmente construidas (Scribano, 2000). Estos sentimientos están relacionados con una sociedad como la nuestra que ejerce doble discriminación, por su condición de género y su identidad étnica, identificable fácilmente por la vestimenta, el color de piel, el idioma y la forma de desenvolverse en la sociedad poniéndola en una condición vulnerable y genera un sentimiento de exclusión. El lenguaje gestual y actitudes del “otro” que la interpela pueden moldear su conducta generando en el individuo una sensación de amenaza y culpa a no ser aceptado socialmente por los parámetros establecidos” (Scribano, 2000).

Este hallazgo también corrobora los datos del INE que son comentados en la prensa “Violencia obstétrica afecta a miles pero pocas denuncian” (Pagina siete 2017)

*La Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres 2016, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en referencia a violencia obstétrica en Bolivia, detalla que de 830.178 mujeres que tuvieron hijos en los últimos cinco años, el 64,1% declaró que sufrió agresión psicológica en los establecimientos de salud públicos; mientras que en las clínicas privadas, 35,4% afirmó que fue víctima de este tipo de maltrato durante el parto. (...) El 50,4% refiere que por el trato recibido no pudieron expresar sus miedos; y el 45,7%, detalla que sufrió críticas cuando lloró y gritó por los dolores de parto; el 39,6%, señaló que el personal médico se burló de su comportamiento con comentarios irónicos o chistes inapropiados.*

*Padecer violencia es parte del “combo de ser madre”*

*Las mujeres que llegan a los centros de salud aguantan diversos tipos de maltrato. Aún desconocen sus derechos para hacerlos prevalecer. Hay al menos 10 formas de agresión que sufren las pacientes que acuden a hospitales y centros de salud en el embarazo, parto y posparto. (Opinión 2019)*

Otro aspecto que pueden influir en el auto cuidado de su salud sexual, son los factores culturales: las percepciones sobre el cuerpo y la sexualidad, las formas de relación de pareja. La tipología de mujeres generada por el ACP, muestra una trayectoria de posiciones que circulan de conservadoras y que podrían calificarse de “premodernas” con un 24%; en un punto intermedio que se puede calificar “en transición hacia la modernidad” se encuentra el 36% de los casos y el 41% reúne a las mujeres “modernas”

Para una gran mayoría de las mujeres el embarazo es la primera relación con el ginecólogo, para otras, será directamente el parto donde ella expone sin alternativa sus partes íntimas, es decir una parte de ellas no sabe desenvolverse en una consulta médica ginecológica sintiéndose tranquila, segura y cómoda.

Alcanzar niveles altos de detección de lesiones precancerosas es clave en los programas de prevención de CC. La prueba del VPH-AR tiene ventajas importantes sobre el PAP como prueba tamizaje de mujeres a riesgo de CC, debido a su elevada sensibilidad (mayor al 90%) y valor predictivo negativo (Cuzick et al., 2008). La posibilidad de detectar el virus en muestras cervico/vaginales abre las posibilidades y alternativas para un cambio de estrategia en la toma de muestra. A diferencia del PAP, la detección del VPH-AR puede realizarse en muestras vaginales tomadas por la propia mujer. La sensibilidad y especificidad de detectar el VPH a partir de muestras tomadas por AT es tan elevada como aquellas tomadas por un médico o enfermera (Arbyn et al., 2014). Estas evidencias indican que la AT es una buena opción para incentivar a aquellas mujeres que no participan en programas de detección que involucran muestreos médicos. La AT es ampliamente aceptada entre las mujeres de todo el mundo sin importar sus orígenes, cultura y entorno social (Pedersen et al., 2018) y también en mujeres bolivianas (Allende et al., 2019; Surriabre et al., 2017).

La incorporación de la AT a los programas de prevención requiere del análisis de aspectos vinculados a su implementación. ¿Cuáles son los medios de acercamiento a la mujer en los diferentes entornos donde se encuentran?, ¿qué factores se deben prever para su seguimiento y tratamiento si este es necesario? En países desarrollados esta prueba es ofertada por correo (Verdoodt et al., 2015) (Racey et al., 2013), en otros es ofrecida en Centros de salud (Cremer et al., 2017; Lazcano-Ponce et al., 2011). En Jujuy esta prueba fue ofertada por trabajadores de salud de la misma comunidad mediante visitas domiciliarias (Arrossi et al., 2015). En este estudio para la oferta de la AT se trabajó con la estructura social y de la organización comunitaria mediante promotoras capacitadas, permitiendo el acercamiento a las mujeres en sus comunidades. A nuestro conocer este es una nueva estrategia de acercamiento a la mujer con el objetivo incentivarla a realizar una prueba de prevención de CC. Esta estrategia de acercamiento se ha empleado para la prevención de VIH en Colombia y también en Africa (Awua et al., 2017). La formación de promotoras en salud para dar a conocer las causas de la enfermedad, las formas de prevención y tratamiento, se constituyen en una oportunidad, debido a que la “promotora” es una persona de su contexto social, que habla el mismo idioma, comunica la información de forma sencilla, tiende puentes entre el lenguaje “técnico” al cotidiano, lo hace utilizando símiles y metáforas que facilitan la comprensión. En los “ensayos”, de los cursos de capacitación se les señaló ¿Cómo explicaría a las mujeres sobre la enfermedad y formas de prevenirla?, la creatividad de algunas fue la tónica del ejercicio, fue asumido como modelo por las otras; por otro lado la promotora y la misma mujer se convierten en replicadoras a través del relato de su experiencia en la auto toma.

