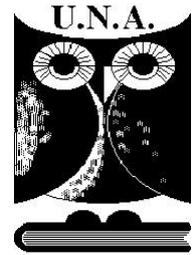




UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA



**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE INFORMACIÓN Y
COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER
DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE ITAUGUÁ Y SAN
LORENZO – PARAGUAY, 2014-2018.**

Tesis presentada a la Facultad de Filosofía de la UNA para optar por el Título
de Doctora en Educación

AUTORA

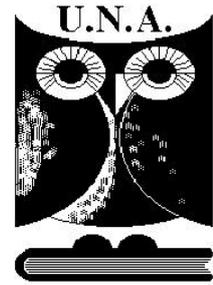
María Isabel Rodríguez Vda. de Riveros

TUTORA

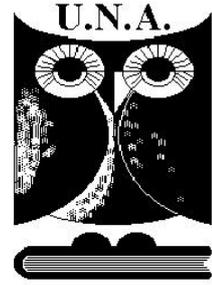
Prof. Dra. Laura Patricia Mendoza Torres, MSc, PhD

ASUNCIÓN – PARAGUAY

2019



La Doctoranda en Educación, en el marco del “Programa Paraguayo para el desarrollo de la Ciencia y Tecnología (PROCENCIA), convocatoria 2013 para el financiamiento del programa de apoyo a la formación de Docentes investigadores. Contrato financiado a través del Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación (FEEI), asignado por el Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE), código del Programa 14-PO5-019” Becario 19-57 Contrato Facultad de Filosofía UNA-CONACYT.



PÁGINA DE APROBACIÓN

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE INFORMACIÓN Y
COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES DE ITAUGUÁ Y SAN LORENZO
– PARAGUAY, 2014-2018**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
DOCTORA EN EDUCACIÓN**

Prof. Dra. Laura Patricia Mendoza Torres
Tutora

María Isabel Rodríguez Vda. de Riveros
Autora

Prof. Dr. César Luciano Cristaldo Domínguez
Miembro

Prof. Dra. Emilce Noemí Sena Correa
Miembro

Prof. Dra. Marta Canese de Estigarribia
Miembro

Prof. Dr. Ricardo Luis Vicente Pavetti Pellegrini
Decano

16/08/2019
Fecha de Aprobación

Dedicatoria

*Este trabajo de **TESIS DOCTORAL** va dedicado a todas las mujeres paraguayas, merecedoras de todo esfuerzo en pro de la disminución del cáncer de cuello uterino.*

Gratitud

A Dios por el privilegio de ser parte de este curso, por acompañarme desde siempre y no abandonarme jamás.

A mi familia por el apoyo y la comprensión de siempre

Agradecimientos

*A mi Tutora Dra. **Laura Patricia Mendoza Torres**, (PhD) por cada momento compartido durante la elaboración de la Tesis que ha significado mucho para mi formación, desarrollo y aprendizaje; tanto en el aspecto metodológico como temático; gracias a su conocimiento, experiencia y acompañamiento en cada proceso he podido concluir la investigación en forma exitosa.*

*A los **Docentes Investigadores del Departamento** de Salud Pública del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud por el apoyo desde el principio hasta la finalización del trabajo.*

*Especial gratitud a los **Integrantes del equipo del Proyecto ESTAMPA – Paraguay** por todo el apoyo e incansable aporte intelectual y de trabajo en cada etapa de la investigación desde el inicio hasta el final.*

*Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**, Paraguay (CONACYT) a través de su programa PROCIENCIA por permitirme ser parte de este programa de Doctorado en Educación, sin el cual no hubiera sido posible cursar y concluir el curso.*

*A la **Facultad de Filosofía de la UNA** por haber desarrollado tan importante programa de estudios.*

*A los **Docentes, profesionales y compañeros** que han aportado con su experiencia para el éxito de la investigación.*

*A los **compañeros de trabajo, amigos, colegas y estudiantes** por alentarme cada día al logro de la meta.*

*A las **Instituciones de salud y educativas** que abrieron sus puertas para la ejecución de la investigación*

*A cada **mujer participante** que dijeron si a la prevención del cáncer de cuello uterino*

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en Paraguay, observándose una baja cobertura en el programa de tamizaje nacional. Por ello, el objetivo fue Evaluar potenciales estrategias educativas de información y comunicación individuales (tríptico-T, entrevista directa-ED, llamadas telefónicas-LT y mensajes de texto-MT) o combinadas que propician la participación de 10082 mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de 16 territorios sociales de Itauguá y San Lorenzo, 2014/2018. Se diseñó un estudio cuasi experimental factorial, el análisis de asociación entre estrategias y participación se realizó por chi cuadrado y la medida de asociación con riesgo relativo-RR. Entre las estrategias individuales, se observó mayor porcentaje de participación del 55% con T; seguido de LT (49%); ED (44%) y MT (12%), siendo la participación en T significativamente mayor a la de MT ($p<0,000$; RR:1,9). La combinación de ED/LT obtuvo mayor participación (71%) y la de MT/LT la menor participación (32%), $p<0,000$; RR:2,38. También, 709 mujeres participaron con estrategias adicionales (81% fueron referidas por terceros, 10% captadas en el momento de reclutamiento y 9% invitadas por agentes de salud local). Las estrategias de contacto directo (EV, LT, EV/LT) tuvieron significativamente mayor participación que las de MT o T o MT/T, RR:1,47. Dificultad de contacto fue el motivo más frecuente de no participación (33%). En suma, el presente es el primer estudio en Paraguay de análisis de implementación de estrategias educativas cuyos resultados servirán como base para diseñar modelos de programas de tamizaje organizado buscando fortalecer la cobertura en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Palabras claves: Estrategias educativas – prevención - cáncer de cuello uterino - Paraguay

ABSTRACT

Cervical cancer is a public health problem in Paraguay, with a low coverage in the national screening program. Therefore, the aim was to evaluate potential individual or combined educational strategies of information and communication (brochure-T, direct interview-ED, telephone calls-LT and text messages-MT) that encourage the participation of 10082 women in cervical cancer prevention in women from 16 social territories of Itauguá and San Lorenzo, 2014/2018. A quasi-experimental factorial study was designed, the analysis of association between strategies and participation was performed by chi-square and the measure of association with relative risk-RR. Among the individual strategies, a higher percentage of participation of 55% was observed with T; followed by LT (49%); ED (44%) and MT (12%), the participation in T being significantly greater than that of MT ($p < 0.000$; RR: 1.9). The combination of ED/LT obtained greater participation (71%) and that of MT/LT had the lowest participation (32%), $p < 0.000$; RR:2.38. Also, 709 women participated with additional strategies (81% were referred by third parties, 10% captured at the recruitment time and 9% invited by local health agents). Direct contact strategies (EV, LT, EV / LT) had significantly greater participation than those of MT or T or MT/T; RR:1,47. Contact difficulty was the most frequent reason for non-participation (33%). In sum, this is the first local study that analyse the implementation of educational strategies whose results will serve as the basis for designing models of organized screening programs seeking to strengthen coverage in the prevention of cervical cancer.

Keywords: Educational strategies - prevention - cervical cancer

RESUMO

O câncer de colo do útero é um problema de saúde pública no Paraguai, com baixa cobertura no programa nacional de triagem. Portanto, o objetivo foi avaliar potenciais estratégias educativas de informação e comunicação individual (tríptico-T, entrevista direta-ED, telefonemas-LT e mensagens de texto-MT) ou combinadas que promovam a participação de 10082 mulheres na prevenção do câncer do colo do útero em mulheres de 16 territórios sociais de Itauguá e San Lorenzo, 2014/2018. Foi elaborado um estudo fatorial quase-experimental, a análise da associação entre estratégias e participação foi realizada pelo qui-quadrado e a medida de associação com risco relativo-RR. Dentre as estratégias individuais, observou-se maior percentual de participação de 55% com T; seguido por LT (49%); ED (44%) e MT (12%), sendo a participação em T significativamente maior que a de MT ($p < 0,000$; RR:1,9). A combinação de ED/LT teve a maior participação (71%) e a de MT/LT a menor participação (32%), $p < 0,000$; RR:2,38. Além disso, 709 mulheres participaram com estratégias adicionais (81% foram encaminhadas por terceiros, 10% recrutadas no momento do recrutamento e 9% convidadas por agentes de saúde locais). As estratégias de contato direto (VE, LT, EV/LT) tiveram participação significativamente maior do que as de MT ou T ou MT/T, RR:1,47. A dificuldade de contato foi o motivo mais frequente de não-participação (33%). Em suma, este é o primeiro estudo local a analisar a implementação de estratégias educativas, cujos resultados servirão de base para o desenho de modelos de programas de rastreio organizados que visem reforçar a cobertura na prevenção do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: Estratégias educativas - prevenção - câncer do colo do útero

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|-------------|
| RESUMEN | VII |
| ABSTRACT | VIII |
| RESUMO | IX |
| LISTA DE TABLAS | XV |
| LISTA DE FIGURAS | XVI |
| LISTA DE ABREVIATURAS | XVII |
| INTRODUCCIÓN | 18 |
| CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TESIS EN EL MARCO DEL PROYECTO ESTAMPA | 22 |
| CAPÍTULO I. PARTE INICIAL | 24 |
| 1.1. Tema y Título..... | 24 |
| 1.1.1. Tema..... | 24 |
| 1.1.2. Título de la investigación | 24 |
| 1.2. Planteamiento del problema..... | 24 |
| 1.2.1. Breve descripción del problema..... | 24 |
| 1.2.2. Preguntas de investigación | 26 |
| a) Pregunta general | 26 |
| b) Preguntas específicas..... | 26 |
| 1.3. Objetivos de la investigación (general y específicos)..... | 27 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 27 |
| 1.3.2. Objetivos específicos..... | 27 |
| 1.4. Justificación de la investigación..... | 28 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 31 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 31 |
| 2.1.1. Brasil, 2017 | 31 |
| 2.1.2. Cuba, 2016 | 31 |
| 2.1.3. México, 2016..... | 32 |
| 2.1.4. Cuba, 2015 | 33 |
| 2.1.5. Brasil, 2013 | 33 |
| 2.1.6. Cuba, 2012 | 34 |
| 2.1.7. Chile, 2012 | 35 |
| 2.1.8. Estados Unidos, 2010..... | 35 |
| 2.1.9. Honduras, año 2008 | 36 |
| 2.1.10. Paraguay, 2019 | 37 |
| 2.2. Teorías que sustentan la investigación, marco legal, conceptos..... | 38 |
| 2.2.1. Marco legal..... | 38 |
| 2.2.1.1. Constitución Nacional..... | 38 |

| | |
|---|----|
| 2.2.1.2 Ley N° 3331 que crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama | 39 |
| 2.2.1.3. Ley N° 3803 que otorga licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolau y Mamografía..... | 43 |
| 2.2.1.4. Ley N° 6266 de atención integral a las personas con cáncer..... | 44 |
| 2.2.1.5. Normativas Internacionales y Nacionales para la prevención del Cáncer de Cuello uterino | 56 |
| a) Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cérvico-uterino 2018-2030. OPS/OMS | 56 |
| b) Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer del Tracto Genital Inferior Femenino | 58 |
| 2.2.2. Educación | 62 |
| 2.2.2.1 Concepto y Generalidades | 62 |
| 2.2.2.2 Modelos en educación..... | 64 |
| - a) Teoría Sociocultural de Vigotsky | 65 |
| - b) Teoría del Aprendizaje Significativo de David Ausubel..... | 70 |
| - c) Teoría de la Pedagogía Crítica de Paulo Freire..... | 73 |
| 2.2.3. Educación para la Salud (EpS) | 77 |
| 2.2.3.1. Salud | 77 |
| 2.2.3.2. Contexto histórico de la EpS..... | 78 |
| 2.2.3.3. Educación para la salud. | 79 |
| 2.2.3.4. Métodos y medios de la EpS..... | 82 |
| a) Métodos directos..... | 83 |
| b) Métodos indirectos..... | 84 |
| 2.2.4. Cáncer de cuello uterino..... | 86 |
| 2.2.4.1. Epidemiología del cáncer de cuello uterino..... | 86 |
| 2.2.4.2. Evolución natural del cáncer de cuello uterino..... | 87 |
| 2.2.4.3. Factores de riesgo | 89 |
| - A) Infección por VPH..... | 89 |
| - B) Cofactores de riesgo..... | 91 |
| 2.2.4.4. Prevención del cáncer de cuello uterino..... | 95 |
| - A) Los componentes de un programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino..... | 98 |
| - B) Necesidades para el funcionamiento de un programa integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino..... | 99 |

| | |
|---|------------|
| 2.2.5. Estrategias educativas de información y comunicación..... | 100 |
| 2.2.5.1. Estrategias..... | 100 |
| 2.2.5.2. Comunicación..... | 101 |
| 2.2.5.3. Las estrategias como método de promoción de salud..... | 101 |
| 2.2.5.4. Comunicación en salud. Concepto..... | 102 |
| 2.2.5.5. Modelos y estrategias de comunicación en salud | 104 |
| 2.2.5.6. Estrategias de información, educación y comunicación | 105 |
| 2.2.5.7. La participación como resultado de las estrategias educativas de información y comunicación..... | 106 |
| 2.2.5.8. La comunicación y educación en un contexto de prevención de cáncer de cuello uterino | 107 |
| 2.2.5.9. Recomendaciones para el equipo de salud al hablar sobre el cáncer de cuello uterino y el virus de VPH con la mujer..... | 109 |
| 2.2.5.10. Mensajes claves en la prevención de cáncer de cuello uterino | 110 |
| 2.3. Hipótesis, si corresponde..... | 112 |
| Hipótesis Nula..... | 112 |
| Hipótesis Alternativa..... | 112 |
| 2.4. Identificación, conceptualización y operacionalización de variables..... | 113 |
| CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 115 |
| 3.1. Tipo y nivel de investigación..... | 115 |
| 3.1.1 Diseño..... | 115 |
| 3.1.2. Alcance: Cuasi-experimental..... | 115 |
| 3.1.3. Enfoque..... | 116 |
| 3.1.4. Tiempo de ocurrencia de los hechos..... | 116 |
| 3.2. Población y muestra..... | 118 |
| 3.3. Tipo de muestreo..... | 118 |
| 3.3.1. Selección de territorios sociales..... | 119 |
| 3.3.2. Censo para identificación de mujeres de 30 a 64 años..... | 120 |
| 3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión de mujeres | 121 |
| a) Criterios de inclusión de mujeres de 30 a 64 años:..... | 121 |
| b) Criterios de exclusión:..... | 122 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, con su correspondiente validación | 124 |
| 3.4.1. Fuente de Datos | 124 |
| 3.4.2. Técnica..... | 124 |
| 3.4.3. Instrumento. Hoja de censo y de registro de estrategias | 124 |

| | |
|---|------------|
| 3.5. Procedimiento para la recolección de datos. Reclutamiento | 125 |
| 3.5.1. Organización de equipo..... | 125 |
| 3.5.2. Capacitación de los miembros del equipo de Trabajo de Campo..... | 126 |
| 3.5.3. Selección, visita de reconocimiento del territorio social y entrevistas con autoridades locales..... | 126 |
| 3.5.4. Periodo y días de censo y reclutamiento por territorio social..... | 127 |
| 3.5.5. Preparación de materiales e insumos | 128 |
| 3.5.6. Realización del censo..... | 129 |
| 3.5.6.1. Organización de materiales, equipo y mecanismo de trabajo para el censo | 129 |
| 3.5.6.2. Cierre global del censo por territorio social..... | 130 |
| 3.5.7. Implementación de las estrategias educativas de información y comunicación..... | 130 |
| 3.5.7.1. Fase de censo | 131 |
| - a) Tríptico informativo..... | 131 |
| - b) Entrevista directa | 131 |
| 3.5.7.2. Fase de reclutamiento para prevención de cáncer de cuello uterino | 132 |
| - a) Llamada telefónica..... | 132 |
| - b) Envío de mensajes de texto | 132 |
| - c) Estrategias adicionales: | 133 |
| - Captadas en el momento | 133 |
| - Referidas por terceros (vecinas, amigas, familiares)..... | 133 |
| - Invitadas por agentes de salud local..... | 134 |
| 3.6. Descripción del procedimiento de análisis de datos. | 136 |
| 3.6.1. Preparación y organización de hojas de censo para la carga de datos | 136 |
| 3.6.2. Elaboración de planilla electrónica Excel | 136 |
| 3.6.3. Carga de datos | 136 |
| 3.6.4. Depuración de la base y control de calidad..... | 136 |
| 3.6.5. Análisis de datos..... | 137 |
| 3.5. Consideraciones éticas..... | 137 |
| CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 139 |
| 4.1. Procesamiento de datos, análisis y descripción de resultados | 139 |
| 4.1.1. Distribución de mujeres elegibles según grupo de edad..... | 139 |
| 4.1.2. Frecuencia de las estrategias educativas de información y comunicación individual y/o combinadas que fueron implementadas..... | 141 |
| 4.1.3. Frecuencia de participación de mujeres en la prevención de cáncer de cuello uterino..... | 143 |
| 4.1.4. Frecuencia de participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según tipo de estrategias | 145 |
| 4.1.5. Análisis de la relación entre el tipo de estrategia implementada y la frecuencia de participación de la mujer | 149 |

| | |
|---|------------|
| 4.1.6. Análisis de la relación entre mujeres que recibieron estrategias educativas de información y comunicación (contacto directo) y la frecuencia de participación en la prevención del cáncer de cuello uterino..... | 151 |
| 4.1.7. Frecuencia de motivos atribuibles a la falta de participación de las mujeres y motivos de rechazo..... | 152 |
| 4.2. Interpretación de resultados | 154 |
| CONCLUSIONES..... | 161 |
| RECOMENDACIONES..... | 163 |
| GLOSARIO..... | 179 |
| ANEXOS | 184 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Acciones a seguir en consejería según resultados de estudio citológico. MSPyBS – 2015 | 61 |
| Tabla 2. Taxonomía de métodos y medios de la EpS..... | 85 |
| Tabla 3. Mensajes claves para las mujeres..... | 111 |
| Tabla 4. Operacionalización de variables | 113 |
| Tabla 5. Distribución de mujeres de 30 a 64 años potencialmente elegibles por territorio social. Distritos de Itauguá y San Lorenzo, 2014 – 2018 | 118 |
| Tabla 6. Distribución de viviendas censadas por territorio social. Distritos de Itauguá y San Lorenzo, 2014 – 2018. | 121 |
| Tabla 7. Periodo y días de censo y reclutamiento territorio social. Itauguá y San Lorenzo 2014-2018 | 128 |
| Tabla 8. Distribución de mujeres por Distrito según grupo etario. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018..... | 140 |
| Tabla 9. Asociación entre estrategias educativas de información y comunicación implementadas y la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. (n=9374 mujeres)..... | 149 |
| Tabla 10. Asociación entre estrategias educativas de información y comunicación combinadas implementadas y la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018 | 150 |
| Tabla 11. Asociación entre estrategias educativas de información y comunicación de contacto directo y la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018 (n=9.374)..... | 151 |
| Tabla 12. Distribución de mujeres 30 a 64 años según motivos atribuibles a la no participación en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018 | 152 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Esquema del diseño de estudio Cuasi Experimental Factorial..... | 117 |
| Figura 2. Diagrama de población total y muestra..... | 123 |
| Figura 3. Diagrama de estrategias educativas de información y comunicación implementadas..... | 135 |
| Figura 4. Distribución de mujeres censadas según grupo etario. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación. ... | 139 |
| Figura 5. Frecuencia de estrategias educativas de información y comunicación implementadas para la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación. | 141 |
| Figura 6. Estrategias educativas de información y comunicación implementadas en forma individual para la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación..... | 142 |
| Figura 7. Distribución porcentual de mujeres de 30 a 64 años según participación en la prevención del cáncer de cuello uterino por Territorio Social. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación..... | 143 |
| Figura 8. Edad media de mujeres de 30 a 64 años participantes y no participantes en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación. | 144 |
| Figura 9. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias implementadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación..... | 145 |
| Figura 10. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias educativas de información y comunicación individual implementadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación. | 146 |
| Figura 11. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias educativas de información y comunicación combinadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación..... | 147 |
| Figura 12. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias adicionales implementadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación..... | 148 |
| Figura 13. Distribución porcentual de mujeres de 30 a 64 años según motivo de rechazo en la participación de la prevención del cáncer de cuello uterino, Itauguá y San Lorenzo, 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación..... | 153 |

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

EpS: Educación para la salud

VPH: Virus de Papiloma Humano

MSP y BS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

ESTAMPA: Estudio Multicéntrico de tamizaje y triage de cáncer de cuello uterino con pruebas de Virus del Papiloma Humano

PS: Promoción de la Salud

UNA: Universidad Nacional de Asunción

PAP: Papanicolau

IARC: Internacional de Investigación sobre el Cáncer

INTRODUCCIÓN

La educación es un proceso intencional que pretende el perfeccionamiento del individuo como persona y la inserción de éste, en el mundo cultural y social, entendiendo al proceso educativo como una parte activa en las sucesivas etapas de su larga y nunca concluida formación como individuo y como ser social (1). Algunas de las características globales de educación suponen una intervención humana, intencional; es un proceso integral que pretende desarrollar capacidades; es gradual, dinámico y continuado en el tiempo; activo del sujeto que se educa. El educador promueve, e interviene, pero las decisiones son del educando (2). Transforma y potencia al hombre natural para hacer emerger un hombre distinto (3).

Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación, relación), desarrollo de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad (4).

Por otro lado, la educación está estrechamente vinculada con los resultados y factores determinantes de la salud, como los comportamientos que inciden en la misma, los contextos de riesgo y el uso de servicios de prevención. Una educación eficaz, basada en el desarrollo de competencias, conciencia acerca de los riesgos vinculados con el sexo sin protección y el uso de drogas, fomenta la adopción de comportamientos más sanos, y desarrolla actitudes y valores que promueven los derechos humanos y la igualdad de género (5).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación y la salud están íntimamente relacionadas, entre otras cosas y ventajas demuestra que las mujeres con mayor nivel educativo tienen menos hijos y los tienen más tarde, teniendo las mujeres

alfabetizadas y por tanto sus hijos mayor probabilidad de mejores conocimientos sobre la salud (6).

En ese sentido se habla de educación para la salud (EpS) la cual se define como una actividad intencional que requiere, por parte del equipo de salud, un programa con el análisis de la realidad o definición del problema, objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo. En esta intencionalidad la EpS se basa en que el individuo pueda adquirir conocimiento de todo lo que le rodea y de sí mismo, y pueda modificar todo esto, incluida su conducta (7).

Existen enfermedades que se pueden evitar, desde su aparición, desarrollo y evolución por medio de una conducta preventiva que involucra la EpS y el cáncer de cuello uterino es en gran medida prevenible y se desarrolla lentamente, empezando con una infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH) que en algunos casos persiste y da lugar a lesiones precancerosas, que a su vez pueden evolucionar hacia un cáncer invasor si no se detectan ni se tratan (8). La disponibilidad de la prueba del VPH, por su mayor sensibilidad, presenta una enorme oportunidad para estimular cambios que mejoren la efectividad de los programas de tamizaje (9). Además, se han identificado cofactores de riesgo asociados a dicha neoplasia como la edad, obesidad, uso de anticonceptivos y el consumo de tabaco. Así, el estilo de vida juega un rol importante en el desarrollo del cáncer de cuello uterino (10).

A diferencia de la situación con la mayoría de los demás tipos del cáncer, la causa del cáncer de cuello uterino se ha demostrado científicamente y se dispone de herramientas costo-eficaces para su prevención y control (8). El principio central de un método integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino consiste en actuar durante todo el ciclo vital utilizando la evolución natural de la enfermedad para identificar en los grupos de edad pertinentes las oportunidades de efectuar intervenciones eficaces (11).

El cáncer de cuello uterino afecta en mayor proporción a las mujeres que, generalmente se encuentran en nuestras sociedades en condiciones de vulnerabilidad (12). Esto se evidencia en las grandes diferencias de tasas de cáncer de cuello uterino entre los países de ingresos menores y los de ingresos mayores. Estas desigualdades se han atribuido en gran parte a las variaciones de la distribución de los determinantes de la salud, en particular la situación socioeconómica, la educación y los ingresos (8). En muchos países hay insuficiente capacidad para prestar esos servicios, o bien los servicios existentes no son accesibles o asequibles a la mayoría de las mujeres afectadas (11).

En este sentido, una de las líneas estratégicas de acción de la OMS dentro del Plan de Acción sobre la prevención y el control del cáncer de cuello uterino 2018-2020 hace énfasis en la necesidad de elaborar o fortalecer y ejecutar iniciativas de educación y concientización sobre la prevención de la infección por el VPH y el cáncer de cuello uterino para informar a la población —en particular, las niñas, los niños y las poblaciones prioritarias con mayor prevalencia de infección por el VPH y en situación de vulnerabilidad— con el fin de abordar la ignorancia, el miedo, la vergüenza y la estigmatización relacionados con la infección por el VPH y el cáncer de cuello uterino (8). Este desafío es considerado doble, ya que se debe instalar en la agenda sanitaria y pública una nueva tecnología para la prevención de una enfermedad sesgada de por sí por el miedo y la desinformación, y las desigualdades de género y de poder (12).

Múltiples investigaciones han reportado que una mejor adherencia (participación de mujeres en programas de prevención) se produce en mujeres con mayor conocimiento, y con mejores (correctas) creencias. Dentro de las principales razones que impiden una mejor adherencia son el miedo o vergüenza de ir al médico. La falta de conocimiento y el miedo al ridículo son importantes barreras para adherir al tamizaje, así como también la preocupación por el dolor que pudiera causar el examen (13).

La EpS es de lo más eficaz si se proporciona en entornos comunitarios, con el apoyo y la participación de las familias, los líderes de la comunidad, grupos juveniles, grupos de defensa y apoyo de las mujeres, el sector no gubernamental y los medios de comunicación (14). A fin de cumplir con las metas se establecen las estrategias de información, educación y comunicación como un medio para elevar los niveles de conocimiento, modelar actitudes y motivar a los destinatarios hacia prácticas favorables dentro de su propio entorno. Tienen entre sus objetivos promover o consolidar, a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización, cambios de comportamiento o actitudes en determinadas audiencias, primordialmente en áreas del desarrollo tales como salud y educación (15).

Por todo lo expuesto y considerando que la educación es clave para la prevención del cáncer de cuello uterino se realizó la investigación con el objetivo de responder a la interrogante ¿Cuáles son las estrategias educativas de información y comunicación que pueden influir en las mujeres de 30 a 64 años para la prevención del cáncer de cuello uterino, Itauguá y San Lorenzo – Paraguay, 2014-2018?