Una medida del éxito de la implementación de una estrategia es el alcance o el cumplimiento del objetivo programado (Glasgow et al., 1999). El número de mujeres programado fue de 1000 muestras que resultó insuficiente en campo, ya que la demanda generada supero esta capacidad (ejemplo en el municipio de Puerto Villarroel cerramos la campaña al segundo día, en Cercado ante un número reducido de pruebas las mujeres decidieron hacer sorteos para elegir a las beneficiarias). En estudios previos hemos mostrado que la percepción sobre la AT de mujeres de diferentes contextos en Cochabamba es la misma, fácil, cómoda (Allende et al., 2019; Surriabre et al., 2017).

Este estudio muestra que la aceptación de la AT es independiente de las tipologías encontradas en el APC, es decir que el lugar de residencia, el nivel de educación y constructos culturales o religiosos no influyen en su aceptación. La frase señalada por una de las participantes “está bien para las mujeres aunque sin que entere el marido uno puede hacerse” implica una toma de decisión autónoma, aunque en algunos casos consultaron con sus parejas; en otros casos, fueron sus parejas quienes motivaron a tomar la prueba. Estos hechos evidencian que la AT es también aceptada por la pareja.

En este estudio no se reportó incidentes o problemas en la entrega y devolución del material de muestreo ni en la adopción de la metodología. La facilidad y practicidad del dispositivo es crucial para la aceptación (Arrossi 2017), en este caso la lámina de vidrio o portaobjeto como medio de transporte de muestras en seco (no voluminoso y conservable a temperatura ambiente), y la simplicidad del dispositivo (Hisopo) para la toma de muestra facilito la adopción del método. La estabilidad del DNA viral y la sensibilidad analítica de las muestras es buena en muestras transportadas en seco (Ejegod 2018) que fue constatado por el 99,9% de muestras válidas.

La implementación de la AT debe tomar en cuenta los posibles efectos no deseables y los factores que influyen su buena implementación (Rozemeijer 2015). La AT debe ir acompañada de información sobre el proceso, los posibles resultados y la necesidad de análisis complementarios en caso de resultados VPH-AR +.

Un resultado VPH-AR+ puede causar ansiedad (Gupta et al., 2018), y también al realizar las pruebas complementarias (ref); en este estudio no hemos realizado una indagación profunda sobre este hecho, aunque sí constatamos dos incidentes que ocasionaron estrés al momento de recibir su resultado. También observamos casos de mujeres que una vez que recibieron su resultado rechazaron el seguimiento por temor, incluso se tuvo una paciente que rechazó la biopsia. Es crucial la comprensión de la diferencia entre una infección por VPH-AR con la enfermedad misma (CC) y la progresión de infección a enfermedad, esta información debe ser bien comprendida por la mujer, la promotora y también por el personal de salud para minimizar este efecto.

Si bien la AT es fácilmente aceptada, el bajo porcentaje de seguimiento que no superó el 44.1% de mujeres con VPH-AR + pese a los reiterados intentos de contacto (mayoritariamente por vía telefónica) es un problema. La entrega de resultados fue al mes, consideramos que una entrega rápida podría mejorar la adhesión al seguimiento e incluso al tratamiento. Con esta estrategia es necesario prever una etapa de triaje por IVAA o incluso PAP inmediata para detectar lesiones. Por lo tanto un contacto con un personal médico con un entrenamiento en comunicación asertiva y empática y un centro de salud con medios de diagnóstico adecuados que responda a esta demanda es crucial, más aun sabiendo que la cobertura de tamizaje se puede duplicar fácilmente.

Pese a los problemas de ansiedad y bajo seguimiento, podemos afirmar que el abordaje con esta estrategia, para el tamizaje incentiva a la mujer a un acercamiento al personal de salud, más aun en caso de resultados positivos. Un estudio sobre las características, las motivaciones de las mujeres que rechazaron y aceptaron el seguimiento debe ser profundizado.

La estrategia empleada para el acercamiento a la población ha permitido llegar a más mujeres en un corto periodo de tiempo. La cobertura de PAP el año 2016 varía entre 6,26 en Tapacari a 27,8% en Cercado (SEDES 2016). La cobertura del PAP en Cercado (Ciudad de Cochabamba que no cuenta con población rural) contrasta con el promedio de la cobertura de las áreas rurales (10.8%). Este hecho evidencia una gran disparidad en la adherencia de la mujer a este servicio. Con la estrategia de la AT en una semana de trabajo en cada municipio, se alcanzó a recolectar un total de 1095. Realizando campañas intensas con las mismas características de la intervención, en un año de trabajo se podría aumentar 2.4 veces la coberturas en áreas rurales, incrementos que ya han sido descritos cuanto esta estrategia es aplicada (Gupta 2018)

Las pruebas de detección del ADN de los VPH-AR es más sensibles que la prueba del PAP para medir el riesgo de desarrollar CC (Mayrand et al., 2007) (Gage et al., 2014). Además está comprobado que la sensibilidad para detectar lesiones de alto grado (CIN3+) en muestras por AT, no difiere de aquellas obtenidas por un personal de salud (Arbyn et al., 2014). En este estudio se encontraron 2 (2.86%) mujeres con lesiones pre neoplásicas de alto grado

(NIC III) y 3 (4.35%) mujeres con CC entre las 69 mujeres VPH-AR + bajo seguimiento. Es decir, encontramos 1.5 veces más de mujeres con cáncer invasor que mujeres con lesiones pre neoplásicas.

La AT ofertada por promotoras de salud capacitadas o médicos comunitarios parece ser una buena estrategia como prueba de tamizaje primario para prevención de CC. En este estudio las promotoras no se cuestionaron sobre la sensibilidad de la prueba, el proceso de toma de muestras o su rol como ofertante de la prueba contrariamente a la observada en otros estudios con el personal de salud que dudan de la efectividad de la auto toma (Senkomago and Saraiya, 2017). Personal de salud con el que se tuvo contacto señaló sus dudas con respecto a la eficacia de la auto toma ya que esta no está mediada por un personal médico. Durante las campañas una mujer manifestó a la promotora sus dudas respecto a su competencia para hablar de salud; Ambos hechos tienen que ver con constructos referentes a que el cuidado de salud debe recaer únicamente en manos del personal de salud.

La nueva estrategia de salud en el país propicia un enfoque del cuidado de salud integral, con la participación de la comunidad. ¿Cómo realizar estos cambios operativamente? Consideramos que esta experiencia responde a ese planteamiento, es una experiencia que puede ser analizada, mejorada para mejorar la salud en este y otros problemas de salud.

## 1. Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que:

Pese a la disminución de la pobreza en nuestro país las inequidades sociales por lugar de residencia (urbano-rural) aún persisten y se reflejan en el acceso a la educación y a salud.

Existen ejes direccionales de comportamiento con respecto a las relaciones de pareja, el conocimiento de la sexualidad y posibilidades de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos que varían entre los conglomerados y las particularidades sociales de las mujeres.

La estrategia de formación de “promotoras de salud” ha mostrado ser “amigable” para introducir conceptos del cuidado de la salud en la población sin distinción de constructos socio culturales, más aún, tiende puentes a personas que se encuentran en mayor desventaja por sus condiciones sociales y económicas.

El haber detectado similar número de mujeres con lesiones preneoplásicas y mujeres con cáncer cervical muestra que el sistema público de prevención precoz tiene dificultades, dado que un sistema de prevención eficiente debiera detectar más mujeres en etapas iniciales de la enfermedad. Consideramos que la “auto toma” con la estrategia descrita puede ser utilizada para llegar de forma masiva a las mujeres, sobre todo, a aquellas con condiciones socioeconómicas vulnerables, para revertir la mortalidad por CC. Es más fácil reducir el universo a un 16% de mujeres infectadas por VPH-AR y concentrar el esfuerzo de “convencerlas” a realizar un control médico ginecológico y los tratamientos necesarios previos a desenlace de la enfermedad.

La estrategia de intervención investigación-acción ha permitido sinergias entre la universidad con sus unidades académicas y de investigación, las organizaciones sociales y las mujeres de base. Las artífices centrales fueron las mujeres de las comunidades capacitadas como “promotoras de salud” esta estrategia, rompe un conjunto de barreras de orden económico, cultural, profesional y de relación entre las personas.

## 7. Referencias Bibliográficas.

Allende, G., Surriabre, P., Cáceres, L., Bellot, D., Ovando, N., Torrico, A., Calle, P., Ascarrunz, C., Alexander, S., Bossens, M., et al. (2019). Evaluation of the self-sampling for cervical cancer screening in Bolivia. *BMC Public Health* 19, 80.

Arbyn, M., and Castle, P.E. (2015). Offering Self-Sampling Kits for HPV Testing to Reach Women Who Do Not Attend in the Regular Cervical Cancer Screening Program. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev. Publ. Am. Assoc. Cancer Res. Cosponsored Am. Soc. Prev. Oncol.* 24, 769–772.

Arbyn, M., Verdoodt, F., Snijders, P.J.F., Verhoef, V.M.J., Suonio, E., Dillner, L., Minozzi, S., Bellisario, C., Banzi, R., Zhao, F.-H., et al. (2014). Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol.* 15, 172–183.

Arrossi, S., Thouyaret, L., Herrero, R., Campanera, A., Magdaleno, A., Cuberli, M., Barletta, P., Laudi, R., Orellana, L., and EMA Study team (2015). Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. *Lancet Glob. Health* 3, e85-94.

S. Arrossi, M. Paolino, L. Thouyaret, R. Laudi, A. Campanera, Evaluation of scaling up of HPV self-collection offered by community health workers at home visits to increase screening among socially vulnerable under-screened women in Jujuy Province, Argentina, *Implement. Sci.* 13 (February (12)) (2017) 17.