De manera a cumplir con todos los requerimientos científico metodológico, la Tesis se realizó en base a la estructura del Reglamento del Doctorado en Educación de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Asunción, aprobado por Resolución N° 0282-00-2013 del Consejo Superior Universitario; que establece cinco partes principales con sus diferentes capítulos.

Se espera que este trabajo de investigación sirva de base para el diseño de estrategias orientadas a la prevención del cáncer de cuello uterino en Paraguay.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TESIS EN EL MARCO DEL PROYECTO ESTAMPA

Desde el año 2014, Paraguay a través de una Coordinación General el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción forma parte de un proyecto internacional denominado Estudio Multicéntrico de tamizaje y triage de cáncer de cuello uterino con pruebas de Virus del Papiloma Humano (ESTAMPA) que se desarrolla bajo la Coordinación del Grupo de Prevención e Implementación/Sección de Detección Temprana y Prevención (PRI/EDP) de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), OMS (WHO, con sede en Lyon - Francia, cuyo objetivo es reclutar 50.000 mujeres de varios países de América Latina, (entre 5,000 y 10,000 en cada lugar), y realizar la detección de lesiones pre-cancerosas/cancerosas en mujeres VPH positivas con miras a establecer conductas de seguimiento y tratamiento en los casos necesarios. Además, la posibilidad de establecer un programa organizado de tamizaje de cáncer de cuello uterino basado en la prueba de VPH y con enfoques para implementar programas sostenibles en diferentes escenarios (16).

La intención es que todas las mujeres que residan en el área de influencia sean invitadas a participar, cada centro podrá definir estrategias de difusión para garantizar que tanto a las mujeres que participan regularmente como a aquellas que no participan en programas de tamizaje se les ofrezca realizarse el tamizaje para cáncer de cuello uterino con la prueba de VPH y la posibilidad de seguimiento en los casos necesarios. Esto podría incluir, pero no se restringe a: a) visitas domiciliarias a participantes potenciales realizadas por trabajadores de campo, b) anuncios publicitarios y c) visitas domiciliarias adicionales a mujeres no participantes para motivarlas a asistir. Un folleto con información acerca del estudio será distribuido cuando las mujeres sean invitadas a participar. Adicionalmente, cuando se lleven a cabo las visitas domiciliarias para invitar a las mujeres a la clínica, se les

podrá proporcionar el documento de consentimiento informado para que lo lean y discutan antes de aceptar formar parte del estudio.

Las actividades ejecutadas en el estudio ESTAMPA-Paraguay, incluyeron un censo para identificar todas las mujeres de 30 a 64 años potencialmente elegibles, luego las mismas fueron invitadas a participar, tanto en la visita domiciliaria y por vía telefónica a realizarse los estudios de detección de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) por el método de Captura Híbrida 2 y citología convencional (Papanicolaou). Hasta la fecha fueron reclutadas un total de 5677 mujeres de dos distritos del Departamento Central, Itauguá y San Lorenzo, con una cobertura media de participación del 49.4% (17).

En este contexto se desarrolla la presente Tesis de Doctorado, de manera a analizar las potenciales estrategias que posibilitan la participación de las mujeres en las actividades de prevención del cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO I. PARTE INICIAL

1.1. Tema y Título

1.1.1. Tema

Análisis de estrategias educativas implementadas para la adherencia de mujeres al tamizaje de cáncer de cuello uterino. (Aprobado según Res. N° 058-25-2017 del Consejo Directivo de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Asunción)

1.1.2. Título de la investigación

Estrategias educativas de información y comunicación para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de Itauguá y San Lorenzo – Paraguay, 2014-2018.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Breve descripción del problema.

Es uno de los tipos de cáncer más prevenible, siendo el cuarto más frecuente en la mujer a nivel mundial y es la cuarta causa de muerte por cáncer; ocurre en un 87% de los casos en países en desarrollo (18). El cáncer cérvico uterino según estimaciones de GLOBOCAN en el año 2018 presentó a nivel mundial un total de 569.847 casos y de 311.365 muertes (19) En Paraguay la tasa de incidencia es $\geq 28,4$ por 100.000 y la tasa de mortalidad oscila entre 11,0–19,9 por 100.000 mujeres (20); ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad con 1.033 nuevos casos y 519 muertes en el año 2018 (18).

Es prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención. Los programas que poseen una red de servicios estructurada, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer (21).

La mayoría de las mujeres que fallecen de un cáncer de cuello uterino, en los países en desarrollo, corresponden a la población económicamente activa y sobre todo en edad

reproductiva lo que, sumado a la alta tasa de natalidad con un promedio superior a seis nacimientos por mujer en el ámbito rural, nos da una idea del problema socioeconómico asociado al cáncer de cuello uterino (22-23). Puede que eduquen niños, cuiden de sus familias y participen en la vida social y económica de las ciudades o pueblos en que viven, su desaparición constituye no solamente una tragedia personal, sino también una pérdida luctuosa e innecesaria para sus familias y sus comunidades; existen pruebas irrefutables de que el cáncer de cuello uterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer, a condición de detectarlo a tiempo y tratarlo con eficacia (23).

Existen ciertos factores que pueden elevar indirectamente el riesgo de que la mujer contraiga una infección del VPH como el tabaquismo, algún déficit del sistema inmunológico (especialmente por la infección de VIH) y factores hormonales como el haber tenido el primer parto a una edad muy joven, el uso de anticonceptivos hormonales y múltiples gestaciones. Además, pueden influir negativamente el hecho de tener relaciones sexuales a temprana edad y varios compañeros sexuales. A todo lo anterior se suma la relación existente con la mezcla de pobreza, ignorancia y bajos niveles de educación (24).

En este sentido, la movilización comunitaria, la información y la educación sobre la salud, son estrategias esenciales de prevención primaria. Es preciso fortalecer las campañas de información y educación sobre la salud, dependiendo de las necesidades específicas de información de las personas y las comunidades, mediante la comunicación de información y mensajes científicos actualizados sobre el VPH y el cáncer de cuello uterino y los cambios de comportamiento que pueden reducir los riesgos y prevenir el cáncer de cuello uterino, presentados con un lenguaje sencillo, atento a las cuestiones de género, culturalmente apropiado y comprensible (8).

La EpS surge a mediados del siglo XIX marcada por el discurso científico, más específicamente medicalizador, como una de las estrategias posibles para evitar los

problemas de salud. Con una marcada función proactiva, el enfoque hace centro en el cambio de hábitos y costumbres que sostienen los procesos de salud-enfermedad reconocidos, para así disminuir la incidencia y prevalencia de los mismos. De tal forma, la EpS se constituye en el basamento de toda estrategia de Promoción de la Salud (25).

Por lo tanto, permanente EpS, actividades educativas dirigidas a las mujeres y las asociaciones entre los servicios de salud y/o universitario, escuelas y otras organizaciones que ayudan a la promoción de la atención a la prevención de cáncer de cuello uterino son cruciales.

Asimismo, las actividades de educación dirigidas a aumentar la participación de las mujeres en el tamizaje deben priorizarse, garantizando así el acceso a los métodos de diagnóstico, así como para el tratamiento adecuado. A través del diálogo, la sensibilidad y la empatía, los equipos de la ESF deben buscar una mayor adherencia a través de orientación continua y consciente de la importancia de la prevención y la detección temprana, la atención especial de la enfermera, que lleva a cabo la recogida de examen y debe usar un enfoque más humanizado, mediante el desarrollo una relación empática, teniendo en cuenta la angustia, el miedo y la vergüenza de las mujeres a las que sirven, así como el contexto social, cultural y religiosa de las mismas (26).

1.2.2. Preguntas de investigación

a) Pregunta general

¿Cuáles son las estrategias educativas de información y comunicación para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de Itauguá y San Lorenzo – Paraguay, 2014-2018?

b) Preguntas específicas

- ¿Cuál es la distribución de mujeres en edad de riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino según edad?

- ¿Cuáles son las estrategias educativas de información y comunicación, individuales, combinadas y adicionales que fueron implementadas?
- ¿Cuál es la frecuencia de participación de mujeres en la prevención de cáncer de cuello uterino?
- ¿Cuál es la frecuencia de participación de mujeres en la toma de muestra de PAP y Test del VPH para la prevención del cáncer de cuello uterino según tipo de estrategias implementadas?
- ¿Existe asociación entre el tipo de estrategia implementada y la frecuencia de participación de la mujer?
- ¿Existe asociación entre mujeres que recibieron estrategias educativas de información y comunicación (contacto directo) y la frecuencia de participación en la prevención del cáncer de cuello uterino
- ¿Cuáles son los motivos atribuibles a la falta de participación y rechazo de las mujeres en la toma de muestra de PAP y Test del VPH para la prevención del cáncer de cuello uterino?

1.3. Objetivos de la investigación (general y específicos).

1.3.1. Objetivo general

Evaluar las potenciales estrategias educativas de información y comunicación que propician la participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo – Paraguay, 2019

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir la distribución de mujeres en edad de riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino según edad

- Describir las estrategias educativas de información y comunicación, individuales, combinadas y adicionales que fueron implementadas.
- Determinar la frecuencia de participación de mujeres en la prevención de cáncer de cuello uterino.
- Determinar la frecuencia de participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según tipo de estrategias
- Determinar si existe asociación entre el tipo de estrategia implementada y la frecuencia de participación de la mujer.
- Determinar si existe asociación entre mujeres que recibieron estrategias educativas de información y comunicación (contacto directo) y la frecuencia de participación en la prevención del cáncer de cuello uterino
- Identificar los motivos atribuibles a la falta de participación y rechazo de las mujeres.

1.4. Justificación de la investigación

Según un informe de la OMS, la educación y la salud están íntimamente relacionadas.

(6).

El cáncer es una enfermedad que, a pesar de los avances científicos y del aumento de información, no deja de ser temida individual y socialmente (12). Esta enfermedad ha sido tradicionalmente construida como mortal, que conlleva a la desintegración física, que corroe, carcome y transforma el aspecto del individuo; específicamente el cáncer de cuello uterino se presenta como una enfermedad tabú, en la que persiste su malignidad y fatalidad que provocan reacciones sociales negativas (27). Tiene una gran repercusión en las mujeres, sus familias y comunidades, especialmente en los grupos de población prioritarios (8); afecta en mayor proporción a las mujeres que, de diferentes maneras, siempre se hallan en nuestras sociedades en condiciones de vulnerabilidad (12). Esto se evidencia en las grandes

diferencias de tasas de cáncer de cuello uterino entre los países de ingresos menores y los de ingresos mayores. Estas desigualdades se han atribuido en gran parte a las variaciones de la distribución de los determinantes de la salud, en particular la situación socioeconómica, la educación y los ingresos (8). En muchos países hay insuficiente capacidad para prestar esos servicios, o bien los servicios existentes no son accesibles o asequibles a la mayoría de las mujeres afectadas (11).

El cáncer de cuello uterino es uno de los principales problemas de salud, la búsqueda de soluciones para disminuir su frecuencia y gravedad, así como para mejorar la calidad de vida de todas las personas que padecen la enfermedad, no sólo es una prioridad para todos los sistemas sanitarios, sino que constituye una de las preocupaciones más importantes de la sociedad; es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres (28).

A lo anterior se suma, la situación de muchos países, en particular en zonas rurales y remotas, en que las mujeres tienen un acceso limitado a los servicios de salud debido a las distancias, los costos de transporte y de otra índole, responsabilidades familiares y laborales y otras dificultades (11). El tratamiento de este tipo de cáncer tiene un importante impacto psicosocial y financiero sobre las mujeres y sus familias, factor que se debe tener en cuenta cuando se mejore el acceso a los servicios contra el cáncer de cuello uterino y su cobertura (8).

El cáncer de cuello uterino es en gran medida prevenible y la disponibilidad de la prueba del VPH, por su mayor sensibilidad, presenta una enorme oportunidad para estimular cambios que mejoren la efectividad de los programas de tamizaje (9).

Un programa integral para combatir el cáncer de cuello uterino deberá incluir todos los componentes: la EpS, el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos, aun después de que se puedan introducir las vacunas según la asequibilidad, la sostenibilidad y todos los preparativos necesarios para la introducción de vacunas nuevas (14).

A pesar de ser prevenible, el cáncer de cuello uterino es una de las causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres de los países en desarrollo, cabe señalar que los datos sobre la incidencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad por esta causa son datos más exactos en los países que tienen registros del cáncer. En la mayoría de los países en desarrollo no se dispone de datos exactos y dejan de notificarse muchos casos; por lo que la incidencia publicada en los países en vías de desarrollo es mucho más alta que la de países desarrollados. La falta de conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino y su prevención constituyen barreras importantes que les impiden utilizar los servicios de diagnóstico.

En Paraguay, se cuenta con normas y procedimientos para la prevención y el control del cáncer de cuello uterino, existen normas establecidas que todas las mujeres que tengan o que han tenido relaciones sexuales, las que perciben molestias ginecológicas y las embarazadas, en cualquier etapa de ciclo, deben someterse a la prueba de Papanicolaou (PAP) para detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino. Este examen es gratuito en todos los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según resolución N° 457/2001, las autoridades del ministerio afirman que es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres del Paraguay (29).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Brasil, 2017

Un estudio realizado en Brasil, tuvo como objetivo informar sobre la experiencia de componer música como una tecnología popular para apoyar la prevención del cáncer cervical. Fue un informe de la experiencia sobre el proceso de construcción de la canción titulada “Women” y la prueba de detección del cáncer cervical, realizada en colaboración con un cantante popular brasileño para guiar y capacitar a las mujeres en las prácticas preventivas apropiadas para el cáncer cervical. La creación de una canción como una estrategia educativa sobre salud para mujeres en la prevención del cáncer cervical fue una experiencia enriquecedora para compositores y se presenta como una oportunidad para brindar, de manera lúdica, el reflejo de problemas temáticos inherentes. Se fomenta el uso de tecnologías educativas, como la música, en la realización de actividades interactivas, la participación reflexiva y popular (30).

2.1.2. Cuba, 2016

En Cuba, se realizó un trabajo cuyo objetivo fue diseñar una estrategia educativa para capacitar a las mujeres que se encuentran comprendidas en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino. Se realizó una investigación cualitativa -cuantitativa, de tipo descriptivo, retrospectivo en el Consejo Popular de Junco Sur perteneciente al Área II del Municipio de Cienfuegos, Cuba. La muestra estuvo conformada por 140 mujeres con patología de cuello diagnosticada. Se estudiaron variables como escolaridad, periodicidad en la citología y conocimiento sobre los factores de riesgo asociados, así como las necesidades de aprendizaje. Entre las conclusiones se tuvo que la estrategia educativa fue

validada por criterio de expertos, los cuales coherentemente opinaron que la misma tiene relevancia social, pertinencia y factibilidad, coincidiendo en la importancia de su rápida implementación para contribuir a disminuir la morbimortalidad en la mujer por esta patología (31).

2.1.3. México, 2016

Estudio relacionado al tema de investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo personales e institucionales que retrasan la participación en el Programa Detección Oportuna de Cáncer de Cuello Uterino (DOC). El diseño fue de casos y controles. Muestreo no probabilístico, por conveniencia: 50 casos y 100 controles, en mujeres de 25 a 65 años, que reunieron los criterios de selección. Se realizaron y validaron seis instrumentos para medir las variables. Se encontró asociación estadísticamente significativa en “retraso en la participación del programa DOC” para factor de riesgo: 25 a 35 años, unión libre, tener un embarazo, nivel socioeconómico medio-bajo y medio-alto y actitud indiferente del personal de salud. Para “factor protector”: 56 a 65 años, religión católica, ser obrera y tener una actitud favorable del personal de salud. Fueron variables estadísticamente no significativas: el inicio de vida sexual, actitud de la paciente y conocimiento del programa DOC, conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, procesos administrativos e instalaciones. Se concluyó que a fin de promover el programa DOC es necesario sensibilizar al personal de salud y el diseño de estrategias (32).

2.1.4. Cuba, 2015

En Cuba, otro estudio realizado en el 2015, tuvo como objetivo diseñar y aplicar un programa de intervención educativa para incrementar el conocimiento de los factores epidemiológicos asociados al cáncer de cuello uterino. Identificar la presencia de estos factores en mujeres con citologías alteradas y determinar el nivel de conocimientos en mujeres supuestamente sanas. Para ello se realizó una investigación cuasi experimental, longitudinal en el Consejo Popular Zona Sur, policlínico “5 de septiembre”, Consolación del Sur, periodo de enero a diciembre de 2012. Universo de 687 féminas y una muestra de 248, de ellas 48 con citologías positivas y 200 supuestamente sanas. Para el procesamiento de la información se utilizó la estadística descriptiva e inferencial aplicándose la prueba de McNemar para evaluar diferencias significativas entre variables. Como conclusión, se tuvo que en las mujeres supuestamente sanas tuvieron bajo nivel de conocimientos sobre factores epidemiológicos asociados al cáncer de cuello uterino. Después de aplicada la intervención aumentó el conocimiento de los factores epidemiológicos asociados al cáncer de cuello uterino (33).

2.1.5. Brasil, 2013

Otro estudio realizado en Brasil, tuvo como objetivo analizar la evidencia científica sobre las intervenciones educativas relacionadas con la prevención del cáncer cervical. El método utilizado fue una revisión integradora, con el fin de responder a la pregunta ¿cuál es la evidencia sobre intervenciones educativas para la prevención del cáncer de cuello uterino? Para ello se consultó en bases de datos de información como MEDLINE, CINAHL, LILACS y BDNF y la Biblioteca Virtual SciELO, estudios entre los años 2007 a 2012. Después de la selección de los estudios, se procedió a la lectura en su totalidad y luego los datos se

extrajeron y se organizaron para su análisis. La muestra final estuvo compuesta por dieciocho artículos. Dentro de los resultados las intervenciones educativas predominantes fueron medios educativos, grupo de discusión y material didáctico. Se dio cuenta de que el uso de los medios educativos, la combinación de estas intervenciones y el logro de los lugares con mayor concentración de mujeres se puede considerar eficaz en la estrategia de prevención. Como conclusión, se tuvo según los artículos analizados, que se han realizado intervenciones educativas eficaces en la promoción de la salud de las mujeres, con énfasis en la prevención del cáncer cervical (34).

2.1.6. Cuba, 2012

Se realizó otro estudio sobre intervenciones educativas en Cuba, en el que se identificaron desconocimientos sobre los riesgos del cáncer de cuello uterino. El universo estuvo representado por todas las mujeres en edad fértil en el área de salud del consultorio del médico de la familia perteneciente a la Policlínica Ángel Ortiz Vázquez y la muestra la conformaron 51 pacientes que presentaban riesgos de presentar la enfermedad en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2011. A la muestra se les aplicó una encuesta antes y después de la intervención. Antes de la aplicación de la estrategia educativa 29 pacientes tenían un bajo conocimiento sobre los riesgos del cáncer de cuello uterino, criterio que cambió luego de aplicada la intervención donde 40 pacientes presentaron un alto conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. No obstante se mantiene elevado el índice de la enfermedad por eso la importancia de mantener los programas educativos a todas las mujeres para prevenir la enfermedad (35).

2.1.7. Chile, 2012

Otro estudio realizado en Chile, tuvo como objetivo conocer las intervenciones educativas destinadas a la prevención del cáncer de cuello uterino e identificar sus características principales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en base de datos científicas: MEDLINE, ProQuest, SciELO y meta buscador Tripdatabase, seleccionándose para su análisis, 15 artículos que respondían al objetivo planteado. Las intervenciones educativas utilizadas para la prevención del CC abordan temas como el conocimiento general sobre CC, PAP y HPV, las creencias sobre CC, y las actitudes preventivas entre otros. Los folletos educativos y las sesiones de discusión son las metodologías más utilizadas en este tipo de intervenciones, midiéndose la efectividad de éstas a través de la aplicación de pre y post test, ya sea inmediatamente después de la intervención, o a lo largo del tiempo. Se observa que este tipo de intervenciones educativas son efectivas para mejorar aspectos como el nivel de conocimiento en la población y la adquisición de conductas preventivas (adherencia a la toma de PAP). Se llegó a la conclusión de que considerando los beneficios de las intervenciones educativas en la prevención del CC, se hace fundamental ampliar su utilización, no olvidando que su empleo implica la prevención de la enfermedad, pudiéndose evitar muertes de mujeres jóvenes y el aumento de la carga de salud por enfermedad de un país (36).

2.1.8. Estados Unidos, 2010

Un estudio realizado en Estados Unidos, tuvo como objetivo evaluar los efectos de una intervención piloto en la comunidad entre mujeres estadounidenses de origen chino que residen en la ciudad de Nueva York. Se reclutaron mujeres chinas (n=134) que no se habían realizado una prueba de Papanicolaou en los 12 meses anteriores en cuatro organizaciones

asiáticas de base comunitaria (OBC). Las mujeres de dos de las CBO recibieron la intervención (n =80) que consistió en educación, interacción con un médico chino y asistencia para identificar y acceder a servicios de detección gratuitos o de bajo costo. El grupo de control (n=54) recibió educación impartida por educadores de salud comunitarios chinos y materiales escritos sobre salud general y pruebas de detección de cáncer, incluido el cáncer de cuello uterino, la prueba de Papanicolaou e información sobre sitios que proporcionaron pruebas de detección gratuitas. Las evaluaciones del estudio se obtuvieron en persona al inicio del estudio y después de la intervención. El comportamiento de detección se auto informó 12 meses después de la intervención y fue verificado por el personal médico. En el intervalo de 12 meses después del programa, las tasas de detección fueron significativamente más altas en el grupo de intervención (70%) en comparación con el grupo control (11,1%). Los análisis de regresión logística jerárquica indicaron que el comportamiento de detección se asoció con la edad avanzada (OR=1.08, IC 95% 1/1.01–1.15, p <.05). Además, las mujeres con menos fluidez en el idioma inglés (OR=0.30, IC 95%: 0.10–0.89, p <.05) y que no tenían seguro de salud tenían menos probabilidades de obtener una evaluación (OR=0.15, IC 95%: 0.02)–0.96, p <.05). Entre las creencias de salud, la mayor gravedad percibida de la enfermedad se asoció positivamente con el comportamiento de detección (OR=4.26, IC 95% 01.01-18.04, p <.05) (37).

2.1.9. Honduras, año 2008

Entre los antecedentes relacionados al tema de investigación, un estudio realizado en Honduras, examinó los cambios en el conocimiento y el comportamiento después de un programa educativo sobre el cáncer de cuello uterino. El Programa consistió en transmisiones de radio dirigidas a mujeres rurales y presentaciones a enfermeras comunitarias. La efectividad de las transmisiones de radio se evaluó mediante un diseño

transversal (grupos de control n=124, n=243; grupo de intervención n=233). Se utilizó un diseño de prueba previa / posterior para evaluar el programa de capacitación de enfermeras (n=32). Un subconjunto de enfermeras (n=16) se volvió a examinar dos años más tarde. La transmisión de radio aumentó la proporción de mujeres que estaban familiarizadas con el término “cáncer cervical”, que podían identificar medios para prevenir el cáncer cervical y que entendían el propósito de la prueba de Papanicolaou. Además, se reclutó con éxito a mujeres mayores y que no habían sido sometidas a la prueba de detección a través de la radio. El programa de enfermeras mejoró la comprensión del uso correcto de la prueba de Papanicolaou, el riesgo de displasia relacionado con la edad y la clasificación adecuada de los resultados anormales. Las enfermeras retuvieron una cantidad significativa de conocimientos dos años después de esta capacitación. Se concluyó que en los países en desarrollo, los programas educativos de bajo costo y basados en la comunidad que usan transmisiones de radio y presentaciones de conferencias pueden aumentar el conocimiento sobre el cáncer cervical y mejorar el comportamiento de detección (38).

2.1.10. Paraguay, 2019

Un estudio realizado en el país titulado: Factores asociados con la infección por el VPH de alto riesgo y la neoplasia cervical de alto grado: Un estudio poblacional en Paraguay. Un total de 5677 mujeres de 30 a 64 años del Departamento Central de Paraguay fueron examinadas con la prueba de VPH (Captura Híbrida 2) y la prueba de PAP. Se realizaron entrevistas sociodemográficas y de factores de riesgo. Se remitió a las mujeres con VPH+ a una colposcopia y a las mujeres con una colposcopia anormal se les realizó una biopsia. Las medidas de resultado registradas fueron el estado de la VPH de alto grado y la presencia de neoplasia intraepitelial cervical de alto grado o peor (NIC2+) entre las mujeres con VPH de alto grado. Las asociaciones fueron investigadas utilizando la logística multivariante

regresiones. La prevalencia de la VPH fue del 13,8% (IC del 95%: 13,0-14,8). Este valor disminuyó con la edad de las mujeres (p-trend<0.001) y aumentó con el número de parejas sexuales de por vida (p-trend<0.001) y el número de parejas femeninas anteriores de su pareja masculina actual si las mujeres habían tenido una pareja sexual de por vida (p-trend<0.001), aumentando de 3.06 (IC del 95%: 0.073 a 20.9) si las parejas habían tenido una pareja femenina anterior a 9.19 (IC del 95%: 2.36 a 61.1) si habían tenido ocho o más. En las mujeres con HPV^{H+}, la prevalencia de NIC²⁺ fue del 10,7% (IC del 95%: 8,58 a 13,2) y aumentó con el tiempo transcurrido desde la última prueba de Papanicolaou (p-trend<0,001) y con el aumento de la prevalencia de la NIC²⁺. número de embarazos (tendencia p = 0,05). En estos entornos, el comportamiento sexual de las mujeres y sus parejas masculinas está asociado con la infección por el virus del papiloma humano. En las mujeres con VPH⁺, las prácticas de cribado y los embarazos múltiples se asocian con la NIC²⁺. Este conocimiento puede contribuir a las políticas de salud pública para la prevención y control de la CC en Paraguay.

2.2. Teorías que sustentan la investigación, marco legal, conceptos.

2.2.1. Marco legal

2.2.1.1. Constitución Nacional

Dentro de la Constitución Nacional del Paraguay la salud se constituye como un derecho. Específicamente, en el artículo número 68 de la Carta Magna se establece que el Estado *protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad*. También se menciona que nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana (39).

2.2.1.2 Ley N° 3331 que crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama.

Esta ley tiene por objeto disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino y mama, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones pre malignas y del cáncer de ambas patologías. En ella se crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama, cuyo objetivo es su prevención, detección, asistencia integral e investigación (40).

Cada sub-sector de salud pública dentro de sus respectivos ámbitos de acción, equiparán al centro asistencial público de referencia, en el cual se brindarán los servicios de detección y tratamiento precoz e integral de estas enfermedades, con los aparatos, insumos y recursos humanos especializados necesarios. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, celebrará los convenios necesarios con los organismos científicos, públicos y privados, estatales o no, nacionales e internacionales, que están abocados o no a trabajos de investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama, a fin de promover las actividades destinadas a lograr la curación de ambas enfermedades, utilizando los centros asistenciales, a tal efecto (40).

CAPÍTULO I

OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1°.- La presente Ley tiene por objeto disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino y mama, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones pre malignas y del cáncer de ambas patologías.

Artículo 2°.- Créase el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama, cuyo objetivo es su prevención, detección, asistencia integral e investigación.

Artículo 3º.- Aféctese al Gabinete del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como autoridad de aplicación de la presente Ley y responsable de la planificación y ejecución del mencionado Programa.

Artículo 4º.- Las instituciones de atención a la salud pública de todo el país, sean éstas, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, del Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, estarán sujetas a la presente Ley y obligadas a realizar los estudios de detección precoz del cáncer de cuello uterino y de mama de manera progresiva y gratuita en mujeres del grupo etario definido que sea determinado de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

CAPÍTULO II

PREVENCIÓN

Artículo 5º.- Los organismos estatales implementarán los medios necesarios para la educación de la población en la prevención de ambas enfermedades, mediante la realización de campañas de difusión continuas que destaquen la importancia de la detección precoz.

Artículo 6º.- El Ministerio de Educación y Cultura implementará en la currícula educativa de los establecimientos educacionales de su dependencia, las formas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno e integral del cáncer de cuello uterino y mama.

Artículo 7º.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social coordinará con las entidades públicas y privadas las acciones tendientes a prevenir, detectar y tratar estas enfermedades mediante la planificación, organización y difusión de los conocimientos científicos y los recursos necesarios para la educación de la población.

Artículo 8º.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como órgano responsable de la implementación de la presente Ley, deberá disponer de un fondo financiero

destinado exclusivamente para el subsidio de la adquisición y administración del único método biológico de prevención del cáncer de cuello uterino, la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

CAPÍTULO III

DETECCIÓN

Artículo 9°.- Cada sub-sector de salud pública; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, dentro de sus respectivos ámbitos de acción, equiparán al centro asistencial público de referencia, en el cual se brindarán los servicios de detección y tratamiento precoz e integral de estas enfermedades, con los aparatos, insumos y recursos humanos especializados necesarios.

Artículo 10.- De conformidad con lo previsto en el Artículo anterior, se realizará el registro de los pacientes a los que les fuera detectada la enfermedad, a los fines de su seguimiento periódico, realización de controles y confección del archivo epidemiológico respectivo. Cada sub-sector de salud pública deberá notificar sus registros de pacientes al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para centralizar la información sobre el cáncer de cuello uterino y mama.

CAPÍTULO IV

ASISTENCIA INTEGRAL E INVESTIGACIÓN

Artículo 11.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en coordinación con cada sub-sector de salud pública determinará los centros sanitarios públicos de internación y tratamiento quirúrgico, radiante y de quimioterapia con los recursos humanos calificados necesarios.

Artículo 12.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social celebrará los convenios necesarios con los organismos científicos, públicos y privados, estatales o no,

nacionales e internacionales, que están abocados o no a trabajos de investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama, a fin de promover las actividades destinadas a lograr la curación de ambas enfermedades, utilizando los centros asistenciales, a tal efecto.

CAPÍTULO V

DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 13.- Los recursos financieros que demande el Programa instituido en la presente Ley, para la prevención, detección, asistencia integral, capacitación de los recursos humanos, e investigación, deberán ser incluidos como partida del Presupuesto General de la Nación, discriminados en el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y destinados al Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama.

Estos fondos provendrán en su totalidad de la Fuente de Financiamiento 10 y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en esta Ley, ni podrán ser objeto de disminución o afectación bajo ningún concepto, anualmente. Serán transferidos a este presupuesto todos los empréstitos o donaciones al Estado que se efectúen a tales efectos. Asimismo, los otros sub-sectores de salud pública; el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, deberán incluir en sus presupuestos las partidas presupuestarias afectadas a su institución para el cumplimiento de la presente Ley.

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS

Artículo 14.- Se establece el 13 de mayo como Día Nacional de Lucha contra el Cáncer de Cuello Uterino y Mama, en homenaje al onomástico del maestro, pionero y sabio griego, doctor George Nikolas Papanicolaou.

Artículo 15.- La presente Ley entrará en vigencia desde el momento de su promulgación, y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, a los efectos de dar cumplimiento inmediato a la misma, durante el año fiscal correspondiente.

Artículo 16.- Todos los casos detectados en la aplicación de la presente Ley deberán ser tratados dentro del Programa correspondiente.

Artículo 17.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a los veintiocho días del mes de junio del año dos mil siete, y por la Honorable Cámara de Senadores, a los veintisiete días del mes de setiembre del año dos mil siete, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 207, numeral 2 de la Constitución Nacional.

2.2.1.3. Ley N° 3803 que otorga licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolau y Mamografía.

Esta ley establece que toda trabajadora, dependiente o no, del sector privado o público, con cargo permanente, temporal o contratada, con cargo electivo o no, goza de licencia remunerada de un día laborable en cada año, para someterse a exámenes de Papanicolau y Mamografía (41).

Artículo 1º. - Toda trabajadora, dependiente o no, del sector privado o público, con cargo permanente, temporal o contratada, con cargo electivo o no, goza de licencia remunerada de un día laborable en cada año, para someterse a exámenes de Papanicolau y Mamografía.

Artículo 2º.- Para gozar del beneficio de esta licencia, la beneficiaria debe acreditar, mediante el documento expedido por el centro de salud, sanatorio, hospital u otro centro médico sanitario, que los estudios o exámenes fueron realizados.

Artículo 3°.- La fecha de licencia será establecida de común acuerdo entre la beneficiaria y el empleador, la autoridad superior, el departamento de Recursos Humanos, o similar que correspondiere, salvo prescripción médica que indique la necesidad urgente de realizar dichos estudios.

Artículo 4°.- El Poder Ejecutivo vía Ministerio de Justicia y Trabajo reglamentará la aplicación de la presente Ley.

Artículo 5°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a los treinta días del mes de abril del año dos mil nueve, y por la Honorable Cámara de Senadores, a los treinta días del mes de julio del año dos mil nueve, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 204 de la Constitución Nacional. -

2.2.1.4. Ley N° 6266 de atención integral a las personas con cáncer.

Esta ley tiene como objeto garantizar a toda persona el acceso oportuno y de calidad a una atención de salud digna e integral ante el cáncer, lo que comprende la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección precoz diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos, como parte del derecho a la salud de todos los habitantes de la república (42).

También esta ley crea la Red Nacional de Atención a las Personas con Cáncer, para la integración funcional de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, con el propósito de desarrollar actividades relativas al acceso oportuno y de calidad a servicios de atención integral ante el cáncer (42).

CAPÍTULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. ° La presente ley tiene por objeto garantizar a toda persona el acceso oportuno y de calidad a una atención de salud digna e integral ante el cáncer, lo que

comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos, como parte del derecho a la salud de todos los habitantes de la República.

Artículo 2. ° El ámbito de aplicación de la presente ley abarca a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, compuesto por las entidades integradas o incorporadas y las adscriptas o coordinadas, como ser las instituciones públicas, privadas, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Artículo 3. ° El Estado reconoce, que para el ejercicio pleno del derecho a la salud y de otros derechos humanos de las personas con cáncer; además de la provisión oportuna de servicios integrales de calidad en el Sistema Nacional de Salud, se requiere de acciones especiales para proteger a la población contra gastos excesivos y catastróficos; y que, para ello, es necesario movilizar recursos suficientes de los sectores público y privado.

Artículo 4. ° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, es la autoridad de aplicación de la presente ley.

CAPÍTULO II

DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Y LA COMISIÓN NACIONAL ASESORA

Artículo 5. ° Créase el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), como entidad técnica especializada, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), que tendrá las funciones asignadas en la presente ley.

El Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), estará a cargo de un Director General designado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Artículo 6. ° El Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), ejercerá las siguientes funciones dentro del Sistema Nacional de Salud:

a) Proponer políticas, planes y programas tendientes a garantizar el derecho a la salud de las personas ante el cáncer.

b) Prestar servicio especializado para la atención integral de las personas ante el cáncer.

c) Coordinar la articulación intersectorial e interinstitucional, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

d) Asesorar técnicamente a las instancias competentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), para la implementación de regulaciones y controles en lo relativo a la atención integral de las personas con cáncer.

e) Proponer normas técnicas y protocolos de diagnóstico y tratamiento que garanticen la seguridad, la efectividad y la calidad de todas las intervenciones y servicios regidos por la presente ley.

f) Impulsar acciones de salud pública, para la prevención y detección precoz del cáncer.

g) Evaluar las tecnologías sanitarias relacionadas al cáncer para recomendar su incorporación al Sistema Nacional de Salud, con base en evidencias científicas, criterios de costo- efectividad y otros que se consideren pertinentes.

h) Administrar el Registro Nacional de Personas con cáncer.

i) Administrar un sistema de información integrado sobre el cáncer, para la toma de decisiones en todos los niveles.

j) Comunicar e informar a la sociedad sobre aspectos relevantes relacionados con el control del cáncer.

k) Instalar la Comisión Nacional de participación social que deberá integrar a las fundaciones, asociaciones de parientes y pacientes vinculadas a esta ley. A tal efecto, se realizarán reuniones mensuales labrándose actas, que serán puestas a conocimiento de la Comisión Nacional Asesora del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), creada por esta ley.

l) Planificar y programar los recursos presupuestarios y financieros, así como los procesos de adquisición de bienes y servicios para la implementación de la presente ley.

m) Coordinar la “Red Nacional de Atención Integral a Personas con Cáncer” prevista en la presente ley.

n) Prestar servicios.

ñ) Otras acciones pertinentes para el cumplimiento de la presente ley, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 7.º Créase la “Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer” del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), como entidad consultiva, técnica y científica, interinstitucional e intersectorial que tendrá a su cargo el asesoramiento para la elaboración del Listado Nacional de Medicamentos Antineoplásicos y aquellos complementarios para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos; la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento; y la promoción de la investigación científica.

Artículo 8.º La Comisión Nacional estará presidida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social e integrada por:

a) El Director General del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN).

b) Tres representantes médicos designados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

c) Un representante de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

d) Un representante de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

e) Un representante de la Dirección General de Control de Establecimientos, Profesiones y Tecnología de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

f) Tres representantes designados por el Instituto de Previsión Social (IPS), que deberán ser profesionales médicos de los servicios de oncología y hemato-oncología.

g) Tres representantes designados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), que deberán ser profesionales médicos de servicios de oncología y hemato-oncología.

h) Un representante de la Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Nacional de Asunción (UNA).

i) Un representante de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA).

j) Un representante de la autoridad reguladora radiológica y nuclear.

k) Dos representantes designados por el Círculo Paraguayo de Médicos, preferentemente de la Sociedad de Oncología y Hematología.

l) Dos representantes de empresas de medicina privada.

m) Un representante de la industria farmacéutica nacional.

n) Un representante de empresas importadoras de productos farmacéuticos.

ñ) Dos representantes de pacientes vinculados a esta ley, las fundaciones, y Asociaciones de parientes, designados por la Comisión Nacional de Participación Social.

Los miembros de la Comisión Nacional, serán propuestos por sus instituciones e incorporados por resolución ministerial por el término de treinta y seis meses, pudiendo

renovarse su designación por períodos iguales y debiendo preverse la participación de profesionales de las especialidades de oncología y hemato-oncología pediátrica y de adultos.

Para su funcionamiento la Comisión Nacional deberá reunirse al menos cuatro veces por año y establecer su propio reglamento.

La Comisión conformará equipos técnicos específicos para el cumplimiento de las funciones previstas en la presente ley.

CAPÍTULO III

PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

Artículo 9. ° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a través del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), implementará las acciones necesarias para la prevención y la detección precoz del cáncer, por medio de la comunicación social, la educación de la población y la información. Con este propósito, coordinará y articulará sus acciones con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud que fueran pertinentes.

Artículo 10. El Ministerio de Educación y Ciencias (MEC), incorporará como parte de su programa educativo, el contenido referente a la prevención y detección precoz del cáncer, de conformidad al asesoramiento técnico del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN).

Artículo 11. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), adoptará las medidas necesarias para la regulación y control de los factores de riesgo asociados al cáncer referentes a estilos de vida, influencias ambientales, uso de químicos, fuentes de radiación ionizante y otros.

CAPÍTULO IV

REGISTRO, SISTEMA DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Artículo 12. Créase el “Registro Nacional de Personas con Cáncer” dependiente del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). Todo diagnóstico confirmado de cáncer, realizado

en el territorio nacional, será de notificación obligatoria. Todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán obligatoriamente llevar este registro, realizando las actualizaciones y notificaciones periódicas correspondientes; de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). El Registro funcionará de manera activa, continua y permanente, garantizando la oportunidad, calidad, uniformidad, integralidad y la comparabilidad de los datos.

En todos los casos se asegurará la confidencialidad de los datos y el respeto al derecho a la intimidad de la persona con cáncer.

Artículo 13. El Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), realizará capacitaciones y evaluaciones periódicas, sobre el Registro Nacional de Personas con Cáncer y reglamentará el acceso a la información con fines académicos, científicos y para la toma de decisiones en las instancias pertinentes.

CAPÍTULO V

DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN UNA RED NACIONAL

Artículo 14. Créase la Red Nacional de Atención a las Personas con Cáncer, para la integración funcional de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, con el propósito de desarrollar actividades relativas al acceso oportuno y de calidad a servicios de atención integral ante el cáncer. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN) e integrada por la red de servicios desde la atención primaria de la salud hasta la alta complejidad.

Artículo 15. Para los efectos de esta ley la atención integral consiste en la gestión y prestación de servicios de salud de acuerdo a las necesidades en las distintas etapas de la vida; de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, trasplantes, salud mental y cuidados paliativos, a través de los diferentes establecimientos y niveles de

atención del Sistema Nacional de Salud, de forma oportuna y de acuerdo a estándares y normas basados en evidencias científicas.

A los efectos de dar cumplimiento a los criterios de calidad de infraestructura y equipamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) se implementará un plan de inversión física en los servicios de oncología y hematooncología pediátrica y de adultos en establecimientos públicos, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA).

Artículo 16. La atención integral a las personas ante el cáncer se realizará en instituciones del Sistema Nacional de Salud y será gestionada de conformidad a la Gestión de Redes Integradas de Servicios de Salud, que establezca el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), según las recomendaciones del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN).

Artículo 17. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), establecerá un Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos para personas con cáncer, como parte del Listado Nacional de Medicamentos Esenciales. Con base a este listado y a las evidencias científicas, establecerá protocolos de diagnóstico y tratamiento, especificando las drogas antineoplásicas que se utilizarán en los distintos esquemas terapéuticos, en el Sistema Nacional de Salud.

Tanto los protocolos de diagnóstico y tratamiento, como el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, serán evaluados y actualizados periódicamente, siguiendo las recomendaciones de la “Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer”.

Artículo 18. El Estado garantizará el acceso oportuno a servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer en el Sistema Nacional de Salud, conforme a las normas técnicas,

protocolos y el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

La provisión de otras tecnologías y productos no contemplados en el listado, los protocolos de diagnóstico y tratamiento referidos en el párrafo anterior no serán de carácter obligatorio para el Estado.

CAPÍTULO VI

DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS

HUMANOS

Artículo 19. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a propuesta del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), podrá celebrar los convenios necesarios con las Instituciones de Salud, Instituciones Científicas y Universidades, públicas y privadas, nacionales e internacionales a fin de promover la formación de recursos humanos y la investigación para la prevención y el tratamiento integral del cáncer.

La investigación científica respecto a factores de riesgo y a la atención integral ante el cáncer será impulsada prioritariamente por la “Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer” en coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

CAPÍTULO VII

DE LAS GARANTÍAS DEL PACIENTE

Artículo 20. Queda prohibida toda forma de discriminación, distinción, exclusión o restricción basada en el estado de salud de la persona, que tenga por propósito o resultado menoscabar, impedir o anular el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos, libertades y garantías reconocidas a todas las personas en todo el ordenamiento jurídico nacional.

Artículo 21. Todo trabajador público o privado con cáncer tiene derecho a un empleo digno y al otorgamiento de los permisos laborales necesarios a efectos de su tratamiento.

Las actividades laborales del paciente con cáncer deben ser acordes a las particularidades inherentes a la enfermedad.

Artículo 22. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), en coordinación con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS), velará por los derechos, garantías y beneficios laborales de toda persona que se encuentra con el diagnóstico de cáncer y por el cumplimiento de las obligaciones legales referidas a la seguridad y la salud en el trabajo, a efectos del control de los factores de riesgo y prevención del cáncer.

CAPÍTULO VIII

DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 23. Créase el Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer, que está integrado por los siguientes recursos:

a) Contribución del Estado mediante los créditos que le asigne el Presupuesto General de la Nación, para este fondo.

b) El 40% (cuarenta por ciento) del aporte del “Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE) y el “Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación” destinado al Fondo Nacional de Salud, conforme a las disposiciones de esta ley y quedando sin efecto la Comisión Nacional prevista en la Ley n° 6170/18 “que modifica varios Artículos de la Ley n° 1246/98 “de Trasplantes de Órganos y Tejidos Anatómicos Humanos” y la Ley n° 4758/12 “que crea el Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE) y el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación” y su modificatoria Ley n° 6069/18”.

c) Donaciones.

d) Otras fuentes de financiamiento.

e) El 25% (veinticinco por ciento) de la tasa de participación establecida en el inciso b) del artículo 21 de la Ley N° 5538/15 “que modifica la Ley N° 4045/10 “que modifica la Ley N° 125/91, modificada por la Ley N° 2421/04, sobre su Régimen Tributario, que Regula las Actividades relacionadas al Tabaco y establece medidas Sanitarias de Protección a la Población”, Impuesto Selectivo al Consumo.

f) El 25% (veinticinco por ciento) de lo recaudado en concepto de Impuesto Selectivo al Consumo de bebidas alcohólicas.

Artículo 24. El Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer será administrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Los recursos serán depositados en una cuenta especial y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en esta ley; no podrán ser objeto de disminución o afectación bajo otro concepto ni le podrán ser aplicados topes presupuestarios en su plan financiero; tampoco podrán ser utilizados para sustituir las fuentes de financiamiento que se asignan de forma anual a las instituciones de salud para su funcionamiento en el Presupuesto General de la Nación.

Artículo 25. Para el cumplimiento de la presente ley, el desarrollo de la Red de Servicios y la atención oportuna de los casos, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), podrá realizar transferencias de los recursos del Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer entre las instituciones públicas, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos en la reglamentación.

Cuando se requiera y no exista disponibilidad de servicios o bienes en el sector público para la atención integral de las personas ante el cáncer, el Ministerio de Salud Pública

y Bienestar Social (MSPBS), podrá realizar las gestiones pertinentes para satisfacer la necesidad referida a través del sector privado, conforme a las normas técnicas, protocolos y el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y la legislación vigente.

Artículo 26. Los recursos para el funcionamiento ordinario y el crecimiento vegetativo de las instituciones o dependencias que prestan servicios de salud a las personas con cáncer en el ámbito público, serán consignados en las partidas presupuestarias institucionales correspondientes y serán identificadas como un programa presupuestario institucional. Los montos asignados, para proveer estos servicios de salud no podrán ser inferiores al último presupuesto aprobado, antes de la publicación de la presente ley.

CAPÍTULO IX

DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS

Artículo 27. El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley en un plazo de ciento veinte días.

Artículo 28. La presente ley entrará en vigencia desde el momento de su publicación y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios a los efectos de dar cumplimiento inmediato a la misma durante el año fiscal correspondiente.

Artículo 29. Derogase La Ley N° 1147/85 “Que Crea el Instituto Nacional del Cáncer y del Quemado” y aquellas contrarias a la presente Ley. Modificase La Ley N° 4996/13 “Que Crea el Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas (PRONAD)”, La Ley N° 6170/18 “Que modifica varios Artículos de la Ley N° 1246/98 “De Trasplante de Órganos y Tejidos Anatómicos Humanos” y la Ley N° 4758/12 “Que Crea el Fondo Nacional De Inversión Pública Y Desarrollo (FONACIDE) y el Fondo para la Excelencia de

la Educación y la Investigación” y su Modificatoria Ley N° 6069/18” Y La Ley N° 5538/15 “Que Modifica la Ley N° 4045/10 ‘Que Modifica la Ley N° 125/91, Modificada por la Ley N° 2421/04, sobre su Régimen Tributario, que Regula las Actividades Relacionadas al Tabaco y Establece Medidas Sanitarias de Protección a la Población”, en la parte pertinente.

Artículo 30. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a los veintiún días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho, y por la Honorable Cámara de Senadores, a los trece días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho, queda sancionado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 207, numeral 1 de la Constitución

2.2.1.5. Normativas Internacionales y Nacionales para la prevención del Cáncer de Cuello uterino

a) Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cérvico-uterino 2018-2030. OPS/OMS

En este plan se vislumbra un futuro en el que se haya eliminado el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, como resultado del acceso universal a servicios de salud sexual y de prevención de las ITS, a las vacunas contra el VPH, a servicios eficaces de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas, al tratamiento del cáncer cervicouterino de tipo invasor y a los cuidados paliativos. En él se prevé que todas las mujeres y niñas —independientemente de su edad, raza, etnia, situación socioeconómica, estado serológico con respecto al VIH o discapacidad— tendrán acceso oportuno a servicios de prevención, atención y tratamiento del cáncer cérvico-uterino de calidad, para que puedan vivir con buena salud durante toda su vida y disfrutar de los derechos humanos relacionados con la salud.

El plan se basa en el reconocimiento de los diversos contextos, prioridades

y necesidades de los Estados Miembros, previendo la adaptación al contexto regional de los mandatos y las iniciativas mundiales pertinentes en cuanto al cáncer cervicouterino; e implica cooperar con los Estados Miembros en la aplicación de estrategias integrales para fortalecer los programas contra el cáncer cervicouterino en la Región. Se hace un llamamiento a la facilitación del diálogo, a la ejecución de las herramientas y los recursos de la OPS/OMS relativos al cáncer cervicouterino y a la promoción de sinergias y la coordinación de esfuerzos con iniciativas ya existentes de los asociados, incluido el Plan de prevención y control del cáncer cervicouterino para América del Sur de la RINC (39).

El objetivo es acelerar el progreso hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública en la Región de las Américas mediante la reducción en un tercio de las tasas de incidencia y de mortalidad para el 2030. Este objetivo está en consonancia con la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el plan se establecen las siguientes cuatro líneas estratégicas de acción:

1. Mejorar la organización y la gobernanza de los programas contra el cáncer cervicouterino, los sistemas de información y los registros del cáncer.
2. Fortalecer la prevención primaria por medio de la información, la educación y la vacunación contra el VPH.
3. Mejorar el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas mediante estrategias innovadoras.
4. Mejorar el acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer.

b) Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer del Tracto Genital Inferior Femenino

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Programa Nacional de Control del Cáncer, y del Programa Nacional de Prevención, Detección precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama realiza esfuerzos para dar respuesta a la problemática del CCU en base a estándares internacionales (29).

El objetivo de este Programa es disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino y otros del tracto genital femenino, normatizando las acciones del sistema de salud para la prevención, detección precoz y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras del tracto genital femenino, garantizando una atención con calidad y calidez, equitativa e integradora, segura y eficaz (29).

Desde el año 2002 se han diseñado nuevas metas y estrategias para lograr mejores resultados, en la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Así, en afán de garantizar el acceso universal a la salud, se crean y fortalecen centros de diagnóstico y tratamiento, de manera a ampliar la red nacional de atención según la complejidad. Esta ampliación contempla la dotación de recursos humanos capacitados y equipamientos acorde a las necesidades de cada región sanitaria (29).

También se ha incorporado dentro del “Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer del Tracto Genital Inferior Femenino” información basada en evidencia científica y actualizada, con la colaboración de expertos nacionales de las distintas instituciones de salud, académicas y sociedades científicas (29).

En el año 2017 el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Mamas, del Ministerio de Salud Pública, presentó el test de detección del Virus del Papiloma

Humano (VPH), ante profesionales médicos y de enfermería del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). Los directores de dicho programa afirmaron que con esta tecnología se logra detectar al VPH desde el momento en que se instala en el útero. Asimismo, permite discriminar qué mujeres están en riesgo a desarrollar cáncer de cuello uterino, incluso cuando las células se observan sanas con las pruebas de Papanicolaou (43).

En febrero de este año el Ministerio de Salud Pública lanzó la campaña denominada “Hacerte el PAP puede salvar tu vida”, que busca sensibilizar, concienciar y llegar a más mujeres con la información precisa para prevenir el cáncer de cuello uterino. En esta campaña se busca la adhesión de los medios de comunicación utilizando redes sociales para la difusión de información referente a la prevención del cáncer de cuello uterino (44).

En el marco de la conmemoración del día Mundial de Prevención de Cáncer Cervicouterino, en marzo del corriente año, el Ministerio de Salud reafirmó sus acciones en pos de la reducción de 30% los casos y muertes por cáncer cervicouterino, para 2030 mediante el fortalecimiento de los servicios de prevención, tales como la provisión de equipos de PAP y colposcopia, así como la capacitación de Citotecnólogos y especialistas en el tratamiento de las lesiones precursoras de la enfermedad (45).

En julio de este año, la Décima Región Sanitaria del Ministerio de Salud reportó que Test de VPH son aplicados a usuarias de entre 30 y 64 años de edad en el Hospital Distrital de Presidente Franco (46).

Consejería en Patología Cervical

La consejería se considera como una estrategia psicosocial y un componente fundamental en todo programa de prevención de cáncer de cuello uterino. Las pacientes que recibirán consejería son las adolescentes en su primera consulta en Salud Sexual y Reproductiva, las que todavía no se realizaron una prueba de Papanicolaou, las que retiran sus resultados, sean negativos o positivos para lesiones intraepiteliales y/o cáncer, aquellas

que tengan antecedentes de verrugas ano-genitales, lesiones intraepiteliales, o cáncer de cuello uterino, pacientes que se sometieron a algún estudio o tratamiento y no se les explicó sobre el procedimiento (por ejemplo Papanicolaou, colposcopia, biopsia o crioterapia, LEEP), pacientes que se las visita o se las llama para que acudan al servicio por resultado positivo, aquellas pacientes que requieren seguimiento posterior a tratamiento de lesiones precursoras o de cáncer y las mujeres que deberán realizarse tratamiento para cáncer de cuello uterino.