Awua, A.K., Wiredu, E.K., Afari, E.A., Tijani, A.S., Djanmah, G., and Adanu, R.M.K. (2017). A tailored within-community specimen collection strategy increased uptake of cervical cancer screening in a cross-sectional study in Ghana. *BMC Public Health* 18, 80.

Bosch, F.X., and Muñoz, N. (2002). The viral etiology of cervical cancer. *Virus Res.* 89, 183–190.

Diana Castro-Arroyave, Sandra Patiño, Natalia Gómez, Lina Gómez, Dorian Ospina, Juan David Osorio, Rafael Galvis Y Carlos Rojas\* Formación de líderes para la prevención del VIH: percepciones y conocimientos sobre el virus en un contexto minero de Colombia

CEDLA 2014

<https://cedla.org/sites/default/files/LA%20SITUACION%20DE%20LAS%20MUJERES%20EN%20BOLIVIA%281%29.pdf>

Chorley, A.J., Marlow, L.A.V., Forster, A.S., Haddrell, J.B., and Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psychooncology*. 26, 161–172.

Cremer, M., Maza, M., Alfaro, K., Morales Velado, M., Felix, J., Castle, P.E., Kim, J., and Gage, J.C. (2017). Scale-Up of an Human Papillomavirus Testing Implementation Program in El Salvador. *J. Low. Genit. Tract Dis*. 21, 26–32.

Cuzick, J., Arbyn, M., Sankaranarayanan, R., Tsu, V., Ronco, G., Mayrand, M.-H., Dillner, J., and Meijer, C.J.L.M. (2008). Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine* 26 *Suppl 10*, K29-41.

Dzuba, I.G., Díaz, E.Y., Allen, B., Leonard, Y.F., Lazcano Ponce, E.C., Shah, K.V., Bishai, D., Lorincz, A., Ferris, D., Turnbull, B., et al. (2002). The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the pap test as alternatives in cervical cancer screening. *J. Womens Health Gend. Based Med*. 11, 265–275.

D.M. Ejegod, H. Pedersen, G.P. Alzua, C. Pedersen, J. Bonde, Time and temperature dependent analytical stability of dry-collected Evalyn HPV self-sampling brush for cervical cancer screening, *Papillomavirus Res*. 21 (April (5)) (2018) 192–200.

Fernández, A.P. (2016). Sobre el mito del amor romántico.: Amores cinematográficos y educación. *Dedica Rev. Educ. E Humanidades* 63–78.

Gage, J.C., Schiffman, M., Katki, H.A., Castle, P.E., Fetterman, B., Wentzensen, N., Poitras, N.E., Lorey, T., Cheung, L.C., and Kinney, W.K. (2014). Reassurance against future risk of precancer and cancer conferred by a negative human papillomavirus test. *J. Natl. Cancer Inst*. 106.

Glasgow, R.E., Vogt, T.M., and Boles, S.M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am. J. Public Health* 89, 1322–1327.

Gupta, S., Palmer, C., Bik, E.M., Cardenas, J.P., Nuñez, H., Kraal, L., Bird, S.W., Bowers, J., Smith, A., Walton, N.A., et al. (2018). Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing: Increased Cervical Cancer Screening Participation and Incorporation in International Screening Programs. *Front. Public Health* 6.

IARC 2019 Cancer today. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/68-bolivia-plurinational-state-of-fact-sheets.pdf>. Accessed 12 Feb 2019

INE Bolivia 1 <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/itemlist/tag/Pobreza>

INE Bolivia 2 (<https://www.ine.gob.bo/index.php/component/k2/item/528-aproximadamente-90-de-mujeres-del-pais-acuden-a-centros-de-salud-publicos>).

Lazcano-Ponce, E., Lorincz, A.T., Cruz-Valdez, A., Salmerón, J., Uribe, P., Velasco-Mondragón, E., Nevarez, P.H., Acosta, R.D., and Hernández-Avila, M. (2011). Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *The Lancet* 378, 1868–1873.

Marlow, L.A.V., Waller, J., and Wardle, J. (2015). Barriers to cervical cancer screening among ethnic minority women: a qualitative study. *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care* 41, 248–254.

Mayrand, M.-H., Duarte-Franco, E., Rodrigues, I., Walter, S.D., Hanley, J., Ferenczy, A., Ratnam, S., Coutlée, F., Franco, E.L., and Canadian Cervical Cancer Screening Trial Study Group (2007). Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N. Engl. J. Med.* 357, 1579–1588.

Ministerio de Salud <https://www.minsalud.gob.bo/2276-gobierno-nacional-implementa-vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano-para-la-prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino>

Nelson, E.J., Maynard, B.R., Loux, T., Fatla, J., Gordon, R., and Arnold, L.D. (2017). The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: a systematic review and meta-analysis. *Sex. Transm. Infect.* 93, 56–61.

Nour, N.M. (2009). Cervical cancer: a preventable death. *Rev. Obstet. Gynecol.* 2, 240–244.