La inclusión de la consejería intenta -a través de su ejercicio- orientar, informar y acompañar a las usuarias, en especial, en situaciones críticas, aliviar la ansiedad sentida por las mismas antes, durante y después de la prueba, así como mejorar la comunicación entre la usuaria y el personal de salud. Como es un proceso de comunicación, involucra el diálogo entre la usuaria y el personal de salud, mediante el cual se deberá brindar información veraz y basada en evidencia científica para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y voluntarias, acerca de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (29).

Objetivos de la Consejería

- Orientar en forma objetiva, brindando información precisa y completa, reemplazando ideas erróneas o mitos.
- Ayudar a reducir la angustia y el temor, no juzgar.
- Buen asesoramiento para aceptar el tratamiento y apoyar en la toma de decisión de realizar un buen seguimiento.
- Asegurar la decisión libre, responsable e informada de la mujer.
- Garantizar la confidencialidad y privacidad de la paciente (29).

Responsabilidades del personal de salud

- Entablar una buena comunicación, asegurando la privacidad y confidencialidad; mostrar una actitud positiva, de escucha activa, de empatía, con un tono de voz amigable y hablar con respeto y amabilidad.
- Enfocar la atención de la mujer respondiendo a sus dudas, temores y necesidades de manera respetuosa y objetiva, averiguar sobre factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino y cómo se sintió. en la consulta.
- Comunicar la información en forma clara y objetiva; siendo breve, usando lenguaje sencillo, no técnico, si es necesario en guaraní, respetando la cultura de la mujer y alentándola a hacer preguntas. Se puede utilizar esquemas y diagramas durante el proceso.
- Facilitar a la mujer su libre decisión y programar su próxima cita.

Tabla 1. Acciones a seguir en consejería según resultados de estudio citológico. MSPyBS – 2015

| Posibles resultados de citología (Prueba de Papanicolaou) y Consejería | |
|---|--|
| Negativo para lesión intraepitelial o malignidad | Explicar la importancia de realizarse los estudios en forma periódica y la frecuencia, según tenga o no factores de riesgo para desarrollar cáncer. Las pacientes nuevas, con citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad deben ser evaluadas una vez al año hasta completar 2 estudios normales consecutivos y, posteriormente, los siguientes controles deben ser planteados con intervalos máximos de 3 años. En pacientes en seguimiento post tratamiento, la frecuencia será en base a los protocolos de cada caso. Si el resultado fuera inflamatorio indicar el tratamiento correspondiente y repetir la toma de Pap después de 3 meses. |
| Calidad de la muestra: Insatisfactoria | Se sugiere repetir la toma luego de 3 meses de haber terminado el tratamiento pues, en algunos casos, la inflamación puede ocultar una lesión precursora. |
| Anormalidades de células epiteliales (positivo para LIE) | Tranquilizar y contener a la mujer, explicando los pasos a seguir, en cada caso, según lo estipulado en este manual. |

2.2.2. Educación

2.2.2.1 Concepto y Generalidades

La definición etimológica del término “educación” tanto si consideramos el vocablo “educere” (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se analiza la voz “educare” (criar, nutrir, o alimentar), están significando ambas, lo que es propio por su raíz, es decir, etimológicamente su significado sería “tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir”; un doble sentido está implícito: cuidado, conducción desde fuera, pero también autoconducción, conducción desde dentro (4).

Al principio el concepto de la educación tenía un sentido individual centrado en el perfeccionamiento y desarrollo intelectual del hombre. Esto teniendo en cuenta que el proceso educativo tiene ese sentido, ya que cada individuo lo asimila de acuerdo a sus características propias, a sus posibilidades, a su actitud frente a la vida, a sus características hereditarias e intelectuales y a su deseo de crecimiento personal y superación (47).

La educación demanda disciplina, sometimiento, conducción, y se guía bajo signos de obligatoriedad y a veces de autoritarismo, firmeza y direccionalidad. Busca la perfección y la seguridad del ser humano. Así como la verdad, la educación nos hace libres (3).

El término educación hace referencia a una actividad compleja que tiende al fortalecimiento de las capacidades de los sujetos, de las actitudes y de los valores que forman al individuo para la vida en sociedad. La actividad pedagógica se realiza bajo dos perspectivas diferentes, definidas a través de los términos “enseñar” y “educar”. El ámbito que abarca el segundo es mucho más amplio y complejo que el primero (48).

La educación hace referencia al hombre en su totalidad, de forma holística, considerando también su contexto social, de donde surge la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término; por otra parte, las posiciones teóricas son

diferentes, así como la escala de valores de los respectivos autores, de aquí que unos pongan su énfasis en una u otras de sus notas características (4).

En este sentido, Paulo Freire decía que la educación es, efectivamente, el medio clave para liberar a los pueblos de toda servidumbre y para hacerlos ascender de condiciones de vida menos humanas a condiciones de vida más humanas (49).

También es indudable que debe considerarse a la educación como un proceso social, que incide en el desarrollo humano y le ayuda al hombre a descubrir sus potenciales que a su vez se traducen en conocimiento. La trasmisión de la cultura, los valores, costumbres y creencias son conocimiento adquirido y acumulado producto también de ese proceso social (47).

La educación presupone una visión del mundo y de la vida, una concepción de la mente, del conocimiento y de una forma de pensar; una concepción de futuro y una manera de satisfacer las necesidades humanas. Tiene el propósito de completar la condición humana del hombre, no tal y como la naturaleza la ha iniciado, la ha dado a luz; sino como la cultura desea que sea (3).

En palabras de Freire, el término educación y comunicación son inseparables, ya que la educación es comunicación, es diálogo en la medida en que no es transferencia del saber sino un encuentro de sujetos interlocutores que buscan la significación de los significados (50).

Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación, relación), desarrollo de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad (4).

Desde la antigüedad hasta el Renacimiento la educación tenía una naturaleza de orden universal, su representación estaba ligada al desarrollo, la evolución y el progreso, pero al cabo del tiempo se convirtió en ciencia haciéndose objeto de estudio. Es decir, es un proceso que es razonado, analizado, reflexionado, planificado, moldeado y perfeccionado (47).

Actualmente, la educación como ciencia es estudiada por expertos a través de la investigación adquiriendo diversas posturas. Se mantiene la postura de la dicotomía anterior al Renacimiento, es decir la educación como valor universal vs. objeto científico, por lo tanto la educación es entendida como proyecto o recorrido para edificar una sociedad y también como objeto de estudio (51).

2.2.2.2 Modelos en educación

El modelo educativo es la concreción, en términos pedagógicos, de los paradigmas educativos que una institución profesa y que sirve de referencia para todas las funciones que cumple (docencia, investigación, extensión, vinculación y servicios), a fin de hacer realidad su proyecto educativo. Todo modelo educativo se inspira en un paradigma pedagógico, que es, en definitiva, el que le concede su singularidad (48).

Cada paradigma responde a una matriz epistémica que define el modo general del conocer y los significados que cada conglomerado social le asigna a las cosas, fenómenos y procesos, por lo cual, “la realidad” es una representación simbólica; así como también, la filosofía, las teorías y nociones científicas se define según el empoderamiento de una comunidad científica determinada (52).

Teniendo en cuenta que un modelo educativo es una recopilación o síntesis de diversas teorías que logran reunir bases dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, buscando que estos den respuesta a las necesidades de la sociedad, estos han ido

evolucionando. Por lo que cada modelo educativo tiene validez, vigencia y utilidad conforme a la época histórica en que nos encontramos (53).

A lo largo del tiempo se destacan múltiples modelos educativos que en su momento se realizaron porque iban en sentido a las necesidades de educación de la población, sin embargo, no se considera que exista una guía específica en donde se encuentre monopolizado dicho concepto, es por ello que se puede considerar como un concepto en construcción (51).

Las metas propuestas en el proceso educativo deben tener en cuenta al hombre dentro de un contexto social, político, ético, económico y cultural, partiendo de suponer qué clase de hombre y sociedad se quiere formar (47).

Si el fin de la educación es formar individuos instruidos, el método será transmisión, memorístico y el educador es un instructor, si por el contrario se pretende la formación de seres autónomos y críticos, el método pedagógico y el papel del educador es distinto. De los fines que se proponga la educación es de donde salen las teorías de los distintos modelos pedagógicos (54).

a) Teoría Sociocultural de Vigotsky

Vygotsky creía que las actividades humanas ocurren en ambientes culturales y que no es posible entenderlas separadas de esos ambientes. Una de sus principales ideas fue que las estructuras y procesos mentales específicos pueden rastrearse en nuestras interacciones con los demás. Estas interacciones sociales son algo más que simples influencias en el desarrollo cognoscitivo, ya que en realidad crean nuestras estructuras cognoscitivas y procesos de pensamiento (55).

Su teoría rechaza por completo el reduccionismo asociacionista que el aprendizaje como la acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas y, más bien, se

manifiesta como una variante del enfoque organicista, al que se circunscriben teóricos tan destacados como Piaget (56).

Una concepción fundamental en la teoría de Vigotsky es la internalización del sujeto; proceso de internalización cultural, científica, tecnológica, y valorativa que revoluciona y reestablece consecutivamente la actividad psicológica de los sujetos sociales; la internalización se presenta en un creciente intervención, ordenación y autoridad de sí mismo, conducta que se evidencia en el ámbito sociocultural (57).

Algunas de las características metodológicas de la obra de Vigotsky son las relaciones entre teoría y práctica, esta última comprendida como principio constructivo de la ciencia y no solo como fuente de verificación. Otra característica es el énfasis en el análisis cualitativo y no solo cuantitativo en el estudio psicológico. Estas ideas se concretan en el método genético experimental que indica como el fundamental para el estudio de lo psíquico y en la concepción de la zona de desarrollo potencial (58).

La zona de desarrollo próximo es considerada por Vygotsky como el área de solución de problemas en la que un individuo no puede tener éxito por sí mismo, pero en la que puede tener éxito y aprender si recibe el apoyo adecuado (55).

De acuerdo con esta noción, el ser humano no se limita a responder a los estímulos, sino que actúa sobre ellos transformándolos. De esta manera, mientras que en el enfoque conductista los estímulos y respuestas mediadores son (según el principio de correspondencia) meras copias observables de los estímulos y respuestas externas, los mediadores de la teoría de Vygotsky son instrumentos que transforman la realidad, en lugar de imitarla (56).

Entre los temas de los escritos de Vygotsky, los cuales explican la manera en que los procesos sociales conforman el aprendizaje y el pensamiento: las fuentes sociales del pensamiento individual; el papel de las herramientas culturales en el aprendizaje y el

desarrollo, en específico la herramienta del lenguaje; y la zona de desarrollo próximo, mencionada anteriormente (55).

En la teoría vygotskiana la cultura proporciona al individuo las herramientas necesarias para modificar su entorno. Sin embargo, no es sólo eso lo que proporciona, ya que también está constituida, principalmente, de sistemas de signos o símbolos que median en nuestras acciones (56).

En este proceso de internalización, son esenciales los efectos de mediación, los cuales son establecidos, por el medio sociocultural. El más significativo de ellos es el lenguaje oral, escrito y el pensamiento. Por internalización se concibe al proceso que envuelve la evolución de fenómenos sociales en fenómenos psicológicos, a través del uso de herramientas y signos (57).

Dentro de su teoría Vigotsky afirma que los procesos mentales superiores, como dirigir la propia atención y analizar los problemas, primero se construyen en cooperación durante actividades compartidas entre el educando y otra persona. Luego, el educando internaliza los procesos y éstos se convierten en parte de su desarrollo cognoscitivo. De esta manera, para Vygotsky la interacción social era más que la influencia: era el origen de los procesos mentales superiores, como en el caso de la resolución de problemas (55).

Es en este punto donde su teoría se aleja de las tesis piagetianas, pues para él, el motor del desarrollo y el aprendizaje va desde el exterior del sujeto hasta el interior, en un proceso de internalización o transformación de las acciones externas, en acciones internas psicológicas (56).

Con Vigotsky florece completamente el citado paradigma sociocultural, el cual constituye mediante las relaciones sociales, una comunicación del ser humano, el contexto y el individuo que pertenece la práctica socio histórica de la sensibilidad a través de la comunicación (57).

La Teoría sociocultural sostiene que el aprendizaje se dan dos niveles de desarrollo:

1) el nivel de desarrollo actual que representa aquello que el alumno puede hacer por sí mismo;

2) el nivel de desarrollo potencial que representa lo que el alumno es capaz de hacer con la ayuda de otros.

El paso de un nivel de aprendizaje a otro no es espontáneo, sino que es el fruto de un proceso mediado socialmente en el cual juega un papel de primer orden la ayuda de herramientas de mediación, entre las cuales el lenguaje se erige como la herramienta de mediación por excelencia. Y así, a través de la interacción se abastece al menos experto con el andamiaje necesario para pasar de un nivel a otro en un proceso dialógico entre el plano interpsicológico y el intrapsicológico (59).

El mismo Vygotsky habló de internalización, esto es, la reconstrucción interna de operaciones externas esto es, una operación que representa inicialmente una actividad externa y que luego empieza a ocurrir internamente a través del uso de signos. Ambos conceptos tienen el gran mérito de subrayar el hecho de la existencia de algo ajeno al sujeto como fuente de su crecimiento o desarrollo. Por su propio lado, el concepto de internalización, como la definición de Vygotsky lo deja claro, está basado en la distinción entre lo externo y lo interno, distinción que, como sabemos, es característico de los sistemas psicológicos dualistas cuya mejor expresión se encuentra quizás en la obra de Descartes (60).

Reiteramos que el concepto básico aportado por Vigotsky es el de “zona de desarrollo próximo”. Según él, cada estudiante es capaz de aprender una serie de aspectos que tienen que ver con su nivel de desarrollo, pero existen otros fuera de su alcance que pueden ser asimilados con la ayuda de un adulto o de iguales más aventajados. Este tramo entre lo que el estudiante no puede aprender por sí mismo y lo que puede aprender con ayuda es lo que denomina zona de desarrollo próximo (58).

En este orden de ideas, la innovación de un proceso interpersonal en un proceso; es efecto de una larga cadena de sucesos evolutivos y de apropiación de la cultura que, gradualmente, van orientando la conducta individual y comunitaria que se muestra en ejercicios en el medio sociocultural circundante (57).

La teoría sociocultural de Vygotsky no solo ha influenciado a otras teorías educativas, sino que ahora sus planteamientos adquieren mayor relevancia por algunos de los resultados neurocientíficos acerca de la relación entre aprendizaje y aspectos sociales, ambientales y emocionales. En el programa vigotskiano, las funciones mentales se desarrollan y transforman en contextos socio históricos, el entorno influyente adquiere un valor causal, en tanto que mediador necesario en esa metamorfosis; esa mediación instituye y se instituye en lo que Vigotsky denominó Zona de Desarrollo Potencial (61).

Algunos de los aspectos positivos dentro de la teoría vygotskyana son la consideración de lo histórico-social como determinante del desarrollo creativo de la personalidad del estudiante. Además del papel del lenguaje y de los instrumentos de trabajo como mediadores de todo proceso creativo y la relación entre el desarrollo potencial y actual de lo psíquico (58).

Para él, la ley fundamental de adquisición del conocimiento comienza siempre siendo objeto de intercambio social, es decir, comienza siendo interpersonal y termina siendo intrapersonal. De esta manera, se plantea la tesis de que el sujeto no construye el conocimiento, sino que más bien lo reconstruye, a partir de la internalización de lo que el medio le ofrece (a través de los instrumentos de mediación), y lo cual es tomado e interiorizado por medio de todo un conjunto de procesos psicológicos y educativos (56).

Vygotsky no acepta la tesis conductista de que los significados están en la realidad y sólo hay que abstraerlos por inducción y, aunque considera que los significados provienen

del medio social externo, explícita, claramente, que éstos deben ser asimilados o interiorizados por cada persona (56).

Es decir, se aprende en interacción con los demás y se produce el desarrollo cuando internamente se controla el proceso, integrando las nuevas competencias a la estructura cognitiva. La importancia que el autor ruso concede a la interacción con adultos y entre iguales ha hecho que se desarrolle una interesante investigación sobre el aprendizaje cooperativo como estrategia de aprendizaje (58).

b) Teoría del Aprendizaje Significativo de David Ausubel

La teoría del Ausubel, centra su atención en el aprendizaje dentro de un contexto educativo. Dicho de otra manera, se sitúa en un contexto de interiorización o asimilación, por medio de la instrucción (56).

Estima que aprender significa comprender y para ello es condición indispensable tener en cuenta lo que el estudiante ya sabe sobre aquello que se quiere enseñar. Propone la necesidad de diseñar para la acción docente lo que llama organizadores previos, una especie de puentes cognitivos, a partir de los cuales los estudiantes puedan establecer relaciones significativas con los nuevos contenidos (58).

La Teoría del Aprendizaje Significativo es una teoría de aprendizaje porque ésta es su finalidad; aborda todos y cada uno de los elementos, factores, condiciones y tipos que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que la escuela ofrece al alumnado, de modo que adquiera significado para el mismo (62).

Para Ausubel, todo aprendizaje en el aula puede ser situado en dos dimensiones: repetición-aprendizaje significativo y recepción-descubrimiento. En el aprendizaje por recepción, el contenido principal de la tarea de aprendizaje, simplemente, se le presenta al alumno; él únicamente necesita relacionar activa y significativamente, con los aspectos

relevantes de su estructura cognoscitiva y retenerlo para el recuerdo, para reconocimientos posteriores o como una base para el aprendizaje del nuevo material relacionado (56).

Ausubel publica en 1963 su obra “Psicología del aprendizaje verbal significativo”. Su teoría acuña el concepto de aprendizaje significativo para distinguirlo del repetitivo o memorístico y señala el papel que juegan los conocimientos previos del estudiante en la adquisición de nuevas afirmaciones. Defiende un modelo didáctico de transmisión - recepción significativa, que supere las deficiencias del modelo tradicional, al tener en cuenta el punto de partida de los estudiantes y la estructura y jerarquía de los conceptos (58).

El origen de la Teoría del Aprendizaje Significativo está en el interés que tiene Ausubel por conocer y explicar las condiciones y propiedades del aprendizaje, que se pueden relacionar con formas efectivas y eficaces de provocar de manera deliberada cambios cognitivos estables, susceptibles de dotar de significado individual y social (62).

En el aprendizaje por descubrimiento, el contenido principal de lo que ha de aprenderse, se debe descubrir de manera independiente, antes de que se pueda asimilar dentro de la estructura cognoscitiva. Ausubel denomina aprendizaje significativo a aquella posibilidad de establecer vínculos sustantivos y no arbitrarios entre lo que hay que aprender (nuevo contenido) y lo que ya se sabe, o sea lo que se encuentra en la estructura cognoscitiva de la persona que aprende, es decir, sus conocimientos previos (56).

El aprendizaje significativo es el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o información con la estructura cognitiva del que aprende de forma no arbitraria y sustantiva o no literal. La presencia de ideas, conceptos o proposiciones inclusivas, claras y disponibles en la mente del aprendiz es lo que dota de significado a ese nuevo contenido en interacción con el mismo (62).

En la teoría de Ausubel, se considera que lo que es transmitido por el educador de manera verbal (comprendido por él, como aprendizaje por recepción) puede conducir a un

aprendizaje significativo. Aprender significativamente se refiere, de esta manera, al hecho de atribuirle significado al material que es objeto de aprendizaje, atribución que sólo puede efectuarse a partir de lo que ya se conoce, mediante la actualización de esquemas de conocimiento pertinentes para la situación de que se trata (56).

La esencia del proceso del aprendizaje significativo reside en que ideas expresadas simbólicamente son relacionadas de modo no arbitrario, sino sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe, señaladamente algún aspecto esencial de su estructura de conocimientos (63).

Ausubel considera que el almacenamiento de información en el cerebro se encuentra altamente organizado, con conexiones formadas entre elementos antiguos y nuevos, que dan lugar a una jerarquía conceptual, en la que los elementos de conocimiento menos importantes están unidos a (incluidos en) conceptos más amplios, generales e inclusivos (56).

Entre las condiciones para que se produzca un aprendizaje significativo se menciona que los materiales de enseñanza estén estructurados lógicamente con una jerarquía conceptual, situándose en la parte superior los más generales, inclusivos y poco diferenciados. Además de que se organice la enseñanza respetando la estructura psicológica del estudiante, es decir, sus conocimientos previos y sus estilos de aprendizaje y que los estudiantes estén motivados para aprender (58).

El aprendizaje significativo supone cuestionamiento y requiere la implicación personal de quien aprende, es decir, una actitud reflexiva hacia el propio proceso y el contenido objeto de aprendizaje tendente a que nos preguntemos qué queremos aprender, por qué y para qué aprenderlo significativamente. Surge así una nueva aportación, que es su carácter crítico (64).

El tipo básico de aprendizaje significativo, del cual dependen todos los demás aprendizajes de esta clase, es el aprendizaje de representaciones, que consiste en hacerse del

significado de símbolos solos (generalmente palabras) o de lo que éstos representan. Después de todo, las palabras solas son símbolos convencionales o compartidos socialmente, cada uno de los cuales representa un objeto, acontecimiento, situación o concepto unitarios u otro símbolo de los dominios físico, social e ideático (63).

La teoría de Ausubel aportó ideas muy importantes como la del aprendizaje significativo, el interés de las ideas previas y las críticas a los modelos inductivistas. Sin embargo, se ha criticado por varios autores su reduccionismo conceptual y el modelo didáctico que defiende la transmisión-recepción. Muchos investigadores cuestionan la pertinencia de su aplicación en edades tempranas (58).

c) Teoría de la Pedagogía Crítica de Paulo Freire

Fue uno de los exponentes de la concepción Humanista, también llamada desarrolladora o Escuela Activa, según el cual el sujeto ocupa el primer plano dentro de todo el fenómeno educativo y del proceso pedagógico. Los factores internos de la personalidad se reconocen como elementos activos de la educación del sujeto, en particular sus motivaciones, a la vez que se admite la variedad de respuestas posibles ante las mismas influencias externas. Desde esta concepción el sujeto se auto educa mediante la recreación de la realidad, participa en ella y la transforma (58).

La actualidad de la pedagogía propuesta por Paulo Freire radica no sólo por la crítica que plantea a la educación tradicional, a la cual califica como “bancaria” y “domesticadora” sino por las alternativas que propone, sobre la base de un razonamiento crítico, dialéctico y emancipatorio. Esas alternativas han tenido un impacto mundial y que, y podrían resumirse en que Freire propone una pedagogía de la liberación, una pedagogía de la participación y una pedagogía popular (65).

Dicha Pedagogía del ser tiene como objetivo la felicidad del hombre, su educación para la vida plena, su integración armónica al contexto social desde una perspectiva personal

y creadora, en oposición a una Pedagogía del saber aún dominante, que se preocupa por asegurar la repetición de las normas creadas, de los saberes acuñados por otros, de la enajenación del sujeto individual en función de supuestos intereses sociales o grupales que no siempre tienen igual significación para los individuos, puesto que, en última instancia no han sido elaborados por ellos mismos (58).

Freire propuso sus primeras tesis después de investigar, por varios años (1946-1961), la educación primaria y secundaria de Brasil y de identificar varios problemas fundamentales entre los cuales se destacan la práctica de una educación que manipulaba a los estudiantes y que generalmente los “domesticaba”. Por eso, había resistencia de parte de los estudiantes frente a la educación recibida, los métodos tampoco funcionaban ni se lograba la eficiencia esperada (65).

Según sus ideas educativas, nuestro pueblo latinoamericano vive en la opresión por fuerzas sociales superiores, “los grupos opresores”, que no permiten su liberación. La pedagogía tradicional, apropiada para las clases superiores, que llama Freire, educación bancaria para privilegiados, debe cambiarse por una pedagogía para los oprimidos, con una visión crítica del mundo en donde viven (66).

Por esta razón la enseñanza - aprendizaje debe ponerse en función de las necesidades individuales y no puede aspirar a la reproducción de un modelo único de individuo, sino a la combinación de la socialización y la individualización del sujeto de la manera más plena posible (58).

Teniendo en cuenta que la reflexión pedagógica de Freire se fue construyendo en la práctica, es difícil separarla de la teoría. No hay que olvidar que el contexto de su práctica educativa es el de las poblaciones marginadas de América Latina; de ahí que su pensamiento se elaborara no sólo en función de necesidades didácticas, sino, fundamentalmente, en

función de un compromiso con la liberación de los marginados. Su pedagogía se construyó desde y con los oprimidos antes que para los oprimidos, como él mismo manifestara (67).

Esta realidad del oprimido son las estructuras de dominación que lo constituyen como oprimido. Como es sabido, en su práctica pedagógica Freire se situó en la máxima negatividad posible, la del oprimido que busca su educación, que con su silencio apunta al escándalo de su mala-educación (de su educación como excluido) y a la necesidad de su superación. En este sentido, el educando oprimido en el límite, para Freire, es sobre todo el adulto analfabeto y pobre (68).

La educación debía corregir, no era posible avanzar sin corregir. En sus palabras, "no es posible inventar sin corregir, tampoco es posible servir sin corregir, ni es posible ser sin corregir". La educación era "práctica de libertad" y liberación del oprimido. Estas son tesis defendidas en sus dos primeros ensayos, mundialmente conocidos, tesis que se aclaran con nitidez y profunda argumentación en la medida en que se corroboran y se dialoga con los educadores y los pensadores contemporáneos más connotados (65).

El aporte pedagógico de Freire resalta en que la propuesta educativa del educador brasileño parte del interés por la diversidad cultural y por la construcción de una escuela democrática y participativa donde tenga cabida dicha diversidad. Los saberes que señala el educador brasileño adquieren especial importancia para la educación intercultural porque dan cabida a los discursos culturales y asumen que la diversidad cultural constituye experiencias legítimas desde las cuales se puede construir conocimiento (69).

Para Freire, resulta imprescindible partir de las experiencias, vivencias e intereses de los educandos, de su propio saber. Sobre la base de esta premisa promueve la participación activa de los alumnos en la ubicación y selección de los contenidos de aprendizaje, mediante el método de "investigación temática". Es un modelo autogestionario ya que se basa en la participación activa del sujeto en el proceso educativo y se forma para la participación en la

vida social. Sólo hay un verdadero aprendizaje según esta concepción, cuando hay autogestión de los educandos (58).

Para el educador brasileño, la educación tradicional o “educación bancaria” de los opresores, no permite la conciencia de la realidad y la liberación de los educandos. Esta educación sirve a la clase dominante y deja a los oprimidos en la oscuridad. Ante ello, propuso una nueva educación que debe dar más importancia a los educandos en el proceso enseñanza-aprendizaje. Los educandos se convierten en educandos-educadores, y los educadores se convierten en educadores educandos (66).

Freire hace partir toda educación que se pretenda liberadora de la propia realidad vital del oprimido. Insiste en que para tender a una vida mejor hay que situarse en el punto de vista y la realidad del oprimido. Dicho en otras palabras, su pedagogía trata de ubicarse en la situación límite como punto de partida para la posterior concientización y comprensión crítica de la realidad (68).

Esto supone una nueva dinámica educativa, pues los educadores no son mensajeros de los opresores y son los que educan con una “educación problematizadora”, con actos permanentes de descubrimiento de la realidad (66).

Por lo que podemos decir que para Freire el principal valor y objetivo de la educación es la transformación de un mundo desigual e injusto en uno ético y profundamente solidario. Freire es plenamente consciente de que la educación, por sí sola, no es suficiente para efectuar la transformación (69).

El modelo de comunicación para este tipo de educación es democrático, centrado en la participación dialógica, donde se da el intercambio entre docente y discentes en una relación comunitaria donde ambos sean emisores y receptores de mensajes indistintamente, interlocutores. Este tipo de comunicación supone una comunicación que abra múltiples canales que permitan el establecimiento de diversas redes de relaciones entre educadores y

educandos. En este modelo de educación los procesos comunicativos no son meros instrumentos o estrategias del aprendizaje, sino que constituyen su esencia, centrando su atención en el proceso y no únicamente en sus resultados, basado en la interacción entre los sujetos y el medio social como un ecosistema (58)

2.2.3. Educación para la Salud (EpS)

2.2.3.1. Salud

La OMS, define la salud como completo estado de bienestar físico, psíquico y social. Aunque esta definición supuso una revolución en el sistema sanitario ya que incluía junto con la dimensión física también la psíquica y social, no obstante, ha sufrido numerosas críticas, fundamentalmente se le ha calificado como absoluta, estática y utópica (4).

Un punto cuestionado al concepto de salud formulado por la OMS es la calificación de estado. La salud no es un estado presente, sino un proceso dinámico que puede irse mejorando día a día como resultado de unas formas determinadas de vida o de unos hábitos personales concretos (70).

La salud es una noción compleja cuya definición tiene en cuenta una multitud de factores, que hacen que cada cual tenga, dentro de un marco más global de percepciones de la realidad, su propia idea de lo que ella es. La percepción de la salud es sobre todo individual y varía con la edad, el sexo y, en mayor o menor grado, de acuerdo con el grupo socioeconómico al que se adscribe. Cada época histórica y cada grupo humano han ido elaborando sus propias percepciones de salud (71).

Otro autor (4) propuso la eliminación del término completo del concepto de salud promocionado por la OMS, recogiendo en su formulación no solo un estado de bienestar físico, mental y social sino también con capacidad de funcionamiento.

La multiplicidad de concepciones existentes acerca del término salud se explica a partir de las variaciones que éste ha ido experimentando a lo largo de los últimos cuarenta años. Mediando dicho lapso, se ha pasado de una concepción negativa y restrictiva de la salud a una nueva significación positiva y muy amplia (70).

2.2.3.2. Contexto histórico de la EpS

El interés por la EpS tiene una larga tradición; la historia de la especie humana ha mostrado desde tiempos inmemoriales una gran preocupación por la salud y su transmisión, y no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente (4).

La EpS se conocía inicialmente como educación sanitaria, sus orígenes se remontan al concepto de salud pública. La salud pública se conoce desde tiempos muy antiguos incluso en la época en que en Egipto había esclavos, pero es a mediados del siglo IX cuando la salud pública se consolida como práctica administrativa y política, cuando se establece la relación entre pobreza y enfermedad (47).

Esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad abrió las puertas a la incorporación de las Ciencias Sociales a la Medicina. Con ello, el abordaje sociológico de la enfermedad, junto con la Epidemiología, facilitó el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo. De esta forma se logra vislumbrar la articulación de la educación con la salud para el bienestar de la colectividad (72).

Es así como históricamente la EpS ha registrado dos grandes periodos. El primer periodo, llamado Clásico, donde el concepto de salud estaba ligado a la ausencia de enfermedad, va desde principios del siglo XX hasta mitad de los años sesenta, se basa en teorías psicológicas de modificación del comportamiento como el conductismo,

representado por Bandura, y el cognitivismo donde prima en el individuo el conocimiento (47).

El segundo periodo parte de reconocer el fracaso de los anteriores modelos, los cuales están dirigidos sólo al individuo y al cambio de sus conductas. Conforma un modelo radical político, económico, ecológico o crítico que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad. Se considera a la EpS como un recurso que no sólo afecta cuestiones pedagógicas sino sociales, económicas y políticas, que contempla una perspectiva de búsqueda participativa (72).

De esta manera la EpS se constituye formalmente como materia autónoma en 1921 con el primer programa de EpS que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleada esta terminología, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil (4).

2.2.3.3. Educación para la salud. Concepto

Son numerosas las definiciones que se han formulado acerca de la expresión de EpS surgiendo algunas discusiones al respecto. Una de las definiciones más aceptadas se refiere a la EpS como ciencia, campo de acción y doctrina que constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias de la Educación y la Salud (72).

Es así como la EpS trata de conseguir que las personas tengan una imagen positiva de sí mismas y de su salud, con el fin de evitar los comportamientos y situaciones que presentan un riesgo. Para lograrlo se apoya en métodos y técnicas que permiten aportar información, habilidades y competencias al sujeto de forma asequible y sin culpabilizarlo o estigmatizarlo (71).

La EpS se define entonces una actividad intencional que requiere, por parte del equipo de salud, un programa con el análisis de la realidad o definición del problema,

objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo. En esta intencionalidad de la EpS nos basamos para que el individuo pueda adquirir conocimiento de todo lo que le rodea y de sí mismo, y pueda modificar todo esto, incluida su conducta (7).

Según otros autores la EpS puede ser entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud (72). Pero este concepto va más allá de la comunicación en salud ya que supone la creación de posibilidades organizativas de diversas formas de actuación, dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (73).

Una de las definiciones más debatidas sobre la EpS ha sido la que formuló inicialmente la OMS, como acción ejercida sobre el educando para un cambio de comportamiento (74).

Con respecto al concepto mencionado anteriormente por la OMS, la crítica fundamental se centra en la expresión “acción ejercida”, entendida esta como limitación del nivel de autonomía del alumno y en su consecuencia carente de eficacia, ya que cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, al no integrarse en la personalidad del alumno, será repetitiva, poco duradera e ineficaz (4).

Actualmente, la OMS la define no solo como la diseminación de los conocimientos elementales relativos a salubridad, sino sobre todo, como la formación en el conjunto de la población, de hábitos capaces de obtener en lo concerniente a las enfermedades originadas por las condiciones del medio, la eliminación total o parcial de las posibilidades de transmisión que dependen en forma directa del comportamiento de los individuos (47).

Se debe tener en cuenta que los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes sino que están insertas en un determinado contexto, o

entramado social, formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan (74).

La EpS no representa una hipótesis abstracta, es una realidad que responde a las necesidades de salud, y la posibilidad objetiva de adquirir comportamientos positivos en lo relativo a la salud. Significativamente, también adquisición de una actitud preventiva y de toma de decisiones conscientes y coherentes en cuanto a la defensa y promoción de la salud; solicitud y correcta utilización de los servicios sanitarios, y maduración de individuos capaces de evaluar factores de riesgo y trabajar por la mejora del contexto (7).

La 36ª Asamblea Mundial de la Salud, definió la EpS como cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite. Tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas sino en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuran los estilos de vida saludable (4).

Desde una perspectiva individual pero con énfasis en la participación comunitaria, la EpS ofrece al individuo y a la comunidad conocimientos, (que aunque no son el objetivo principal de la EpS), le ayudan a adquirir habilidades y destrezas con el objeto de prevenir las enfermedades, proteger, conservar y mejorar su salud y proteger el medio (47).

La educación sanitaria, hoy EpS consiste entonces en un intercambio de información encaminado a concientizar y promover conocimientos sobre cómo mantenerse saludables y prevenir enfermedades, inclusive información acerca de los recursos disponibles y los beneficios de acceder a los servicios (23).

Siguiendo a otros autores la EpS puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de

comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud. Una definición muy utilizada en EEUU es la formulada por Henderson como proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afecta a su salud personal y a la de la comunidad (74).

La EpS es transmisión de información, con visión crítica, holística y socio-constructivista que pretende generar transformación colectiva, empoderamiento, participación, estimular en el individuo nuevas formas de pensar y de actuar para que modifique los factores que influyen en su bienestar y en su calidad de vida (47).

Aunque la EpS tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral (4).

2.2.3.4. Métodos y medios de la EpS

El método de la EpS es el proceso o la técnica mediante el cual el mensaje elaborado por el agente de educación sanitaria alcanza al individuo o grupo de individuos, objetivo diana del programa (75).

Para conseguir estos objetivos se pueden utilizar diversos métodos, que el propio Comité de Expertos de la OMS, en la EpS popular, ha clasificado en dos grandes grupos, según la relación existente entre el propio agente de EpS y la población que recibe el mensaje: métodos bidireccionales y métodos unidireccionales (76).

Su diferencia estriba en la forma de establecer la comunicación y el intercambio de mensajes, resultando bidireccional si existe ese intercambio de una forma dinámica y continua, mientras que los métodos unidireccionales no permiten la discusión con el

educador sanitario, es decir, adolecen del necesario y fundamental feed-back de la comunicación (71).

En este último grupo quedan englobados todos los medios de comunicación social o medios de masas. Por su parte, los clásicos métodos bidireccionales incluyen, entre otros, el diálogo en la entrevista clínica, en el caso de una educación individual, y la discusión de grupo, si se trata de una educación grupal (77).

Según esta relación, la acción del educador puede resultar directa o indirecta. En el caso de la acción directa, se utiliza la palabra hablada y fundamentalmente se apoya en los medios audiovisuales posibles, empleándolos como verdaderos medios de comunicación (71).

En la acción indirecta también puede utilizarse la palabra hablada, aunque con mucha frecuencia se abunda en la palabra escrita o las imágenes, pero siempre interponiendo la barrera, tan frecuente en nuestros días, de los medios de comunicación social de masas, convirtiéndose así en métodos claramente unidireccionales (77).

a) Métodos directos

Los métodos directos son aquellos a través de los cuales se establece un contacto directo entre el agente de EpS y la comunidad, utilizando la palabra hablada como medio fundamental más efectivo, aunque sea aconsejable la ayuda de los medios audiovisuales como verdaderos medios auxiliares (75).

Se trata de conseguir la mayor eficacia del programa a la hora de establecer la evaluación. Estos métodos han demostrado ser de una gran ayuda para ello, lo que en sucesivas ocasiones ha sido apoyado por la propia OMS a través de las recomendaciones de sus comités de expertos (77).

Los métodos directos han de ser considerados en todo momento como verdaderos métodos bidireccionales, por potenciar el feed-back continuo, tan necesario para el correcto

desarrollo de un programa de EpS. Entre los métodos directos se encuentran: la charla, la clase, el diálogo, la discusión de grupo y el consejo del profesional sanitario (71).

b) Métodos indirectos

Se trata de aquellos métodos unidireccionales que utilizan el lenguaje hablado o escrito, o incluso la imagen, pero interponiendo una serie de medios técnicos entre el agente de EpS y la población diana objeto del programa, lo que desde luego dificulta la consecución de los objetivos que pretendemos alcanzar, si se utilizan aislados y sin combinar con los métodos directos (75).

No cabe duda de que el número de personas a las que llega es mucho mayor que cuando utilizamos los métodos directos, pero esto hace que no se pueda diferenciar el tipo de mensaje de acuerdo con el grupo de población que nos interesa en cada momento (77).

La mayoría de los autores coinciden en que los métodos indirectos no son eficaces a la hora de poner en marcha un programa de EpS, si bien pueden resultar válidos para mejorar la información y a veces incluso la sensibilización de una población específica. Por otra parte, si los objetivos perseguidos fueran la información y la sensibilización, podría hablarse de una alta eficacia, sobre todo cuando se compara con su bajo coste, sobre todo porque los mensajes se dirigen a grandes grupos de población (71).

Muy diferente es el estudio de su eficacia, entendida como modificación de comportamientos o estilos de vida; en este caso se observa una gran diferencia con los resultados obtenidos por métodos directos, resultando estos últimos mucho más eficaces (75).

Entre los métodos indirectos se encuentran:

- Medios visuales (carta circular, folleto educativo, carteles, artículos de divulgación),

- Medios sonoros (programas radiofónicos y grabaciones),
- Medios mixtos (televisión, vídeo, cine, montajes audiovisuales y multimedia),
- Las grandes campañas mediáticas (la publicidad y el uso de los medios de comunicación social), y
- Las artes plásticas (la dramatización y el teatro, las marionetas y los juegos) (77).

Tabla 2. Taxonomía de métodos y medios de la EpS

| |
|---|
| <p>1. Métodos directos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación individual frente a la educación grupal • Charla, clase, exposición • Dinámicas de grupo • El consejo del profesional sanitario |
| <p>2. Métodos indirectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medios visuales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carta circular ▪ Folleto educativo ▪ Carteles ▪ Artículos de divulgación • Medios sonoros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El programa de radio ▪ Grabaciones • Medios mixtos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Televisión ▪ Vídeo ▪ Cine ▪ Internet ▪ Mensajes audiovisuales ▪ Campañas mediáticas ▪ Artes Plásticas (75). |

2.2.4. Cáncer de cuello uterino

2.2.4.1. Epidemiología del cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer en 55 países, entre ellos muchos países del África subsahariana, muchos de Asia (incluida la India) y algunos países centroamericanos y sudamericanos (23).

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 311.000 defunciones por cáncer de cuello uterino que se registran cada año, más del 85% se producen en las regiones menos desarrolladas (78) .

Se lo considera la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13% de los casos y 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo (79).

En la Región de las Américas, este tipo de cáncer es la segunda causa de muerte. En las mujeres, el cáncer de cuello uterino es la principal causa de muerte por cáncer en once países y es la segunda causa de muerte en otros doce. Cada año se diagnostica a unas 83.200 mujeres y 35.680 fallecen por esta enfermedad en la Región; una proporción significativa (52%) de ellas son menores de 60 años (8).

En los 30 últimos años, la incidencia de cáncer de cuello uterino y las tasas de mortalidad han descendido en los países donde ha mejorado la situación social y económica. Esto es en gran parte resultado de las actividades de prevención secundaria implementadas, consistentes en tamizaje eficaz, diagnóstico precoz y tratamiento del pre-cáncer y del cáncer en estadios iniciales (13).

Sin embargo, el uso de la citología ha tenido muy poco impacto en la incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino en América Latina. Esto se puede explicar principalmente por la baja sensibilidad de la prueba y el elevado porcentaje de mujeres con anomalías citológicas que no son evaluadas y/o tratadas adecuadamente (22).

Se estima que la prevalencia de la infección por VPH (principal agente causal del cáncer de cuello uterino) en las Américas, es del 15,6% en la población general de mujeres mayores de 15 años. Dentro de la región, Paraguay ocupa el tercer lugar de países con mayor prevalencia (19,8%), lo cual podría explicar en parte la alta incidencia de cáncer de cuello uterino. (29).

Los datos presentados ilustran claramente las grandes diferencias encontradas entre las mujeres que viven en países de ingresos altos y las que viven en países de ingresos bajos y medianos (23). Si no se mejoran los programas de prevención, se ha estimado que el número de casos de cáncer de cuello uterino se incrementará en la región de 68.000 en el año 2008 a 126.000 en el año 2025, simplemente por el crecimiento y envejecimiento de la población (79).

2.2.4.2. Evolución natural del cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es uno de los pocos cuya fase precursora (lesiones precancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento (23).

La historia natural del cáncer de cuello uterino implica la progresión gradual de una serie de etapas secuenciales en que las células del cuello uterino presentan ciertas anomalías histológicas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC o CIN), estas anomalías se representan como: 1) NIC 1 (displasia leve), 2) NIC 2 (displasia moderada), y 3) NIC 3 (displasia severa/carcinoma in situ) (80).

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en países en desarrollo y se ha demostrado su asociación causal con la infección por el VPH, específicamente dos tipos (16 y 18) son los causantes del 70% de los CCU y de las lesiones precancerosas del cuello del útero (78).

La infección por un tipo oncogénico de VPH además de ser causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cuello uterino es una infección de transmisión sexual de alta frecuencia. De acuerdo a estudios, se estima que aproximadamente el 80% de la población posee o ha tenido exposición al mismo, en algún momento de sus vidas, especialmente al inicio de la actividad sexual (29).

Las lesiones precancerosas del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por VPH. En la mayoría de los cánceres, aunque tengan una fase precursora, esta es demasiado breve para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento (23).

Las lesiones de NIC1 son la manifestación de infección reciente por VPH y regresan tan frecuentemente como las infecciones sin manifestaciones celulares. La mayoría de las infecciones por VPH prevalentes en una población desaparecen en los siguientes tres años, aunque las producidas por VPH 16 tienden más a la persistencia y progresión (80).

Las NIC3 son verdaderas lesiones pre- cancerosas y tienen alto riesgo de progresión a cáncer invasor, a pesar de que un porcentaje regresa espontáneamente. Las NIC2 son una categoría intermedia y poco reproducible que probablemente incluye NIC1 y NIC3. A nivel citológico, las lesiones de NIC1 se manifiestan como lesiones intraepiteliales de bajo grado, y las NIC2 y NIC3 como lesiones intraepiteliales de alto grado, según la clasificación de Bethesda (79).

El cáncer de cuello uterino ocurre en dos formas predominantes, el Carcinoma escamoso y el Adenocarcinoma. El tipo histológico más comúnmente encontrado en las mujeres es el carcinoma escamoso (80% de los casos) y se encuentra frecuentemente asociado al VPH tipo 16. El adenocarcinoma es el segundo tipo histológico más común y aunque el VPH tipo 16 también se encuentra con mucha frecuencia, la proporción de los genotipos 18 y 45 aumenta significativamente en este tipo de tumores (80).

2.2.4.3. Factores de riesgo

Los factores para que una infección persista y/o progrese a lesiones pre-cancerosas incluyen características inmunológicas del huésped, como sus antígenos de histocompatibilidad, que podrían influir en la respuesta inmune, el número de embarazos, el tabaquismo, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales, la inflamación crónica causada por otros agentes infecciosos y posiblemente la dieta y otros factores ambientales y genéticos (79).

También entre los factores de riesgo, se reconoce en la literatura el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, una historia de varias parejas sexuales, el uso prolongado de anticonceptivos orales, las infecciones cérvico-vaginales, las relaciones sexuales sin protección (no utilizar el condón), el consumo de tabaco e inmunodeficiencias (81).

La mayoría de estos factores han sido ampliamente estudiados y se consideran cofactores establecidos de la infección por VPH, que está establecida como una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo del cáncer de cuello uterino (79).

A) Infección por VPH

La causa primaria de las lesiones precancerosas y del cáncer de cuello uterino es la infección persistente o crónica por uno o más de los tipos de alto riesgo (u oncógenos) de VPH (23). Se la considera como una de las infecciones transmitidas sexualmente más

comunes en ambos sexos, y la mayoría de las personas la adquieren, usualmente, cerca del inicio de la actividad sexual (79).

La infección persistente por los tipos de VPH carcinógenos es la causa de la mayor parte de los casos de cáncer de cuello uterino. El 90% de este tipo de cáncer son de células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérvix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix (23).

Existen más de 100 tipos de VPH, y su variabilidad genética se relaciona con su carcinogenicidad. Los tipos virales en las especies A7 (VPH 18, 39, 45, 59 y 68) y A9 (VPH 16, 31, 33, 35, 52 y 58) incluyen la mayoría de los tipos llamados de alto riesgo, y los tipos 16 y 18 causan cerca de 60-70% de todas las lesiones precursoras y los cánceres invasores a nivel mundial, con pocas variaciones regionales. Los tipos 16 y 18 son más agresivos, con desarrollo de lesiones más temprano y mucho mayor riesgo que otros tipos oncogénicos. Los adenocarcinomas son causados en mayor proporción por el VPH 18 (79).

Aunque la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí mismas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, todas las mujeres corren el riesgo de que las infecciones por VPH se cronifiquen y las lesiones precancerosas evolucionen hacia el CCU invasivo. En mujeres con un sistema inmunitario normal el CCU tarda 15 a 20 años en desarrollarse, pero en mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como las infectadas por VIH no tratadas, pueden bastar 5 a 10 años (78).

La infección por VPH de alto riesgo solo persiste en un porcentaje pequeño de mujeres, y solo un porcentaje pequeño de esas infecciones crónicas puede evolucionar hacia lesiones precancerosas; de estas, un porcentaje aún menor evolucionará hacia un cáncer invasor. Por lo tanto, se calcula que no más de un 2% de las mujeres de los países de bajos recursos contraerán cáncer de cuello uterino (23).

Es la persistencia de VPH oncogénicos lo que da lugar al desarrollo de lesiones precancerosas. Casi todas las mujeres y hombres contraen la infección por VPH poco después de iniciar su actividad sexual. No es necesario que haya penetración de la vagina por el pene porque el virus se puede transmitir por contacto de piel con piel entre las áreas genitales cercanas al pene y la vagina (82).

Las infecciones de los hombres por VPH generalmente son asintomáticas, al igual que las de las mujeres, y la mayoría de las infecciones son de corta duración (23).

B) Cofactores de riesgo

- **Edad**

Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPH oncogénicos. Sin embargo, el cáncer de cérvix invasor en mujeres jóvenes infectadas con virus oncogénicos es raro (82). La alta prevalencia de la infección por VPH en mujeres menores de 30 años se traduce en una alta tasa de lesiones de bajo grado que usualmente desaparecen en el término de dos años y no representan un riesgo de cáncer (11).

El cáncer de cuello uterino afecta en más del 80 % de los casos a mujeres de 35 años en adelante (24). Como las lesiones precancerosas tardan muchos años en aparecer, la OMS recomienda que todas las mujeres se sometán a pruebas de detección a los 30 años y que estas se repitan periódicamente con una frecuencia que dependerá del tipo de prueba utilizada (78).

Por lo que el tamizaje se debe focalizar en mujeres de 30 a 59 años. Si los recursos son insuficientes para tamizar a todo este grupo, se debe dar prioridad a mujeres entre 30 y 49 años. Si se dispone de más recursos y principalmente si se observa poca adherencia en mujeres de 50 a 59 años (uno o cero tamizajes en esa edad) se recomienda extender el tamizaje por lo menos hasta los 64 años, y asegurar que la mayoría de las mujeres sobre los 50 años tengan al menos dos tamizajes en su vida adulta (79).

- **Nivel socioeconómico**

Se considera que una baja condición socioeconómica es un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cuello uterino; en particular, en entornos de bajos recursos (83).

Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva. Todos estos factores pueden hacerlas más proclives a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse, como el cáncer de cuello uterino (84).

Las estadísticas publicadas de países de América Latina y el Caribe sobre cáncer de cuello uterino muestran mayor proporción en mujeres originarias de grupos poblacionales pobres y con escolaridad mínima, residentes en países en desarrollo (85).

- **Comportamiento sexual**

Los factores que se asocian a la infección viral y pueden determinar la evolución hacia lesiones intraepiteliales y cáncer están relacionados en gran medida con el comportamiento sexual. Estos son la edad al primer coito antes de los 20 años y especialmente antes de los 18 años, dada la vulnerabilidad del epitelio cervical en esas edades (86).

La promiscuidad sexual de al menos un miembro de la pareja es otro de los factores a considerar, sobre todo cuando no se tiene en cuenta el uso de anticonceptivos de barrera como el condón (86). Es por ello que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente están relacionados con el comportamiento sexual, como un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo (80), (23).

El papel del varón de riesgo en la transmisión de la infección se atribuye en gran medida al semen. Su fisiopatología está determinada porque al producirse la eyaculación dentro de la vagina, los espermatozoides contenidos en el semen, ascienden a través del canal endocervical y una elevada cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamocolumnar, lugar donde se desarrolla el mayor número de neoplasias. Además, el plasma seminal contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune y este efecto local puede constituir un factor que contribuya al desarrollo de neoplasias (86).

- **Historia Reproductiva**

Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ, efectuados en cuatro continentes, América, África, Asia y Oceanía sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer de cuello uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor (84).

Durante el embarazo se produce una depresión inmunológica y de los folatos en la sangre, elementos que se han asociado a un incremento de lesiones intraepiteliales mientras más embarazos tenga la mujer (86). Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. Las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto (87) (88).

- **Uso de anticonceptivos orales**

De todos los cofactores, la utilización de anticonceptivos orales durante más de cinco años, es el más débil. Esto fue estudiado ampliamente por un grupo de expertos de la OMS, que concluyó que los grandes beneficios de la utilización de un método anticonceptivo muy

eficaz para prevenir los embarazos inesperados e indeseados exceden con creces el potencial extremadamente pequeño de un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que puede resultar de la utilización de anticonceptivos orales (23).

Si bien, numerosos estudios indican que el estilo de vida tiene una fuerte asociación con la infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino con el uso de anticonceptivos orales, ambas apreciaciones siguen siendo motivo de discusión (89).

- **Tabaquismo**

El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones cervicales precancerosas y cáncer. Se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras (84).

Los componentes del humo tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre que han sido detectadas en el cuello uterino y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH producida por un efecto tóxico sobre las células del cérvix y estimulado por la inmunodepresión local que se produce (86).

Además, la regresión las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIE-BG) en un plazo de 2 años es significativamente más baja en las fumadoras que en las que nunca han fumado, sin embargo, la eliminación de la infección del VPH permanece como punto conflictivo, algunos autores mencionan que el cigarrillo no influencia la duración de la infección del VPH pero otros reportan que retarda el aclaramiento o eliminación de la infección (90).

- **Factores nutricionales**

El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH y algunos factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La reducción de los

antioxidantes en la dieta ha sido considerada como influyente en la infección. Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino (86).

- **Infecciones de transmisión sexual**

Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como Chlamydia Trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer de cuello uterino que las mujeres sin coinfecciones (84).

Un análisis compartido de siete estudios de casos y testigos, que examina el efecto de la infección con HSV-2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con seropositividad para el ADN de VPH, el HSV-2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer de cuello uterino, después del ajuste para posibles variables de confusión (84) (87) (88).

2.2.4.4. Prevención del cáncer de cuello uterino

El principio central de un método integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino consiste en actuar durante todo el ciclo vital utilizando la evolución natural de la enfermedad para identificar en los grupos de edad pertinentes las oportunidades de efectuar intervenciones eficaces (11).

La Organización Mundial de Salud, recomienda que la prevención primaria y secundaria son fundamentales en la lucha contra las enfermedades neoplásicas, siendo muy importante la educación en salud que debe recibir la población, para tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médica periódicas para un diagnóstico precoz (10).

Los programas de detección y control del cáncer de cuello uterino son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que incluyen tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la

exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad (85).