Página siete 2017

(<https://www.paginasiete.bo/sociedad/2017/12/4/violencia-obstetrica-afecta-miles-pero-pocas-denuncian-161841.html>)

Opinión "Padecer violencia es parte del combo de ser madre" Cochabamba, lunes 18 de marzo de 2019

Pedersen, H.N., Smith, L.W., Racey, C., Cook, D., Krajden, M., Niekerk, D. van, and Ogilvie, G.S. (2018). Implementation considerations using HPV self-collection to reach women under-screened for cervical cancer in high-income settings. *Curr. Oncol.* 25, 4–7.

Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de Salud. Unidad de servicios de salud y Calidad. Plan estratégico Nacional de salud sexual y reproductiva 2009 -2015 (Publicación 140).

Racey, C.S., Withrow, D.R., and Gesink, D. (2013). Self-collected HPV testing improves participation in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Can. J. Public Health Rev. Can. Sante Publique* 104, e159-166.

K. Rozemeijer, I.M. de Kok, S.K. Naber, et al., When is it effective to offer selfsampling to non-attendees-response, *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 24 (August) (2015) 1296.

Schiffman, M. (2017). Cervical cancer screening: Epidemiology as the necessary but not sufficient basis of public health practice. *Prev. Med.* 98, 3–4.

000014

Scribano, A. (2000). *Teoría Social, Cuerpos y Emociones* (ESEditora).

SEDES 2016 Cobertura del PAP

Senkomago, V., and Saraiya, M. (2017). Examining Acceptability of Self-Collection for Human Papillomavirus Testing Among Women and Healthcare Providers with a Broader Lens. *J. Womens Health* 2002 26, 597–599.

Stormo, A.R., Altamirano, V.C., Pérez-Castells, M., Espey, D., Padilla, H., Panameño, K., Soria, M., Santos, C., Saraiya, M., and Luciani, S. (2012). Bolivian Health Providers' Attitudes Toward Alternative Technologies for Cervical Cancer Prevention: A Focus on Visual Inspection with Acetic Acid and Cryotherapy. *J. Womens Health* 2002 21, 801–808.

Surriabre, P., Allende, G., Prado, M., Cáceres, L., Bellot, D., Torrico, A., Ustariz, K., Rojas, S., Barriga, J., Calle, P., et al. (2017). Self-sampling for human papillomavirus DNA detection: a preliminary study of compliance and feasibility in BOLIVIA. *BMC Womens Health* 17, 135.

Vaccarella, S., Lortet-Tieulent, J., Plummer, M., Franceschi, S., and Bray, F. (2013). Worldwide trends in cervical cancer incidence: impact of screening against changes in disease risk factors. *Eur. J. Cancer Oxf. Engl.* 1990 49, 3262–3273.

Verdoodt, F., Jentschke, M., Hillemanns, P., Racey, C.S., Snijders, P.J.F., and Arbyn, M. (2015). Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur. J. Cancer Oxf. Engl.* 1990 51, 2375–2385.

Cancer today.

LA SITUACION DE LAS MUJERES EN BOLIVIA(1).pdf.

GOBIERNO NACIONAL IMPLEMENTA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

000013

## ANEXO 1

### TABLAS DE SALIDA

Tabla 1. En los últimos tres años se le presentó algún Resfrío

¿Resfríos?	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	143	64,7	116	74,8	174	79,1	301	81,1	734	75,9
No	78	35,3	39	25,2	46	20,9	70	18,9	233	24,1
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

Tabla 2. En los últimos tres años se le presentó algún malestar estomacal

¿Malestar estomacal?	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	84	38,0	74	47,7	140	63,6	202	54,4	500	51,7
No	137	62,0	81	52,3	80	36,4	169	45,6	467	48,3
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

Tabla 3. En los últimos tres años se le presentó algún problema en partes íntimas

¿Problemas en partes íntimas?	Valle Alto <sup>(1)</sup>		Valle Bajo <sup>(2)</sup>		Tropico <sup>(3)</sup>		Cercado <sup>(4)</sup>		General	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	25	11,3	48	31,0	44	20,0	70	18,9	187	19,3
No	196	88,7	107	69,0	176	80,0	301	81,1	780	80,7
Total	221	100	155	100	220	100	371	100	967	100

(1) Punata, Arani, Mizque

(2) Sipe Sipe, Sacaba

(3) Villa Tunari, Shinaota, Chimoré, Puerto Villarroel

(4) Cercado (periurbano)

000012

Tabla 4. Realizó prueba de Papanicolaou por grupo etario

Grupo de edad	Si		No		General	
	n	%	n	%	n	%
Hasta 25 años	42	11,7	127	20,9	169	17,5
26 - 46	245	68,1	340	56,0	585	60,5
47 años y más	73	20,3	140	23,1	213	22,0
Total	360	100	607	100	967	100

**Encuesta: Afirmaciones puestas a consideración de las mujeres**

**1. Percepciones, imaginarios sobre relaciones de pareja**

- Los varones, por naturaleza, son más violentos
- Las mujeres débiles encuentran pareja más fácil que las que son fuertes
- Un hombre maltrata porque ella hizo algo para provocarle
- Por amor a los hijos y la pareja se puede aguantar cualquier cosa
- Si un hombre quiere a una mujer, la debe proteger
- A los hombres les gusta que su pareja (chica, esposa) piense como ellos quieren
- Cuando las mujeres protestan los hombres dicen que su pareja está un poco loca o es una exagerada
- La violencia es parte de la naturaleza humana
- Los problemas de una pareja son cosa solo de ellos mejor ni contarlos ni meterse
- Está bien que por amor, las mujeres dejen sus intereses y proyectos
- Cuando hay problemas, muchas mujeres piensan que sus opiniones no tienen valor
- El hombre es el que aporta más dinero a su familia (mujer e hijos)
- Cuando una pareja está discutiendo se insulta con facilidad
- Las mujeres también golpean a su pareja
- Las mujeres se quejan, pero son provocadoras
- Para mantener las relaciones en la pareja, a veces las mujeres deben ser obedientes
- Una mujer tiene que complacer a su pareja en sus relaciones íntimas aunque no tenga ganas
- En una relación de pareja, es la mujer la que más se preocupa de que todo vaya bien
- No se debe condenar a las mujeres que se realizan un aborto
- Normalmente nuestra pareja no nos valora y humilla
- Cuando una está enamorada tiene que complacer en todo a la pareja
- Cada vez es más difícil seguir los mandamientos de la iglesia en lo que se refiere a las relaciones sexuales

**Calificación**

<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>En parte estoy de acuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>
-------------------------	----------------------------------	----------------------------

000011

## 2. Conocimiento de la sexualidad y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos

- Si se tiene relaciones sexuales, de parados la mujer no se embaraza
- La mujer no queda embarazada en su primera relación sexual
- Lavarse las partes íntimas después de la relación sexual impide el embarazo
- Es difícil que el marido o pareja acepte usar condón
- Cuando una mujer le pide a su pareja que use condón él le puede insultar o agredir
- Las mujeres, aunque queramos no usamos anticonceptivos por que no conocemos
- El esposo o pareja está de acuerdo en que usemos anticonceptivo
- Es difícil para la mujer hablar de relaciones sexuales con su pareja
- Solo las mujeres que tienen múltiples parejas están en riesgo de tener enfermedades de transmisión sexual (ETS)

### Calificación

Así es	A veces es así	No es así
--------	----------------	-----------

## 3. Características de la tipología de mujeres

000010

**Characterisation by categories of groups of  
CUT "a" OF THE TREE INTO 3 CLUSTERS**

**Group: CLUSTER 1 / 3 (Count: 329 - Percentage: 37.73)**

Variable label		Characteristic categories		Test-value	Histogram
p13Compl	Cuando una esta enamorada tiene que complacer en todo a la pareja	p13_3	No estoy de acuerdo	15,20	*****
p19mob	Para mantener las relaciones en la pareja, a veces las mujeres debenser obedientes	p19_3	No estoy de acuerdo	14,28	*****
p4poram	Por amor a los hijos y la pareja se puede aguantar cualquier cosa.	p4_3	No estoy de acuerdo	12,85	*****
p3hmal	Un hombre maltrata porque ella hizo algo para provocarle	p3_3	No estoy de acuerdo	12,32	*****
p10dejint	Las mujeres por amor dejan sus intereses y proyectos	p10_3	No estoy de acuerdo	11,58	*****
p11opval	En problemas las mujeres piensan que su opinion no tiene valor	p11_3	No estoy de acuerdo	11,01	*****
p8vionat	Violencia parte de la naturaleza humana	p8_3	No estoy de acuerdo	10,79	*****
p6chipi	Hombres les gusta pareja que piesen igual a ellos	p6_3	No estoy de acuerdo	10,65	*****
p20mcom	Una mujer tiene que complacer a su pareja en sus relaciones intimas aunque no tenga ganas.	p20_3	No estoy de acuerdo	10,58	*****
p2mujde	Una mujer tiene que complacer a su pareja en sus relaciones intimas aunque no tenga ganas.	p2_3	No estoy de acuerdo	10,21	*****
q9ETS	Mujeres con multiples parejas riesgo ETS	q9_3	No es así	9,89	*****

800000

p15hdin	Hombre aporta mas dinero a la familia	p15_3	No es así	9,73	*****
q6noant	Mujeres aunque quieran no utilizan anticonceptivos, por desconocimiento.	q6_3	No es así	8,95	*****
p18mpro	Las mujeres quejan pero son unas provocadoras	p18_3		8,85	*****
p12noval	La pareja no valora y humilla	p12_3		8,61	*****
q8dihab	Mujer es dificil hablar de relaciones sexuales con su pareja	q8_3	No es así	7,72	*****
q1relpar	Relacion sexual de parados la mujer no se embaraza	q1_3	No es así	7,22	*****
q3lav	Lavarse las partes intimas despues de la relacion impide el embarazo	q3_3	No es así	6,45	*****
p21mpreo	Una mujer tiene que complacer a su pareja en sus relaciones intimas aunque no tenga ganas.	p21_3	No estoy de acuerdo	6,42	*****
p7parloc	Cuando las mujeres protestan los hombres dicen que su pareja esta un poco loca o es una exagerada	p7_3	No estoy de acuerdo	6,34	*****
Estud	Nivel de estudio	Técnico o profesiona		6,21	*****
Muni	Municipio de levantamiento dato	Cercado		5,65	*****
p1natv	Hombres por naturaleza mas violentos	p1_3	No estoy de acuerdo	5,36	*****
p9propar	Los problemas de una pareja son cosa de ellos mejor ni contarlos ni meterse	p9_3	No estoy de acuerdo	5,24	*****
q4dicon	Es dificil que el marido acepte usar condon	q4_3	No es así	5,10	*****