La prevención primaria está dirigida a niñas de 9 a 13 años y el objetivo es reducir las infecciones por VPH porque, si estas son persistentes, pueden causar cáncer de cuello uterino (23).

Las intervenciones incluyen:

- Vacunación contra el VPH Niñas y niños, según corresponda
- Información sanitaria y advertencias acerca del consumo de tabaco
- Educación sobre la sexualidad, adaptada a la edad y la cultura
- Promoción o suministro de condones entre quienes sean sexualmente activos
- Circuncisión masculina (11).

La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de cura, mejorando la calidad de vida y la supervivencia y disminuyendo la mortalidad por cáncer (85).

El tamizaje o detección precoz de lesiones ha demostrado reducir la mortalidad del cáncer de cuello uterino siendo el examen citológico cervical (Papanicolaou) el método de elección de tamizaje utilizado en la actualidad (10).

La prevención secundaria está dirigida a mujeres de más de 30 años y las intervenciones están dirigidas a la detección y tratamiento según sea necesario, se citan:

- Detectar y tratar, mediante IVA (inspección visual con ácido acético), una tecnología de bajo costo, seguida de crioterapia.

- Pruebas de detección de tipos de VPH de alto riesgo (por ejemplo, los tipos 16, 18 y otros) (11).

Incluso entre las mujeres vacunadas contra el VPH es importante seguir el tamizaje y tratamiento cuando lleguen a la edad prevista (78).

Por último, la prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación e prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad (85). La prevención terciaria se dirige a todas las mujeres según sea necesario y se basa en el tratamiento del cáncer invasor a cualquier edad:

- Cirugía ablativa
- Radioterapia
- Quimioterapia (78).

En la prevención terciaria también se debe proveer un tratamiento apropiado para cada fase, basado en el diagnóstico:

– Cáncer en estadios iniciales: Si el cáncer se limita al cuello uterino y áreas circundantes (zona pelviana), el tratamiento puede lograr la curación; se debe dispensar el tratamiento más apropiado disponible y ofrecer asistencia para los síntomas asociados con el cáncer o su tratamiento (91).

– Cáncer avanzado: Si el cáncer afecta a tejidos que se encuentran más allá del cuello uterino y del área pelviana o hay metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y reducir el sufrimiento; se debe proporcionar el tratamiento más eficaz disponible y cuidados paliativos en establecimientos terciarios y a nivel de la comunidad, inclusive acceso a opioides (23).

Mas el control del cáncer depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica e del diagnóstico precoz de la enfermedad (85).

A nivel nacional, conviene que el método integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino sea multidisciplinario. Como semejante enfoque tiene varios componentes clave que comprenden desde la educación comunitaria, la movilización social, la

vacunación, la detección y el tratamiento hasta los cuidados paliativos, es importante incluir a representantes de diversas disciplinas y programas nacionales de salud tales como los de inmunización, salud reproductiva, control del cáncer y salud de los adolescentes (11).

A) Los componentes de un programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino

Un programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino comprende un conjunto organizado de actividades encaminadas a prevenir y reducir la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad. Forma parte de las acciones prioritarias indicadas en el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 (23).

Un programa eficaz de prevención y control del cáncer de cuello uterino debe abordar varios aspectos: la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento rápidos, fiables y asequibles. Contar con infraestructura de apoyo como servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar la gestión eficaz de pacientes y programas (21).

El programa prevé un plan de acción con detalles sobre lo que se hará, quién lo hará y cuándo, así como información sobre los medios o recursos que se utilizarán para aplicarlo. Su desempeño se evalúa periódicamente utilizando un conjunto de indicadores cuantificables. Un programa integral abarca las principales intervenciones basadas en datos científicos necesarias para reducir la carga elevada y desigual impuesta por el cáncer de cuello uterino sobre las mujeres y los sistemas de salud en los países menos desarrollados (23).

La implementación de un programa de detección temprana de lesiones precancerosas de cuello uterino no tiene ningún impacto si no se acompaña de un sistema adecuado para la evaluación de los casos que resulten positivos, además de recursos para asegurar el

tratamiento de los casos que lo requieran. Así, antes de introducir la prueba de VPH o el IVAA en un programa de tamizaje masivo se deben definir claramente la población objetivo y los esquemas de triage de casos positivos, de diagnóstico y tratamiento de lesiones detectadas (79).

B) Necesidades para el funcionamiento de un programa integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino

- Una plataforma multidisciplinaria funcional para fomentar lazos de asociación y colaboración y fijar el programa nacional
- Una política o un plan nacional integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino
- Directrices nacionales para personal sanitario sobre todos los componentes de la prevención y el control integrales del cáncer de cuello uterino
- Estrategias de comunicación para educar a la comunidad y abogar por el apoyo a las políticas nacionales (92).
- Recursos financieros y técnicos para ejecutar la política o el plan y conseguir que los servicios sean accesibles y asequibles para las niñas y las mujeres
- Un plan de capacitación y mecanismos de supervisión para controlar y garantizar la calidad del programa
- Vacunación contra el VPH como una estrategia orientada a la población para una cohorte apropiada perteneciente al grupo de edad proyectado de niñas de 9 a 13 años de edad (91).
- En el marco del programa contra el cáncer de cuello uterino, actividades de detección y tratamiento que se apliquen a toda mujer de 30 a 49 años de edad al menos una vez en su vida

- Un sistema de referencia en funcionamiento que vincule los servicios de detección con los de tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasor
- Sistemas de vigilancia en funcionamiento para llevar a cabo un seguimiento de la cobertura de vacunación contra el VPH, la detección de VPH y el tratamiento de seguimiento
- Un registro del cáncer como parte del sistema de información sanitaria para vigilar la incidencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad que causa (11).

2.2.5. Estrategias educativas de información y comunicación

2.2.5.1. Estrategias. Concepto

El término estrategia es utilizado por diferentes disciplinas y ciencias para explicar los fenómenos que ocurren al interior de ellas. Es una noción que aparece mencionada desde el Antiguo Testamento y cuenta con una continua y dinámica evolución semántica en el ámbito práctico y académico (93).

Muchas veces se utiliza la palabra estrategia para hacer referencia a aquellas actitudes o acciones que están dirigidas a establecer una forma de pensar o de hacer las cosas. En la vida diaria, el término estrategia se usa para demostrar que una persona es capaz de pensar cada paso que da, de tal manera que dichas acciones vayan concatenadas y tengan relación. Algunas personas relacionan estrategia con la astucia y la malicia que cada ser humano posee como don natural para lograr algo (94).

La estrategia consiste en la gestión de la coordinación del trabajo cooperativo orientado, esto es, el desarrollo del ejercicio del poder para mantener el control en la asignación de recursos y poseer nuevos territorios en posiciones privilegiadas que faciliten doblegar al contrario y tomar dominio y propiedad de nuevos recursos (93).

La elaboración de estrategias locales y nacionales para que los ciudadanos sean más conscientes sobre cómo llevar una vida sana y el fomento de la capacidad de los mismos

para controlar su salud y los determinantes que la condicionan aprovechando el potencial de la tecnología digital se citan entre los compromisos relativos a los conocimientos sobre salud destacados en la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (95).

2.2.5.2. Comunicación. Concepto

La comunicación es un proceso recíproco que genera un cambio; es diferente a la información y fomenta la interacción entre las personas. La comunicación no es información o repetición mecánica de temas, es un vehículo para acercarse a los espacios vitales o significativos de las personas (96).

En sus más diferentes significados, constituye una característica fundamental de la vida contemporánea. Como dato constitutivo de la realidad, es un componente ineludible para comprender la dinámica de la vida social. Como disciplina y como categoría, tiene que ser considerada para entender el sentido de las prácticas históricas en las que estamos insertos (97).

2.2.5.3. Las estrategias como método de promoción de salud

La promoción de la salud, para ser eficaz, requerirá una combinación de estrategias en diferentes niveles, además de la inclusión de una variedad de sectores y acciones individuales, grupales, organizacionales, comunitarias y gubernamentales, que incluyan tres componentes: actividades para promover la reflexión, acciones para cambiar los estilos de vida y creación de entornos que protejan la salud y propicien el bienestar (96).

En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud (98).

En términos de la OMS, referente a la Promoción de Salud, se estableció un marco operacional en el que las estrategias se separan en dos niveles:

- 1) Para el desarrollo de sistemas de salud (diseño del sistema) y;
- 2) en la prestación de servicios de salud (cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades) (99).

La promoción de la salud situada y mantenida en las agendas técnica, política y pública exige estrategias eficaces de comunicación y de abogacía y la conformación de alianzas colaborativas. Los servicios de salud y los trabajadores de toda la red de servicios, cualesquiera sean sus competencias específicas, son promotores del cambio de paradigma en salud, pudiendo crear condiciones y ofrecer oportunidades para que cada usuario/a y la población en su conjunto, además de recibir la atención requerida con calidad y eficacia, puedan mejorar sus niveles generales de salud, prevenir riesgos o daños y contribuir a la preservación del ambiente (100).

Sin duda, las estrategias se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, bajo la responsabilidad institucional y la participación comunitaria. Pero se trata esencialmente de estrategias que además de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales (99).

2.2.5.4. Comunicación en salud. Concepto

La comunicación es una dimensión fundamental en las relaciones interpersonales, grupales y comunitarias en las cuáles se construyen los procesos de salud. Sin embargo su desarrollo como perspectiva de análisis e intervención en las estrategias y programas de promoción y EpS recién ha tomado auge en las últimas décadas (101).

Existen varias definiciones sobre la comunicación para la salud, una de ellas se refiere al uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud y se presenta como una potente

herramienta para facilitar y articular procesos de cambio comunitario relacionados con la salud (97).

La comunicación en salud se refiere entonces a un proceso educativo, de construcción del conocimiento; de desarrollo de la capacidad crítica y de intervención en la realidad para su transformación. Es el lugar en que dos sistemas interdependientes se encuentran, interactúan y se intercomunican, compartiendo elementos (102).

Este proceso que promueve el diálogo entre las personas; también, las capacidades para aprender, cuestionar y generar procesos de transformación individual, colectiva e institucional (96).

Otra definición de comunicación en salud la circunscribe como un campo de especialización de los estudios comunicacionales que incluye los procesos de agendamiento para los asuntos de salud; el involucramiento de los medios masivos con la salud; la comunicación científica entre profesionales de la biomedicina; la comunicación doctor/paciente; y, particularmente, el diseño y la evaluación de campañas de comunicación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (103).

La comunicación en salud debe ser clara, comprensible, de fácil acceso, sin importar el ámbito sociocultural de las personas. Un lenguaje que integre tecnicismos generalmente crea barreras, al percibirse como lejana y complicada. Un acto comunicativo no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, promueve determinadas conductas entre las personas, por medio de la retroalimentación (96).

Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo la relación médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de

información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva (98).

Este tipo de comunicación busca constituirse en un proceso de carácter social que posibilite el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud (97).

2.2.5.5. Modelos y estrategias de comunicación en salud

Existe un amplio cuerpo de literatura sobre teorías de la comunicación que se enfocan en los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos que influyen la conducta y los diferentes determinantes que pueden generar cambios en los comportamientos (98).

Las estrategias de comunicación se constituyen como un componente transversal que apunta a reforzar la autonomía y la capacidad de decisión de las personas antes que en un recurso para aumentar la eficacia de los mensajes (97).

Puede decirse que existen dos perspectivas o modelos de abordaje de la realidad: el modelo “informativo” de la comunicación, según el cual se puede cambiar la realidad con el solo recurso de poner en circulación una serie de mensajes a través de distintos soportes tecnológicos (prensa, radio, televisión, Internet); y otro modelo, que denominamos “relacional”, que entiende que la comunicación cobra real sentido cuando se incorpora de forma transversal e integradora en los proyectos de cambio social, poniendo en primer plano a los destinatarios (104).

En América Latina se han ensayado, de manera consecutiva y simultánea y con éxito variado, diferentes estrategias de comunicación para la salud. Las prácticas de mercadeo aplicadas a las actividades sociales (marketing social); la educación por medio del entretenimiento (edu-entretenimiento) y el posicionamiento de temas en la agenda pública (abogacía de medios) (97).

2.2.5.6. Estrategias de información, educación y comunicación

Las estrategias de información, educación y comunicación son un medio para elevar los niveles de conocimiento, modelar actitudes y motivar a los destinatarios hacia prácticas favorables dentro de su propio entorno. Tienen entre sus objetivos promover o consolidar, a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización, cambios de comportamiento o actitudes en determinadas audiencias, primordialmente en áreas del desarrollo tales como salud y educación (15).

El vocablo Información-Educación-Comunicación (IEC) designa una manera de desarrollar a nivel internacional campañas de educación que estaban implantadas a nivel nacional e incluso local. Se define como el conjunto de intervenciones que utilizan de manera planificada e integrada los enfoques, técnicas y recursos de la información, de la educación y de la comunicación para facilitar, a nivel de un individuo, de un grupo o de una comunidad dados, la adopción, el cambio o la consolidación de comportamientos favorables al bienestar individual y colectivo (105).

Es la metodología para proporcionar información necesaria a usuarios/as de los servicios de salud. Se enfoca al desarrollo de actividades de personal de salud quien ofrece el servicio, poniendo la mira en cambio de comportamiento de los y las usuarios/as haciendo profundizar su entendimiento (106).

Dicha estrategia pretende no solo fortalecer la capacidad de los individuos, sino también de la comunidad, para que puedan incidir en la modificación de preferencias colectivas que generen mayor bienestar; se considera además una ganancia el solo hecho de poner temas de salud pública en la agenda del público objetivo, a través de diferentes medios masivos (15).

2.2.5.7. La participación como resultado de las estrategias educativas de información y comunicación

Ninguna intervención sanitaria promotora de la salud puede llegar a tener éxito si no pasa por la colaboración y la participación activa de la comunidad. Conseguir la citada participación no es tarea fácil, puesto que vivimos extraordinariamente a nivel individual y nos falta entrenamiento dirigido hacia el trabajo colectivo, pero también porque no existe una concienciación social fuerte frente a los problemas sanitarios (70).

Esta participación es un derecho humano esencial que ninguna autoridad puede negar. Entre las ventajas se citan que los servicios de salud pueden servir mejor al pueblo a un costo menor; se puede conseguir más cuando la gente participa; garantiza que las necesidades sentidas de la gente sean consideradas; y crea un sentido de responsabilidad compartida por el programa o proyecto (107).

La EpS es de lo más eficaz si se proporciona en entornos comunitarios, con el apoyo y la participación de las familias, los líderes de la comunidad, grupos juveniles, grupos de defensa y apoyo de las mujeres, el sector no gubernamental y los medios de comunicación (14).

Si no se incorporan activa y responsablemente al individuo, a los grupos sociales y a la comunidad en el cuidado de su propia salud, cualquier estrategia de educación, de prevención y de promoción de salud estará condenada al fracaso. El hecho de que la población aún no se sienta totalmente responsable con el cuidado de su salud nos indica que hay mucho que trabajar todavía en esa dirección (108).

Diferentes intervenciones realizadas en instituciones de salud han dado cuenta de que, reflexionando y actuando sobre las propias prácticas, es posible superar los obstáculos

y las barreras que generan la logística del sistema burocrático de la salud y la historia de las instituciones que enquistan las problemáticas existentes (12).

2.2.5.8. La comunicación y educación en un contexto de prevención de cáncer de cuello uterino

La prevención permite salvar vidas y economizar recursos. El costo de perder a una mujer por causa del cáncer de cuello uterino es enorme, tanto para la familia como para la comunidad. La educación y la orientación ayudan a las personas a comprender y reducir su riesgo personal de enfermedad y los riesgos de sus familiares y amigos, a aceptar y utilizar las opciones de atención preventiva (23).

Las estrategias comunicacionales son un recurso organizacional básico para asegurar que la misión, los objetivos, las prioridades programáticas y las estrategias sean apropiados interdisciplinariamente y promovidos en el trabajo con la comunidad, en base a las realidades particulares presentes (12).

Las estrategias de información y sensibilización sobre el cáncer de cuello de útero deben permitir aumentar la eficacia del rastreo. Se deben organizar actividades de comunicación e información o incluso reforzarlas. Es necesario hacer un esfuerzo especial para las poblaciones más desfavorecidas y con bajo nivel educativo (109).

También se debe tener en cuenta que el objetivo de salud pública es reducir la incidencia y la prevalencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad asociada, interceptando el avance de las lesiones precancerosas hacia un cáncer invasor. Por lo que las intervenciones en las que se realiza orientación e intercambio de información son fundamentales (23).

En este sentido, muchas mujeres y familias pueden necesitar apoyo para superar los obstáculos que les impiden recibir los servicios. Dentro de estos obstáculos se encuentra el

temor a enterarse de que tienen una infección o una enfermedad y la vergüenza frente a un examen de los órganos genitales (23).

Un dato relevante que se debe tener en cuenta en la elaboración de una estrategia comunicacional para la prevención del CCU es que dentro de las percepciones de las mujeres el cuello del útero es identificado con el aparato reproductor pero sin precisiones sobre su ubicación, anatomía o función (12).

Es por ello que el conocimiento sobre la anatomía de los órganos genitales femeninos ayudará a la educación de la comunidad para lograr la participación de las mujeres dentro del tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas; además de educar y orientar de forma directa a cada paciente (y a sus familiares si ella lo solicita) acerca de su afección y del plan de cuidados de seguimiento (23).

También se debe tener en cuenta que las mujeres perciben el cáncer de cuello de útero como una enfermedad grave, invasiva, incurable y vinculada a la muerte. Se asocia con una enfermedad que permanece latente y se activa por azar o por un episodio puntual, como un golpe, un aborto, o un embarazo; además, describen a la toma del PAP como una experiencia incómoda y molesta, más que dolorosa (12).

Es fundamental desarrollar estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la prevención del cáncer de cuello de útero y generar cambios en la actitud de las mujeres respecto de su propia salud favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables (110).

En general, el nivel de conocimiento sobre el VPH es muy bajo, tanto a nivel de la población general como a nivel de los profesionales de la salud. La información que se da es inadecuada, carece de consistencia, resultando la mayoría de las veces confusa e insuficiente, y no suele responder a las necesidades de las mujeres ni reducir su ansiedad (12).

Por ello, las IEC deben estar dirigidas a informar a la población en general sobre la importancia del conocimiento del cáncer de cuello, las medidas preventivas y de detección, el examen ginecológico, su asociación con las infecciones de transmisión sexual especialmente el Virus del Papiloma Humano (110).

Es importante tener en cuenta que una gran mayoría de la población nunca escuchó hablar del VPH, ni de su vínculo causal con el cáncer de cuello uterino y, solo en menor grado, se conocen los efectos que puede tener una infección persistente por el VPH. El conocimiento es menor entre las mujeres de mayor edad y de menor nivel educativo (78).

2.2.5.9. Recomendaciones para el equipo de salud al hablar sobre el cáncer de cuello uterino y el virus de VPH con la mujer

Es importante nombrar los principales órganos reproductores, internos y externos, explicar la ubicación del cuello del útero y su función. También indagar los conocimientos que tiene la mujer sobre el cáncer de cuello de útero, el tamizaje y el VPH entre otros sería una buena base desde la cual partir. Se debe siempre resaltar que el cáncer de cuello de útero se puede prevenir (12).

Se debe utilizar un lenguaje claro y respetuoso durante las comunicaciones interpersonales, transmitir mensajes importantes que contengan información coherente y exacta y proporcionar servicios propicios centrados en la mujer y fácilmente accesibles puede ser determinante para el éxito de las actividades encaminadas a reducir el cáncer de cuello uterino (23).

Al ser un virus de contacto sexual, lo primero que puede preguntarse la mujer es cuándo, cómo y por quién se contagió o si puede contagiar a alguien. Aclarar que es un virus común que la mayoría de las personas lo tendrá en algún momento de sus vidas, que en algún momento de su vida sexual previa se pudo haber contagiado y que el virus pudo permanecer silencioso muchos años antes de que fuera detectado (12).

2.2.5.10. Mensajes claves en la prevención de cáncer de cuello uterino

El mensaje clave es el elemento más importante en la decisión de cómo el público va a comprender el problema. Debe ser clara, cautivadora, concisa, coherente y convincente. También simple y directa y a menudo repetida y reforzada por una combinación de fuentes (111).

La organización de una sesión de información, educación y comunicación en el marco de la lucha contra el cáncer de cuello de útero debe tener en cuenta todos los factores antes mencionados para esperar obtener resultados en términos de cambio de comportamiento (109).

Los temas de discusión, hechos y cifras son útiles para construir y apoyar los mensajes clave, y pueden ser utilizados por varios portavoces. La conexión de la realidad a la experiencia vivida a través de historias reales, ha demostrado ser muy eficaz (111).

La utilización de resultados relevantes y actualizados sobre el CCU son esenciales para demostrar por qué la prevención del cáncer de cuello de útero y su control son necesarios a nivel nacional. El conocimiento de los hechos permitirá que el personal de salud, que aboga, hable con credibilidad y autoridad, lo que aportará un peso considerable al mensaje (92).

Al mismo tiempo que se realizan campañas de sensibilización, es necesario el trabajo paralelo con las comunidades, de forma cercana y específica, para actuar sobre los determinantes sociales del cáncer de cuello de útero, con la colaboración con los sectores externos a la salud, ya que la acción combinada es indispensable (109).

Tabla 3. Mensajes claves para las mujeres

| Temas | Mensajes claves para las mujeres |
|---|--|
| Cáncer de cuello uterino | <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer de cuello de útero se produce cuando hay un crecimiento anormal de las células del cuello del útero. • El cáncer de cuello de útero es causado por algunos tipos de VPH (los denominados de alto riesgo oncológico) (12). • Las señales de cáncer de cuello de útero incluyen: flujo vaginal con mal olor, hemorragia vaginal, sangrado después de la relación sexual, o cualquier hemorragia después de la menopausia. Las mujeres con uno de estos síntomas deben buscar atención médica inmediatamente (111). |
| Virus del Papiloma Humano | <ul style="list-style-type: none"> • El VPH es un virus muy frecuente entre las personas que se transmite generalmente por contacto sexual. • La mayoría de las personas lo vamos a tener en algún momento de nuestras vidas pero, en la mayoría de los casos, el VPH se cura solo sin producir ningún síntoma (12). |
| Relación causal entre el VPH y el cáncer de cuello de útero | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos tipos de VPH, si no se van solos, se vuelven persistentes y pueden causar lesiones en el cuello del útero. • Esas lesiones, si no se tratan, pueden llegar a convertirse en cáncer. Pasan alrededor de 10 años desde que se produce la lesión hasta que se desarrolla el cáncer. • Tener VPH no significa tener cáncer |
| Prueba de VPH | <ul style="list-style-type: none"> • La prueba nos dice si hay VPH de alto riesgo en el cuello del útero. • La toma de la prueba es similar a la del PAP. Con un cepillito se toma una muestra de células de la zona del cuello del útero. Ese cepillito se coloca en un tubo que es trasladado al laboratorio para ser analizado. |
| Resultados de la prueba de VPH | <ul style="list-style-type: none"> • Un resultado negativo informa que no se encontró virus de VPH en el cuello del útero. La prueba se repetirá en 5 años. • Un resultado positivo significa que se encontró virus de VPH. Deberán hacerse otros estudios para ver los pasos a seguir (12). |

2.3. Hipótesis, si corresponde.

Hipótesis Nula

Las estrategias educativas de información y comunicación no favorecen la participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Hipótesis Alternativa

Las estrategias educativas de información y comunicación favorecen la participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Variable Independiente: Estrategias educativas de información y comunicación.

Variable dependiente: participación de las mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Tabla 4. Operacionalización de variables

2.4. Identificación, conceptualización y operacionalización de variables.

| Identificación de Variables | Conceptualización | Operacionalización | Categoría de variables | Indicadores |
|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| Características demográficas de las mujeres | Datos o informaciones de las mujeres | Edad | Cuantitativa discreta | Años cumplidos |
| | | Residencia | Cualitativa Nominal | Nombre de la población de residencia |
| Estrategias educativas de información y comunicación implementadas | Es un plan para dirigir un asunto, se compone de una serie de acciones planificadas que ayudan a tomar decisiones y a conseguir los mejores resultados posibles y está orientada a alcanzar un objetivo siguiendo una pauta de actuación | Fase 1 Entrevista directa Tríptico informativo Fase 2 Llamadas telefónicas Envío de mensajes Estrategias adicionales | Cualitativa dicotómica | Si No |
| Participación de mujeres en la prevención de cáncer de cuello uterino | Acción y efecto de participar; tomar parte en algo | Número de mujeres que participan | Cuantitativa discreta | Frecuencia de participación |

Tabla 4. Operacionalización de variables (cont.)

| VARIABLES | DIMENSIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIÓN OPERACIONAL | CATEGORÍA DE VARIABLES | INDICADORES |
|--|--|---|-------------------------------|--|
| Motivos de no participación de las mujeres | El motivo es aquella cuestión, razón, circunstancia, entre otras alternativas, que mueve a alguien a hacer algo, o que provoca tal o cual acción | Lista de motivos atribuibles a la falta de participación de las mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino | Cualitativa Nominal | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de contacto - Falta de tiempo para el horario establecido - Motivos laborales - Fue atendida en servicios de salud fuera del estudio - Rechazo - Se desconoce - Motivos de salud/familiares - La mujer estaba con su periodo - Temporalmente de viaje |
| Motivos de Rechazo | Acción y efecto de rechazar. Contradecir lo que alguien expresa o no admitir lo que propone u ofrece | Lista de rechazo de mujeres que no desean participar | Cualitativa dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> - Maltrata al censista y no quiere saber del estudio - No desea aportar datos, rechaza la invitación, no quiere participar |

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación según el: diseño, alcance, enfoque y tiempo de la investigación. Éste apartado se tomó como base a Hernández Sampieri (112)

3.1.1 Diseño: Experimental

Se realizó una investigación de diseño experimental que se refiere a un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador.

3.1.2. Alcance: Cuasi-experimental

Según Sampieri (112) hay tantos diseños cuasi experimentales como experimentales puros, sólo que en el cuasi experimental no se recurre a la asignación al azar ni al emparejamiento de sujetos participantes. Por lo demás son iguales, pues la interpretación es similar, las comparaciones y los análisis estadísticos son los mismos y manipulan deliberadamente una o más variables independientes para observar su efecto y relación con una o varias dependientes, sólo que trabajan con grupos intactos, formados por motivos ajenos al experimento: cuando se opta por los diseños cuasi experimentales los participantes no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos se integran antes del experimento.