200000

q5conag	Mujer agredida-insultada por pedir que la pareja use condon	q5_3	No es así	5,06	*****
q2noem	La mujer no queda embarazada en su primer relacion sexual	q2_3	No es así	4,76	*****
grued	Grupo de edad	26 - 30		3,78	*****
p16insu	Cuando pareja discute se insulta facilmente	p16_3	No estoy de acuerdo	3,70	*****
Eciv	Estado civil	Soltera		3,24	*****
Gine	Visito medico ginecologo (3 ultimos años)	Si		3,18	*****
Ocup	Ocupacion	Estudia y trabaja		2,76	*****
Estud	Nivel de estudio	Profesional		2,62	*****
Lugnac	lugar de nacimiento	AQUI		2,50	*****

Group: CLUSTER 2 / 3 (Count: 268 - Percentage: 30.73)

Variable label		Characteristic categories		Test-value	Histogram
p13Compl	Cuando una esta enamorada tiene que complacer en todo a la pareja	p13_2	En parte estoy de acuerdo	10,70	*****
p3hmal	Un hombre maltrata porque ella hizo algo para provocarle	p3_2	En parte estoy de acuerdo	9,52	*****
p2mujde	Mujeres debiles encuentran pareja mas facil, que las que son fuertes	p2_2	En parte estoy de acuerdo	9,39	*****
p10dejint	Las mujeres por amor dejan sus intereses y proyectos	p10_2	En parte estoy de acuerdo	9,19	*****
p19mob	Para mantener las relaciones en la pareja, a veces las mujeres deben ser obedientes	p19_2	En parte estoy de acuerdo	9,13	*****

900000

p11opval	En problemas las mujeres piensan que su opinion no tiene valor	p11_2	En parte estoy de acuerdo	8,98	*****
p4poram	Por amor a los hijos y la pareja se puede aguantar cualquier cosa.	p4_2	En parte estoy de acuerdo	8,72	*****
q8dihab	Mujer es dificil hablar de relaciones sexuales con su pareja	q8_2	A veces es así	8,64	*****
q2noem	La mujer no queda embarazada en su primer relacion sexual	q2_2	A veces es así	8,47	*****
p8vionat	Violencia parte de la naturaleza humana	p8_2	En parte estoy de acuerdo	8,39	*****
p15hdin	Hombre aporta mas dinero a la familia	p15_2	En parte estoy de acuerdo	8,38	*****
p18mpro	Las mujeres quejan pero son unas provocadoras	p18_2	En parte estoy de acuerdo	8,17	*****
p7parloc	Cuando las mujeres protestan los hombres dicen que su pareja esta un poco loca o es una exagerada	p7_2	En parte estoy de acuerdo	7,91	*****
p6chipi	Hombres les gusta pareja que piesen igual a ellos	p6_2	En parte estoy de acuerdo	7,82	*****
p20mcom	Una mujer tiene que complacer a su pareja en sus relaciones intimas aunque no tenga ganas.	p20_2	En parte estoy de acuerdo	7,72	*****
q6noant	Mujeres aunque quieran no utilizan anticonceptivos, por desconocimiento	q6_2	A veces es así	7,63	*****

p12noval	La pareja no valora y humilla	p12_2	En parte estoy de acuerdo	7,50	*****
q4dicon	Es difícil que el marido acepte usar condon	q4_2	A veces es así	7,45	*****
p22mab	No debe condenar a las mujeres que se realizan un aborto	p22_2	En parte estoy de acuerdo	7,33	*****
q1relpar	Relacion sexual de parados la mujer no se embaraza	q1_2	A veces es así	7,20	*****
q9ETS	Mujeres con multiples parejas riesgo ETS	q9_2	A veces es así	7,17	*****
p1natv	Hombres por naturaleza mas violentos	p1_2	En parte estoy de acuerdo	6,98	*****
p21mpreo	En una relación de pareja la mujer se preocupa más que todo vaya bien	p21_2	En parte estoy de acuerdo	6,40	*****
p17mgol	Las muj. también golpean a su pareja	p17_2	En parte estoy de acuerdo	6,31	*****
q7siant	La pareja esta de acuerdo en que se use anticonceptivos	q7_2	A veces es así	6,11	*****
q5conag	Mujer agredida-insultada por pedir que la pareja use condon	q5_2	A veces es así	5,67	*****
p16insu	Cuando pareja discute se insulta facilmente	p16_2	En parte estoy de acuerdo	5,64	*****
p9propar	Los problemas de una pareja son cosa de ellos mejor ni contarlos ni meterse	p9_2	En parte estoy de acuerdo	5,09	*****
q3lav	Lavarse las partes intimas despues de la relacion impide el embarazo	q3_2	A veces es así	5,02	*****