Por lo tanto, la investigación fue de alcance cuasi experimental, específicamente de tipo factoriales; en la que fueron manipuladas más variables independientes e incluyeron dos o más niveles o modalidades de presencia en cada una de ellas para analizar su efecto sobre una variable dependiente. Este enfoque se utiliza muy a menudo en la investigación del comportamiento, las ciencias de la salud y las diferentes ramas de la ingeniería. Los grupos ya están conformados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se integraron es independiente o aparte del experimento).

Los diseños factoriales son sumamente útiles porque permiten al investigador evaluar los efectos de cada variable independiente sobre la dependiente por separado, así como los efectos de las variables independientes de manera conjunta. Por medio de estos diseños se observan los efectos de interacción entre las variables independientes. La interacción es un efecto producido sobre la variable dependiente, de tal manera que el efecto de una variable independiente no permanece constante en los niveles de la otra u otras independientes. El efecto de interacción está presente si el efecto conjunto de las variables independientes no es igual a sus efectos por separado (aditivos). Ello significa que el efecto de una variable independiente por sí mismo no es igual que cuando se toma en combinación con los niveles de otra variable independiente (Figura 1)

3.1.3. Enfoque: Cuantitativo

La investigación cuantitativa utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Este trabajo se ha estructurado en base a las metodologías citadas anteriormente en función de que es un estudio cuantitativo porque presenta variables susceptibles de medición

3.1.4. Tiempo de ocurrencia de los hechos: transversal

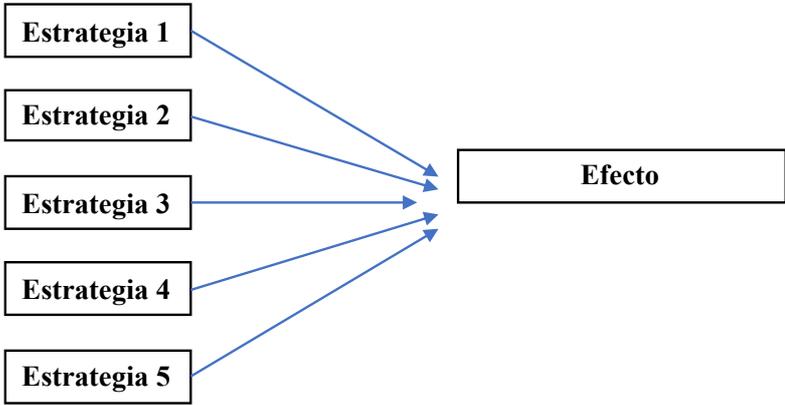
Según el tiempo de ocurrencia de los hechos la investigación fue transversal, la cual se caracteriza porque estudian el fenómeno en un momento temporal concreto, de manera que la variable de respuesta o variable dependiente se mide en un único momento temporal.

Estructura del diseño cuasi experimental - factorial

**Variables Independientes
Intervenciones**

**Variable Dependiente
Efecto**

Efectos de cada variable independiente sobre la dependiente por separado



Efectos de interacción entre dos o más variables independientes

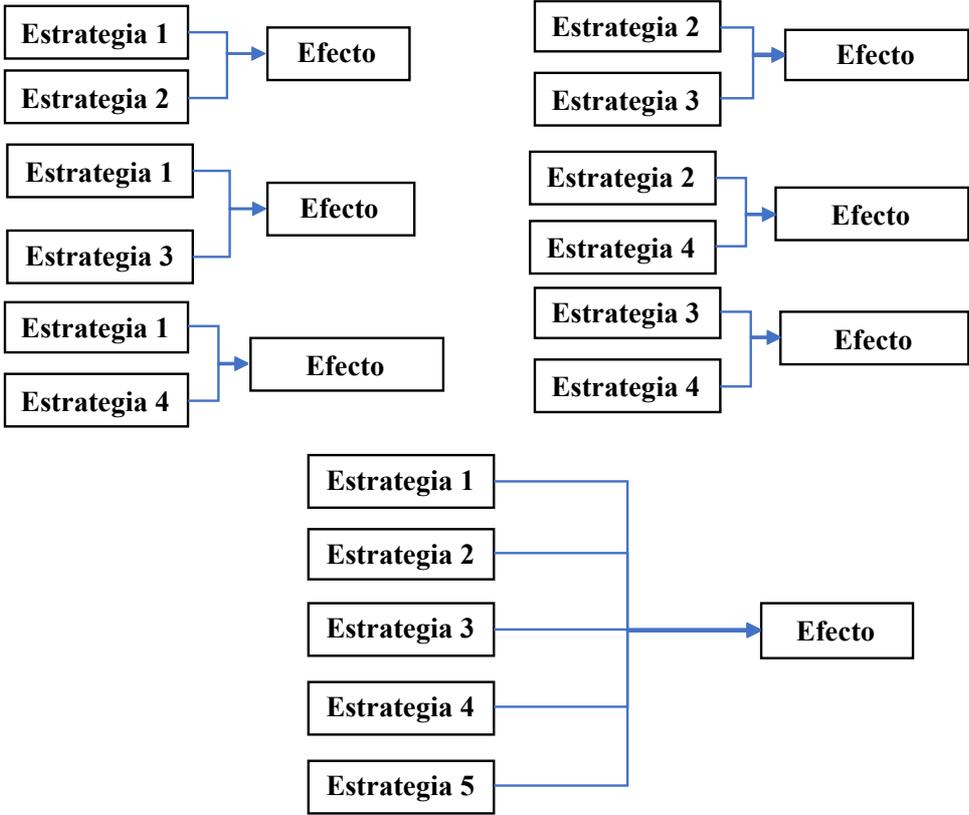


Figura 1. Esquema del diseño de estudio Cuasi Experimental Factorial.

3.2. Población y muestra.

La población y muestra de estudio se conformó con un total de 10.082 mujeres elegibles de 30 a 64 años, provenientes de 16 territorios sociales seleccionados (Tabla 5)

3.3. Tipo de muestreo

El muestreo se realizó en dos etapas: en la primera, un muestreo no probabilístico por conveniencia donde fueron seleccionados los territorios sociales participantes y en la segunda, se realizó un muestreo censal donde todas las viviendas de los territorios seleccionados fueron censadas a fin de identificar mujeres potencialmente elegibles de 30 a 64 años.

Tabla 5. Distribución de mujeres de 30 a 64 años potencialmente elegibles por territorio social. Distritos de Itauguá y San Lorenzo, 2014 – 2018

| Territorios Sociales | Viviendas elegibles* | Mujeres potencialmente elegibles ** | |
|-----------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------|
| | | Elegibles**** | No elegibles***** |
| USF CONAVI II | 450 | 462 | 30 |
| USF Mboi`y | 460 | 445 | 54 |
| USF 24 de Junio | 612 | 650 | 43 |
| USF 26 de Febrero | 549 | 559 | 46 |
| USF Tesaira | 740 | 817 | 56 |
| USF Mita`i | 713 | 776 | 33 |
| USF Miraflores | 624 | 653 | 37 |
| USF María Auxiliadora | 611 | 682 | 37 |
| USF Tayazuapé | 752 | 823 | 42 |
| USF Tesairekavo | 696 | 702 | 80 |
| USF 15 de Enero | 629 | 643 | 49 |
| USF Barcequillo | 615 | 682 | 40 |
| Comunidad Kambacua | 30 | 34 | |
| Barrio Villa Laurelty | 567 | 643 | 42 |
| Barrio Santa Maria | 531 | 709 | 37 |
| Barrio Rincón | 780 | 802 | 65 |
| Total | 9359 | 10082 | 691 |

*Viviendas elegibles fueron viviendas con mujeres potencialmente elegibles de 30 a 64 años.

**Mujeres potencialmente elegibles de 30 a 64 años fueron mujeres que cumplieron con el criterio de edad, sin embargo, el personal de estudio no verificó que cumplan con todos los otros criterios de selección.

***Mujeres elegibles fueron mujeres de 30 a 64 años que cumplieron con todos los otros criterios de selección.

****Mujeres no elegibles fueron mujeres de 30 a 64 años que no cumplieron con al menos 1 criterio de selección.

3.3.1. Selección de territorios sociales

Para la selección de los territorios, se contó con el apoyo y orientación de la Coordinación del Programa de Inmunización (PAI) del MSP y BS, quienes cuentan con los datos de mapeo territorial y de número aproximado de viviendas. Al mismo tiempo, encargados del PAI facilitaron el contacto del profesional responsable, acompañaron las visitas de reconocimiento, posibilitaron el acercamiento, las entrevistas y en consecuencia la apertura y apoyo total de los responsables de cada lugar para la ejecución de la investigación en ese territorio. El criterio principal de inclusión considerado en la selección del territorio fue la accesibilidad de la población del mismo a una Unidad de Salud Familiar (USF); por otro lado, en los territorios sociales sin USF, se contó con instituciones de salud no pública, educativas y/o sociales que apoyan actividades educativas y de salud y que facilitaron los espacios físicos para la ejecución de la investigación. Por tanto, fueron excluidos los territorios que en el momento de la selección no contaban con los requisitos para la ejecución de la investigación en lo referente a espacio físico para las tomas de muestras de PAP y Test del VPH.

Fueron incluidas mujeres de dos Distritos del Departamento Central, en primer lugar, el Itauguá situada a 30 km de la ciudad de Asunción capital del Paraguay; ciudad que pertenece al Departamento Central. Es reconocida a nivel nacional e internacional por su exquisito y peculiar arte del ñandutí, un tipo de encaje derivado de bordados hispanos; la actualidad es una de las ciudades con mayor índice de crecimiento demográfico y expansión urbana del Departamento Central, ubicándose en la 6° posición entre las ciudades más pobladas del departamento y el 14° lugar a nivel país, según las proyecciones estimadas por la DGEEC en el año 2017. También es una de las más extensas a nivel departamental, solamente superada en ese ámbito por Villeta, Nueva Italia, Luque e Irá.

En segundo lugar, se tomó el Distrito de San Lorenzo, situado en el corazón del Departamento Central, se encuentra entre los diez distritos más importantes por sector económico, donde se toma el criterio del ingreso para elegir a los diez distritos que reportan los mayores ingresos en cada sector productivo. En el sector industria existe un predominio del departamento Central, donde se encuentran cinco distritos que encabezan la lista, San Lorenzo y quinto lugar. Según las proyecciones de población de la DGEEC, en 2019 tendría una población de 257530 habitantes, convirtiéndolo en la segunda ciudad más populosa del departamento y la cuarta a nivel país, en un territorio que abarca 41 km².

Así en el Distrito de Itauguá se incluyeron dos territorios sociales; USF CONAVI II Mbokayaty Sur (Conavi I, II, III y Asentamiento Virgen de Caacupé); y USF Mboi'y. En el Distrito de San Lorenzo se incluyeron 10 territorios de las USFs: 24 de Junio; 26 de Febrero; Tesaira; Mita'í; Miraflores; María Auxiliadora; Tayazuapé; Tesairekavo; 15 de Enero, Barcequillo; además se incluyó la Comunidad Kambacuá y 3 barrios: Villa Laurelty; Santa María y Rincón (Tabla 5).

3.3.2. Censo para identificación de mujeres de 30 a 64 años

Una vez seleccionado el territorio social, todas las viviendas fueron incluidas en el censo. Estas viviendas fueron visitadas desde el año 2014 hasta el 2018, en el marco del Proyecto de Investigación titulado: *“Estudio Multicéntrico de tamizaje y triage de cáncer de cáncer de cuello uterino con pruebas del VPH (ESTAMPA). Paraguay 2014 – 2018”* (16); ejecutado por docentes investigadores del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud - UNA, con la participación de profesionales del MSPyBS; bajo la coordinación general de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), OMS, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y por la IARC-OMS, aprobados por los Comités de Ética de la IARC-OMS (Anexo 1) y del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (Anexo 2).

Del total de 18.889 viviendas censadas, 5.314 estaban cerradas, 786 deshabitadas y 12.789 abiertas de las cuales se obtuvo información sobre la presencia de mujeres de 30 a 64 años potencialmente elegibles. Del total de 12.789 viviendas abiertas, 3.430 viviendas fueron no elegibles (sin mujeres de 30 a 64 años) y en 9.359 viviendas elegibles se encontró un total de 10.773 mujeres de 30 a 64 años potencialmente elegibles (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de viviendas censadas por territorio social. Distritos de Itauguá y San Lorenzo, 2014 – 2018.

| Territorios Sociales | Viviendas | | | | | |
|-----------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | Total | Cerradas | Deshabitadas | Abiertas* | No elegibles** | Elegibles*** |
| USF CONAVI II | 687 | 64 | 26 | 597 | 147 | 450 |
| USF Mboi`y | 703 | 50 | 56 | 597 | 137 | 460 |
| USF 24 de Junio | 1052 | 233 | 10 | 809 | 197 | 612 |
| USF 26 de Febrero | 880 | 158 | 6 | 716 | 167 | 549 |
| USF Tesaira | 1374 | 298 | 42 | 1034 | 294 | 740 |
| USF Mita`i | 1389 | 391 | 70 | 928 | 215 | 713 |
| USF Miraflores | 1499 | 595 | 56 | 848 | 224 | 624 |
| USF María Auxiliadora | 1173 | 306 | 43 | 824 | 213 | 611 |
| USF Tayazuape | 1631 | 549 | 44 | 1038 | 286 | 752 |
| USF Tesairekavo | 1432 | 411 | 57 | 964 | 268 | 696 |
| USF 15 de Enero | 1278 | 365 | 65 | 848 | 219 | 629 |
| USF Barcequillo | 1403 | 491 | 83 | 829 | 214 | 615 |
| Comunidad Kambacua | 65 | 35 | 0 | 30 | | 30 |
| Barrio Villa Laurelty | 1275 | 409 | 70 | 796 | 229 | 567 |
| Barrio Santa Maria | 1181 | 367 | 60 | 754 | 223 | 531 |
| Barrio Rincón | 1867 | 592 | 98 | 1177 | 397 | 780 |
| Total | 18889 | 5314 | 786 | 12789 | 3430 | 9359 |

*Viviendas abiertas fueron consideradas todas las viviendas donde el censista fue atendido por algún miembro de la familia o personal de trabajo de la vivienda, pudiéndose clasificar en no elegibles (sin mujeres de 30 a 64 años) y elegibles (con mujeres potencialmente elegibles de 30 a 64 años).

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión de mujeres

a) Criterios de inclusión de mujeres de 30 a 64 años:

Mujeres sexualmente activas, mentalmente competente para comprender el consentimiento informado, capaz de comunicarse con el personal del estudio, apta

físicamente para realizarle el examen pélvico, sin historia de cáncer de cuello uterino, sin tratamiento para pre-cáncer en los últimos 6 meses, sin histerectomía, sin planes de mudarse fuera del área de estudio en los próximos 12 meses, sin condiciones médicas serias preexistentes (cáncer avanzado, fallo renal terminal), no embarazadas en el momento del estudio y provenientes de viviendas que fueron censadas en los Distritos de Itauguá y San Lorenzo de los territorios sociales seleccionados. Estas mujeres fueron invitadas por diferentes estrategias educativas de información y comunicación para realizarse la prevención de cáncer de cuello uterino a las USF o instituciones de salud no pública, educativas y/o sociales.

b) Criterios de exclusión:

De 10.773 mujeres potencialmente elegibles, 691 no cumplieron con los criterios de inclusión; de las cuales 388 presentaron histerectomía, 185 por Embarazo/puerperio 37 Participante de ESTAMPA; 27 No competente para responder los ítems; 23 fue tratada por lesión pre-cancerosa o displasia del cuello uterino en los últimos 6 meses; 14 impedimento físico; 9 traslado temporal de su vivienda durante el reclutamiento; 4 presentó antecedentes de cáncer y otras 4 sin inicio de actividad sexual (Figura 2).

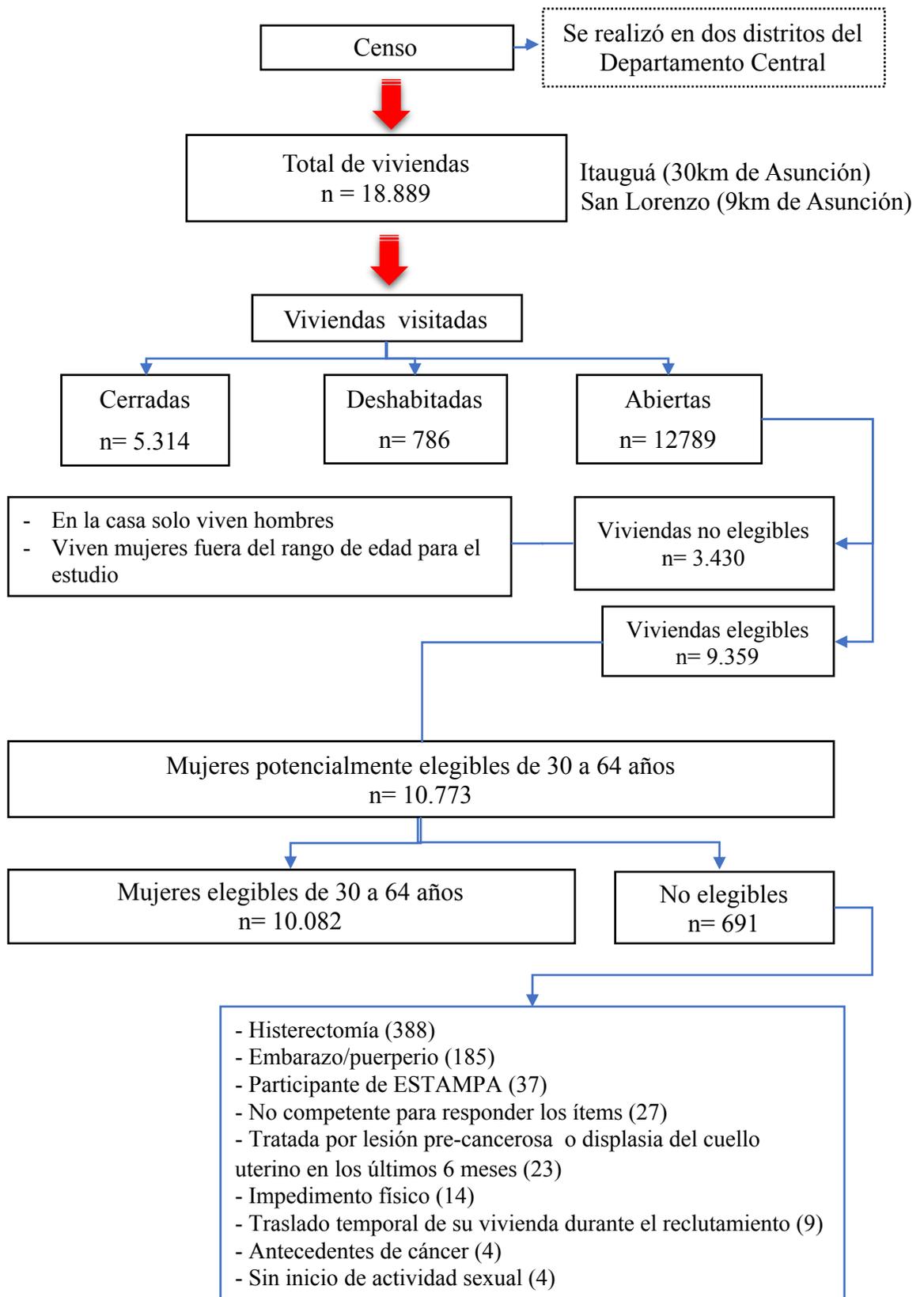


Figura 2. Diagrama de población total y muestra.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, con su correspondiente validación

3.4.1. Fuente de Datos

La fuente de datos fue la primaria, en todos los casos la información fue proveída por personas que se encontraban en las viviendas censadas.

3.4.2. Técnica

Se utilizó la técnica de la entrevista directa para la recolección de datos por medio de un instrumento impreso de hoja de censo y de registro de estrategias.

3.4.3. Instrumento. Hoja de censo y de registro de estrategias

Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento impreso denominado Hoja de Censo y de Registro de Estrategias, (Anexo 3) que contenía todos los datos relacionados a las variables de estudio, organizado en tres fases; la primera de obtención de datos de vivienda y de mujeres de 30 a 64 años y registro de tipo de estrategia implementada en la fase, la segunda de implementación de registro de estrategias utilizadas para realizar el agendamiento de mujeres potencialmente elegibles para prevención de cáncer de cuello uterino y una tercera de registro de participación de la mujer en la prevención del cáncer. A continuación, se detalla cada fase;

Obtención de datos de vivienda y de mujeres de 30 a 64 años

- Datos del territorio social (nombre y fecha de censo realizado desde el 2014 al 2018)
- Datos de la vivienda (dirección exacta, manzana, lote, condición, características, elegible, no elegible (se especifica el motivo))
- Datos de la persona que informa los datos (nombre y apellido, parentesco con la mujer de 30 a 64 años, número de teléfono de la persona u otro para contacto)
- Datos de la mujer de 30 a 64 años (nombre y apellido, edad, fecha de nacimiento, número de documento, número/s de teléfono para contacto)
- Nombre y apellido del censista, firma

- Entrega de trípticos informativos y entrevista directa

Registro de la realización de estrategias utilizadas para realizar el agendamiento de mujeres potencialmente elegibles para prevención de cáncer de cuello uterino (llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto):

El instrumento cuenta al dorso con una tabla de registro de estrategias implementadas: tipo, fecha, respuesta, responsable (hasta para 3 mujeres; en caso que en la vivienda haya más de tres mujeres se habilita otra hoja de registro debidamente identificado y anexo a la hoja de censo correspondiente)

Registro de participación de la mujer en la prevención del cáncer

Fecha de participación de la mujer

Tipo de estrategia de participación

Código o etiqueta

Registro de rechazo (especifica el motivo)

Motivo de no participación

3.5. Procedimiento para la recolección de datos. Reclutamiento

3.5.1. Organización de equipo

Luego de la aprobación del proyecto de investigación por el Comité Científico y Ético del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la UNA, se crearon coordinaciones: generales, clínica, de laboratorio y de trabajo de campo para una mejor organización y logro de los objetivos del estudio. Todas las coordinaciones y los integrantes del equipo de trabajo recibieron capacitaciones organizadas por expertos provenientes de IARC, OMS previo al inicio del estudio. El equipo para el trabajo de campo fue responsable del censo, recolección de datos, implementación de las estrategias educativas de información

y comunicación e invitación y agendamiento de mujeres para la prevención de cáncer de cuello uterino, además del cargado y control de la base de datos.

3.5.2. Capacitación de los miembros del equipo de Trabajo de Campo

Durante el desarrollo del estudio se realizó una permanente capacitación del equipo de trabajo de campo, considerando que, además de contar con un grupo estable de profesionales previamente entrenados para cada etapa del proceso de ejecución, se contó con profesionales pasantes de las Carreras de Enfermería y Ciencias Químicas de la UNA; como así también estudiantes que apoyaron el trabajo en sus diferentes etapas y poblaciones. Además de capacitar a los pasantes en todo lo concerniente al proyecto, las capacitaciones fueron espacios de evaluación, mejora continua y socialización de lecciones aprendidas de toda la experiencia de campo. Es así, que el trabajo de campo fue dinámico, flexible y abierto a las sugerencias basadas en las evidencias e incorporadas con miras al logro de los objetivos y el compromiso sobre todo con la prevención del cáncer de cuello uterino. Vale resaltar la alta calidad profesional, humana y sentido de sensibilidad de los miembros del equipo con el proyecto.

3.5.3. Selección, visita de reconocimiento del territorio social y entrevistas con autoridades locales.

En el periodo 2014-2018 fueron seleccionados un total de 16 territorios sociales para la ejecución de la investigación. Para la selección de los territorios sociales que fueron incluidos se solicitó en primer lugar el visto bueno correspondiente de la Dirección de la Undécima Región Sanitaria del Departamento Central del MSP y BS de manera a contar con el permiso para trabajar con las USFs y/o Puestos de Salud de su dependencia.

Luego, para la selección de cada territorio social, previo al censo se realizó visitas de reconocimiento entre los potenciales lugares junto a todos los miembros del equipo, acompañados ya sea, por el coordinador del PAI – MSP y BS, miembros o agentes de salud local, a fin de evaluar la factibilidad, accesibilidad, dimensiones y límites en cuanto a extensión, distancia, tipo de población y seguridad del territorio. Posteriormente, una vez seleccionado el territorio social se procedió a entrevistas con las autoridades de las USFs, entre otros, durante las cuales fue presentado el proyecto, objetivos, metas, estrategias y cronograma de trabajo; además, de solicitar la disponibilidad de espacio físico y otras necesidades en las instalaciones para garantizar la buena ejecución del proyecto y la mejor atención a todas las mujeres que acepten participar en la prevención del cáncer de cuello uterino.

3.5.4. Periodo y días de censo y reclutamiento por territorio social

Tanto los días de censo como de reclutamiento fueron dinámicos en el sentido que el cronograma dependía de la disponibilidad de miembros del equipo, las dimensiones del territorio, cantidad de viviendas, estado del clima (frío - calor), días lluviosos; todos estos factores fueron considerados a la hora de establecer el cronograma y cumplir con los objetivos y metas propuesta; finalmente se tuvo un promedio de 14 días de censo y 20 días de reclutamiento en forma general (Tabla 7).

El trabajo de campo se realizó en el horario de la mañana, de 07.30 a 11:30, en ocasiones se realizó visitas en el turno tarde en viviendas cerradas.

Tabla 7. Periodo y días de censo y reclutamiento territorio social. Itauguá y San Lorenzo 2014-2018

| Territorio Social | Total de viviendas | Periodo de Censo | Días de censo | Periodo de Reclutamiento | Días de reclutamiento |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------|
| USF CONAVI II | 687 | 09 al 12 de 2014 | 50 | 01 a 06 de 2014 | 39 |
| USF Mboi `y | 703 | 06 a 07 de 2014 | 25 | 07 a 08 de 2014 | 24 |
| USF 24 de Junio | 1052 | 09 a 10 de 2014 | 15 | 11 a 12 de 2014 | 24 |
| USF 26 de Febrero | 880 | 02 de 2015 | 18 | 04 a 06 de 2015 | 26 |
| USF Tesaira | 1374 | 08 a 09 de 2015 | 20 | 09 a 10 de 2015 | 23 |
| USF Mita`i | 1389 | 02 a 03 de 2016 | 26 | 04 a 05 de 2016 | 25 |
| USF Miraflores | 1499 | 05 a 06 de 2016 | 20 | 07 a 08 de 2016 | 16 |
| USF María Auxiliadora | 1173 | 08 de 2016 | 6 | 08 a 09 de 2016 | 19 |
| USF Tayazuapé | 1631 | 09 a 10 de 2016 | 15 | 10 a 11 de 2016 | 23 |
| USF Tesairekavo | 1432 | 11/12 de 2016; 03 de 2017 | 12 | 11/12 de 2016; 04 de 2017 | 19 |
| USF 15 de Enero | 1278 | 05 de 2017 | 11 | 05 a 06 de 2017 | 14 |
| USF Barcequillo | 1403 | 06 de 2017 | 6 | 07 de 2017 | 14 |
| Comunidad Kambacúa | 65 | 06 de 2017 | 2 | 07 de 2017 | 1 |
| Barrio Villa Laurelty | 1275 | 08 de 2017 | 12 | 08 a 09 de 2017 | 12 |
| Barrio Santa Maria | 1181 | 08/09 de 2017 | 11 | 10 a 11 de 2017 | 21 |
| Barrio Rincón | 1867 | 04 de 2018 | 16 | 05 a 06 de 2018 | 20 |
| Total | 18889 | | 265 | | 320 |
| Promedio | 1181 | | 14 | | 20 |

3.5.5. Preparación de materiales e insumos

Todos los materiales educativos, hojas de censo e insumos necesarios fueron diseñados (ficha de censo y tríptico), organizados y multicopiados por el mismo equipo para cada población con los datos respectivos del cronograma de realización de prevención de cáncer de cuello uterino, lugar de reclutamiento, números de contacto del equipo de trabajo. Un miembro del equipo era responsable de la distribución, control y resguardo de los materiales y hojas de censo al inicio y finalización del trabajo diario.