000000

p5hpro	Si un hombre quiere a una mujer la debe proteger	p5_2	En parte estoy de acuerdo	4,43	*****
Muni	Nunicipio	Villa Tunari		3,20	*****
grued	Grupo de edad	hasta 25		2,99	*****
Pap		No		2,92	*****

Group: CLUSTER 3 / 3 (Count: 275 - Percentage: 31.54)

Variable label		Characteristic categories		Test-value	Histogram
p19mob	Para mantener las relaciones en la pareja, a veces las mujeres deben ser obedientes	p19_1	Estoy de acuerdo	14,94	*****
p11opval	En problemas las mujeres piensan que su opinion no tiene valor	p11_1	Estoy de acuerdo	12,50	*****
p13Compl	Cuando una esta enamorada tiene que complacer en todo a la pareja	p13_1	Estoy de acuerdo	12,49	*****
p18mpro	Las mujeres quejan pero son unas provocadoras	p18_1	Estoy de acuerdo	11,95	*****
p20mcom	Una mujer tiene que complacer a su pareja en sus relaciones intimas aunque no tenga ganas.	p20_1	Estoy de acuerdo	11,55	*****
q6noant	Mujeres aunque quieran no utilizan anticonceptivos, por desconocimiento	q6_1	A veces es así	11,41	*****
q5conag	Mujer agredida-insultada por pedir que la pareja use condon	q5_1	A veces es así	10,55	*****
p12noval	La pareja no valora y humilla	p12_1	Estoy de acuerdo	10,21	*****
p3hmal	Un hombre maltrata porque ella hizo algo para provocarle	p3_1	Estoy de acuerdo	10,20	*****

000000

q9ETS	Mujeres con multiples parejas riesgo ETS	q9_1	A veces es así	9,71	*****
q8dihab	Mujer es difícil hablar de relaciones sexuales con su pareja	q8_1	A veces es así	9,50	*****
p4poram	Por amor a los hijos y a la pareja se puede aguantar cualquier cosa	p4_1	Estoy de acuerdo	8,97	*****
p10dejint	Las mujeres por amor dejan sus intereses y proyectos	p10_1	Estoy de acuerdo	8,65	*****
p21mpreo	En una relación de pareja la mujer se preocupa más que todo vaya bien	p21_1	Estoy de acuerdo	8,22	*****
p8vionat	Violencia parte de la naturaleza humana	p8_1	Estoy de acuerdo	8,16	*****
q4dicon	Es difícil que el marido acepte usar condon	q4_1	A veces es así	8,00	*****
p1natv	Hombres por naturaleza mas violentos	p1_1	Estoy de acuerdo	7,94	*****
p15hdin	Hombre aporta mas dinero a la familia	p15_1	Estoy de acuerdo	7,81	*****
p6chipi	Hombres les gusta pareja que piesen igual a ellos	p6_1	Estoy de acuerdo	7,36	*****
p2mujde	Mujeres debiles encuentran pareja mas facil, que las que son fuertes	p2_1	Estoy de acuerdo	7,21	*****
p7parloc	Cuando las mujeres protestan los hombres dicen que su pareja esta un poco loca o es una exagerada	p7_1	Estoy de acuerdo	7,02	*****
p9propar	Los problemas de una pareja son cosa de ellos mejor ni contarlos ni meterse	p9_1	Estoy de acuerdo	6,50	*****

q2noem	La mujer no queda embarazada en su primer relacion sexual	q2_1	Así es	6,25	*****
q3lav	Lavarse las partes intimas despues de la relacion impide el embarazo	q3_1	Así es	5,53	*****
Hij	Tiene hijos	Si		4,52	*****
Estud	Nivel de estudio	Primaria incompleta		4,17	*****
grued	Grupo de edad	47 y más		4,02	*****
Muni	Nunicipio	Sipe Sipe		3,54	*****
Eciv	Estado civil	Casada/unida		3,54	*****
q7siant	La pareja esta de acuerdo en que se use anticonceptivos	q7_1	Así es	3,52	*****
p16insu	Cuando pareja discute se insulta facilmente	p16_1	Estoy de acuerdo	3,45	*****
p17mgol	Las muj. también golpean a su pareja	p17_1	Estoy de acuerdo	3,35	*****
q7siant	La pareja esta de acuerdo en que se use anticonceptivos	q7_3	No es así	3,30	*****
p5hpro	Si un hombre quiere a una mujer la debe proteger	p5_1	Estoy de acuerdo	3,20	*****
q1relpar	Relacion sexual de parados la mujer no se embaraza	q1_1	Así es	2,89	*****
Estud	Nivel de estudio	Primaria completa		2,78	*****
p22mab	No debe condenar a las mujeres que	p22_3	No estoy de acuerdo	2,51	*****
p22mab	No debe condenar a las mujeres que	p22_1	Estoy de acuerdo	2,49	*****