3.5.6. Realización del censo

3.5.6.1. Organización de materiales, equipo y mecanismo de trabajo para el censo

Una vez seleccionado el territorio social y con todos los materiales e instrumentos multicopiados, mapa con todos los límites, manzanas y viviendas se conformó sub equipos de dos o tres integrantes para el recorrido por manzana y por seguridad de los miembros, distribución de cantidad de manzanas a visitar por equipo y por día. El punto de inicio en cada manzana se marcó en el mapa y luego siguiendo la manecilla del reloj; en base a la experiencia cada miembro debía realizar y registrar datos de al menos 25 viviendas por día o más dependiendo de la extensión del territorio social. Cada censista anotó en la hoja de censo los datos de la persona con quien entró en comunicación (mujer potencialmente elegible, familiar, personal de trabajo doméstico, otros), características de la casa, estrategia utilizada etc. Todas las viviendas fueron identificadas con números de manzana y lote; clasificadas en cerradas, abiertas (elegibles si en la vivienda se encontraba al menos una mujer de 30 a 64 años y no elegible si solo habitaban hombres o mujeres fuera del rango de edad) y deshabitadas.

Cada territorio seleccionado tenía particularidades que lo distinguían uno de otro, algunos eran pequeños en extensión, pero con gran concentración de viviendas una próxima a la otra; otros territorios extensos en distancia y dispersos en viviendas; otros conocidos por la inseguridad en la zona. Cada sub-equipo de censo debía dibujar el recorrido en un mapa para facilitar posteriormente la ubicación de las viviendas de las mujeres, esto debido a que varios territorios contaban con laberintos, callejones sin salida, viviendas sin acceso directo a las calles; el ingreso se realizaba por pasillos, viviendas construidas en medio de la nada y nuevas calles sin nombres habilitadas por los propios pobladores; situaciones no contempladas en los mapas.

Al finalizar el día, todo el equipo se reunía para realizar el cierre del censo por día y contabilizar la cantidad de viviendas censadas y clasificar las hojas de censo por situación de la vivienda. En el caso de las viviendas abiertas las fichas de censo también fueron clasificadas en viviendas elegibles con mujeres potencialmente elegibles de 30 a 64 años o no elegibles. Estos datos fueron informados en forma diaria a la coordinación del trabajo de campo, quien supervisaba la calidad de los mismos y realizaba una retro-alimentación con fines de lograr mejoras.

3.5.6.2. Cierre global del censo por territorio social

Una vez concluido la totalidad del censo del territorio social correspondiente, en un periodo de 3 a 5 días se realizó el cierre global; esta tarea consistió en la organización, clasificación y ordenamiento de hojas de censo por viviendas con mujeres potencialmente elegibles; no elegibles; cerradas o deshabitadas; se realizó la cuantificación en cada caso y todos los documentos fueron archivados en biblioratos bien identificados para cada territorio social.

3.5.7. Implementación de las estrategias educativas de información y comunicación

Las estrategias educativas de información y educación que se implementó fueron cuatro, aplicadas en dos fases distintas de la investigación; la primera durante el censo (trípticos y entrevistas directas) y la segunda durante el reclutamiento para prevención de cáncer de cuello uterino (llamadas telefónicas y mensajes). Además, durante el reclutamiento surgieron otras estrategias adicionales que posibilitaron la participación de las mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino entre las que se encontraron; captada en el momento, referida por terceras personas e invitada por un agente de salud (Figura 3).

3.5.7.1. Fase de censo

a) Tríptico informativo

El tríptico informativo fue una estrategia educativa de información y comunicación que se implementó durante el censo con informaciones relacionadas a la prevención del cáncer de cuello uterino, VPH, toma de muestra e invitación para participar; además, un cronograma de actividades detallando los días establecidos para el censo y días, lugar y hora para el reclutamiento para la prevención de cáncer de cuello uterino, también, se colocaron datos de los coordinadores del estudio con número de teléfono para contacto en caso de cualquier consulta (Anexo 4). Esta estrategia se implementó durante el recorrido del censo; en las casas cerradas donde se dejó un tríptico en algún lugar visible o debajo de la puerta de la casa de manera que los propietarios pudieran encontrar. Se consideró como estrategia individual en casas abiertas cuando el censista fue atendido por otra persona que no sea la mujer potencialmente elegible de 30 a 64 años y la misma asistió a realizarse los estudios de prevención de cáncer sin recibir otra estrategia (llamada telefónica, mensaje y/o estrategias adicionales).

b) Entrevista directa

La entrevista directa consistió en una estrategia cara a cara con la mujer potencialmente elegible de 30 a 64 años a priori conforme a los criterios de inclusión; se proporcionó información sobre todos los aspectos de prevención del cáncer de cuello uterino, la infección por el VPH, la importancia de realización del PAP y prueba de VPH, criterios para la participación y requisitos para la toma de muestra. Se brindó información acerca del cronograma de reclutamiento y fue invitada a participar. Esta estrategia se implementó en todas las viviendas donde se encontraba una mujer potencialmente elegible de 30 a 64 años.

3.5.7.2. Fase de reclutamiento para prevención de cáncer de cuello uterino

a) Llamada telefónica

La llamada telefónica fue una estrategia educativa de información y comunicación que se utilizó para el agendamiento de mujeres de 30 a 64 años potencialmente elegibles para realizarse los estudios de prevención de cáncer de cuello uterino cuando se contó con números telefónicos. Durante la llamada telefónica previa presentación del profesional, se explicó e informó acerca de la investigación y los beneficios de la participación; además, se brindó información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino, la infección por el VPH y la posibilidad de prevenir el desarrollo de ese tipo de cáncer. Se les informó acerca de los días, hora y lugar de toma de muestra e invitó a participar del estudio. Las mujeres que aceptaron participar fueron agendadas en un cuaderno de agendamiento habilitado para cada día y por territorio social.

Las llamadas telefónicas fueron registradas en la hoja de registro de llamadas, habilitado al dorso de la hoja de censo. Los datos registrados fueron: fecha de la llamada, respuesta de la mujer, responsable de la aplicación de la estrategia. Todas las llamadas telefónicas realizadas por mujer fueron registradas. Se consideró como estrategia individual cuando el censista fue atendido por otra persona diferente a la mujer potencialmente elegible de 30 a 64 años, quien proporcionó los datos de teléfono de la misma, en esta vivienda no se dejó tríptico y la mujer asistió a realizarse los estudios de prevención de cáncer de cuello uterino por la llamada telefónica, sin recibir mensajes y/o estrategias adicionales.

b) Envío de mensajes de texto

La estrategia de envío de mensaje de texto consistió en una breve invitación a la mujer a participar de la actividad de prevención del cáncer de cuello uterino, con la

información de días, hora y lugar para la toma de muestra de PAP y prueba de VPH; recordando que el cáncer de cuello uterino es prevenible si se detecta a tiempo.

Todos los mensajes enviados, tanto la fecha, respuesta y responsable de la estrategia quedó registrado en la hoja de registro de estrategia. Los mensajes se consideraron como estrategia individual cuando el censista obtuvo la información de número de teléfono de la mujer potencialmente elegible de 30 a 64 años a partir de un tercero, y la mujer asistió a realizarse sus estudios de prevención de cáncer de cuello uterino sin haber recibido el tríptico, sin atender las llamadas telefónicas que se le realizaron y sin recibir estrategias adicionales.

c) Estrategias adicionales:

- Captadas en el momento

Una característica del reclutamiento fueron las charlas sobre prevención del cáncer de cuello uterino no solo a las mujeres que concurrían para participar, sino a todas las personas que en el momento se encontraban en las instituciones de salud para realizar cualquier tipo de atención de salud. En ese sentido, se les dio oportunidad de participar del estudio de prevención de cáncer de cuello uterino a las mujeres presentes que reunían los criterios de inclusión, estaban en condiciones para la toma de muestra y pertenecían al territorio social.

- Referidas por terceros (vecinas, amigas, familiares)

Durante el periodo de reclutamiento participaron además mujeres que fueron invitadas por terceros, en algunos casos participantes, familiares, amigas o vecinas. Estas mujeres se acercaron al lugar de toma de muestra; solicitando información y posibilidades de participación, indicaron su dirección de manera a ubicar su vivienda y si cumplieron todos los criterios se realizaron los estudios de prevención de cáncer de cuello uterino.

- **Invitadas por agentes de salud local**

En la cual los agentes de salud local realizaron invitaciones a las mujeres del territorio social durante su recorrido por la zona, como también a las mujeres que por otros motivos recurrían a la institución para atención. Durante el reclutamiento las mujeres recibieron mayor información acerca de los estudios que se realizarían para prevención de cáncer de cuello uterino, además, se les explicó acerca del consentimiento firmado y el compromiso mutuo que se asume. Las mujeres decidieron participar libre y voluntariamente firmaron el consentimiento en dos copias, una para la mujer participante y otra para el archivo del proyecto. La entrega de resultados y posterior orientación de la mujer se realizó siguiendo el protocolo ESTAMPA

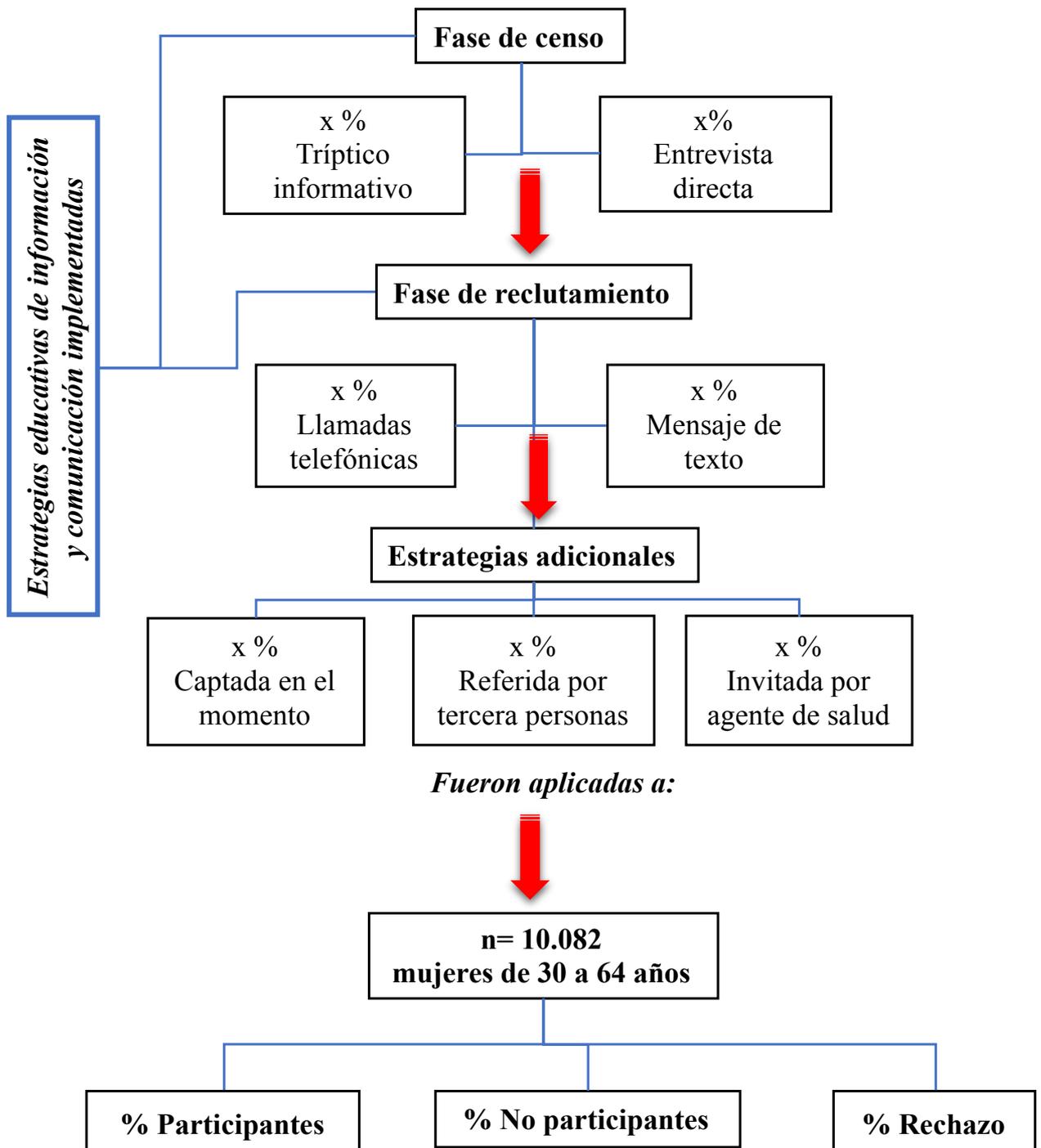


Figura 3. Diagrama de estrategias educativas de información y comunicación implementadas.

3.6. Descripción del procedimiento de análisis de datos.

3.6.1. Preparación y organización de hojas de censo para la carga de datos

Las hojas de censo de mujeres potencialmente elegibles de 30 a 64 años fueron previamente organizadas y ordenadas por número de manzana y lote por territorio social en biblioratos diferenciados en mujeres participantes; no participantes y mujeres que rechazaron participar del estudio.

3.6.2. Elaboración de planilla electrónica Excel

Se elaboró minuciosamente una planilla electrónica Excel con todas las variables de estudio incluidas en la hoja de censo; además de generar nuevas variables emergentes a partir de los datos recolectados.

Cada variable fue ubicada en las columnas en forma secuencial según el orden del instrumento.

Los datos de cada una de las 10.082 mujeres de 30 a 64 años elegibles fueron colocados en las filas y en otra planilla los datos de las mujeres no elegibles.

3.6.3. Carga de datos

La carga de datos estuvo supervisada por la Coordinadora de Trabajo de Campo en todo momento. Fue realizada por miembros del equipo de trabajo de campo previamente capacitados para cada territorio social. El periodo de carga de datos fue realizado desde el 2014 hasta el 2018.

3.6.4. Depuración de la base y control de calidad

El proceso de depuración de la base se realizó por cada territorio social cargado y una vez finalizado la carga total de datos del censo. La depuración consistió en la revisión detallada de la carga de datos por columna y por fila; a fin de identificar datos mal cargados, falta de datos y coherencia interna de los datos columna/fila. Cada error identificado fue

informado a la coordinadora de trabajo de campo quien supervisó todos los cambios realizados en la planilla Excel.

El control de calidad se realizó con una revisión cruzada aleatoria de hojas de censo con los datos cargados

3.6.5. Análisis de datos

La gestión y análisis de los datos se realizó primeramente codificando cada variable e ingresándolas en una planilla electrónica de Excel. Posteriormente cada variable se analizó utilizando estadística descriptiva y analítica mediante el programa (CDC, Atlanta) Epi Info™ 7.2.2.6.

Para estimar la posible asociación entre las estrategias implementadas y la participación en la realización de estudios de prevención de cáncer de cuello uterino, fue utilizado el test de Chi cuadrado, considerándose estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$ y la medida de asociación por medio del Riesgo Relativo (RR) que examina la asociación de una exposición (implementación de estrategias educativas de información y comunicación) con los resultados (participación o no de mujeres a la prevención del cáncer de cuello uterino). Su significado se interpretó de la siguiente manera:

RR > 1: factor de riesgo de no participación

RR = 1: es indiferente

RR < 1: factor de protección

3.5. Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS (IARC / OMS) y del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción (IICS / UNA).

Todas las mujeres participantes en el estudio firmaron el formulario de consentimiento informado aprobados por los Comités de Ética. El formulario de

consentimiento informado incluyó detalles acerca de los antecedentes, los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios, la declaración de confidencialidad, el uso de muestras y el personal del estudio que deben contactar en caso necesario (Anexo 5).

El estudio fue considerado de mínimo riesgo y los procedimientos realizados fueron práctica habitual en los programas de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Los procedimientos clínicos que se aplicaron fueron desarrollados por un equipo de colposcopistas que pensaron principalmente en la seguridad de las participantes, en lo referente a la reducción del riesgo de cáncer de cuello uterino, y todos los procedimientos fueron consistentes con la práctica médica estándar.

Se aseguró que las mujeres comprendan que, en caso de negarse a participar, continuarán teniendo acceso a su atención médica usual. También se garantizó que las mujeres que aceptaron participar sean conscientes de que pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su acceso al tamizaje regular de cáncer de cuello uterino. Igualmente, se informó a las mujeres que podían negarse a responder cualquier pregunta de los cuestionarios utilizados.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos, análisis y descripción de resultados

4.1.1. Distribución de mujeres elegibles según grupo de edad

En relación a la distribución de mujeres por edad se encontró que de un total de 10.082 mujeres censadas la edad media fue de 43,98 +/- 9 años; con predominio del grupo de 30 a 34 años y en forma descendente los grupos de mayor edad; siendo el menos frecuente el grupo de 60 a 64 años (Figura 4).

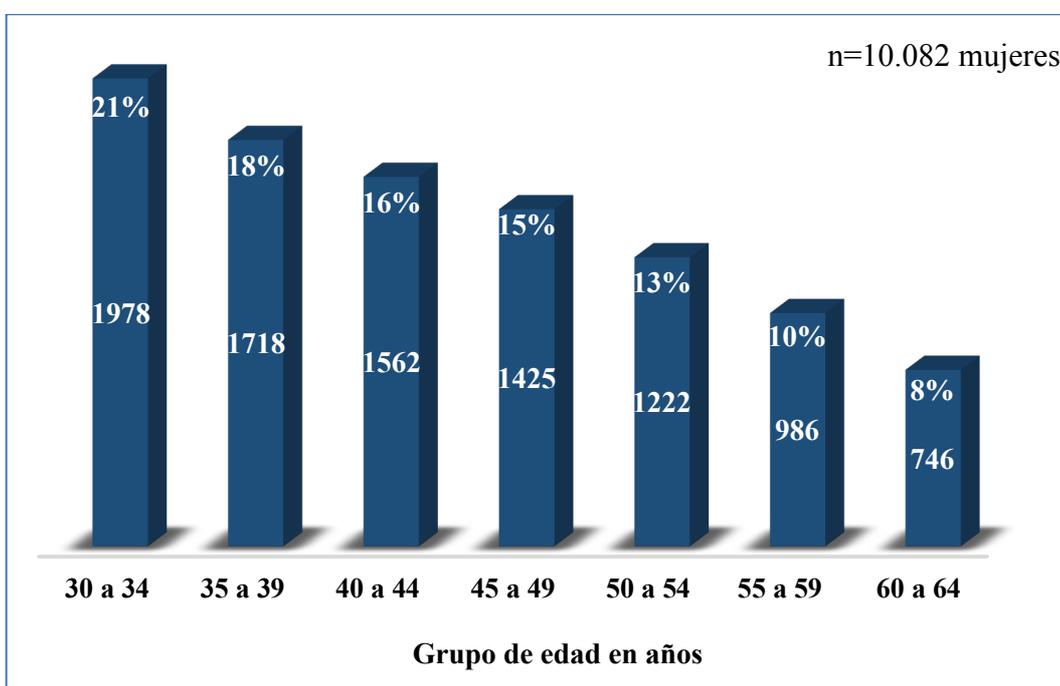


Figura 4. Distribución de mujeres censadas según grupo etario. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación.

Del total de 10.082 mujeres, el 9% (907) fueron del Territorio Social del Distrito de Itauguá y el 91% (9.175) del Distrito de San Lorenzo, en todos los territorios seleccionados se observó una tendencia de descenso a medida que los grupos etarios aumentan.

Tabla 8. Distribución de mujeres por Distrito según grupo etario. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018.

| Territorio Social | Grupo de edad en años | | | | | | | Total |
|-----------------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------------------|
| | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 a 44 | 45 a 49 | 50 a 54 | 55 a 59 | 60 a 64 | |
| USF CONAVI II | 114 | 96 | 97 | 74 | 44 | 20 | 15 | Itauguá 907 |
| USF Mboi'y | 64 | 74 | 99 | 100 | 58 | 31 | 15 | |
| USF 24 de Junio | 140 | 110 | 109 | 64 | 60 | 36 | 36 | San Lorenzo 9.175 |
| USF 26 de Febrero | 142 | 108 | 133 | 108 | 74 | 56 | 28 | |
| USF Tesaira | 168 | 151 | 104 | 112 | 93 | 93 | 70 | |
| USF Mita'i | 151 | 113 | 126 | 119 | 98 | 81 | 58 | |
| USF Miraflores | 120 | 99 | 90 | 98 | 82 | 65 | 49 | |
| USF María Auxiliadora | 139 | 105 | 98 | 84 | 90 | 87 | 64 | |
| USF Tayazuape | 171 | 143 | 108 | 83 | 102 | 94 | 71 | |
| USF Tesairekavo | 135 | 125 | 99 | 99 | 74 | 78 | 51 | |
| USF 15 de Enero | 115 | 102 | 108 | 103 | 100 | 67 | 48 | |
| USF Barcequillo | 103 | 105 | 99 | 88 | 92 | 76 | 61 | |
| Comunidad Kambacua | 6 | 5 | 3 | 8 | 4 | 2 | 3 | |
| Barrio Villa Laurely | 144 | 102 | 73 | 81 | 75 | 60 | 58 | |
| Barrio Santa María | 142 | 146 | 86 | 77 | 79 | 64 | 59 | |
| Barrio Rincón | 124 | 135 | 131 | 127 | 97 | 76 | 60 | |
| | 1978 | 1719 | 1563 | 1425 | 1222 | 986 | 746 | 10.082 |

Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

4.1.2. Frecuencia de las estrategias educativas de información y comunicación individual y/o combinadas que fueron implementadas.

En relación a las estrategias educativas de información y comunicación implementadas para la prevención del cáncer de cuello uterino, la totalidad de 10.082 mujeres recibieron alguna de las estrategias implementadas de forma individual o combinada. De éstas 9.374/10.082 (93%) recibieron al menos 1 de las estrategias de tríptico informativo, entrevista directa, llamadas telefónicas y/o mensajes de texto; siendo la más frecuentemente aplicada la estrategia de entrevistas directas (6.673/9.374, 71%) seguidas de llamadas telefónicas (5.500/9.374, 59%). Por otro lado, 708/10.082 (7%) mujeres recibieron 1 de las estrategias adicionales, entre las que se encontraron invitadas por agentes de salud, captada en el momento y referidas por terceros (Figura 5).

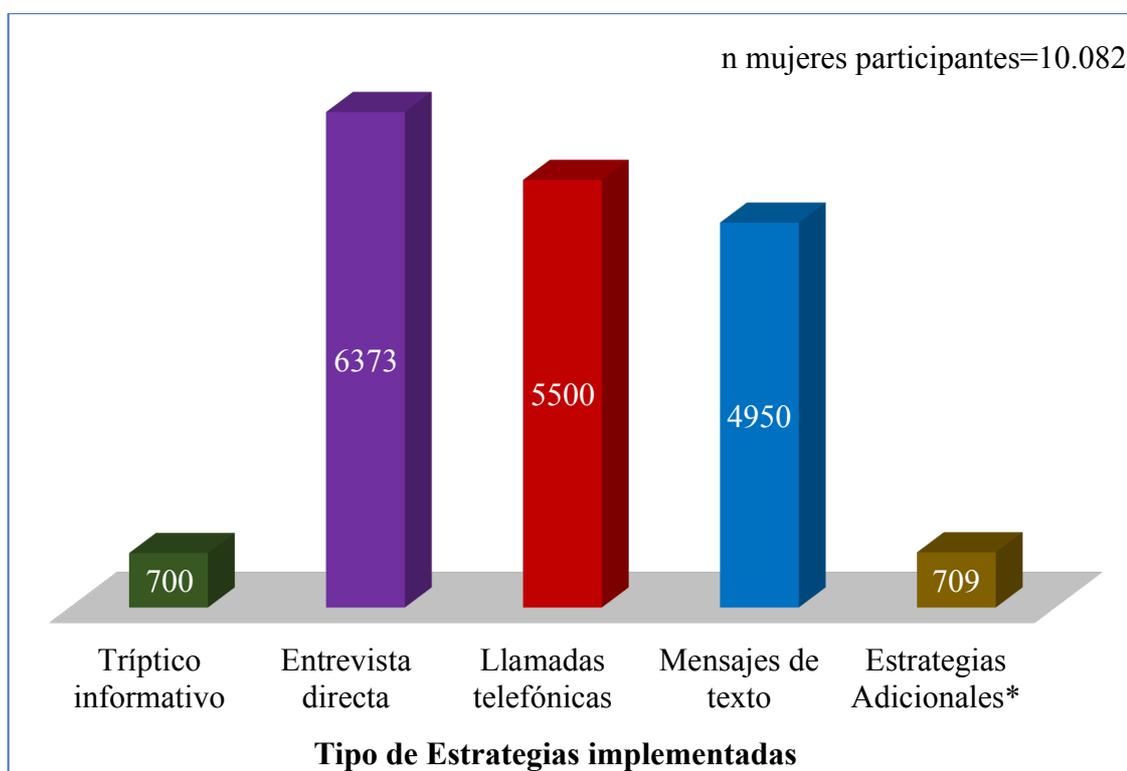


Figura 5. Frecuencia de estrategias educativas de información y comunicación implementadas para la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación.

Las estrategias educativas de información y comunicación fueron implementadas de forma individual (tríptico informativo, entrevista directa, llamadas telefónicas o mensajes de texto) en 3.370/10.082 mujeres (33%) y combinadas de dos estrategias en 3.859/10.082 mujeres (38%); de tres estrategias en 2.145/10.082 mujeres (21%). Por otro lado, las estrategias adicionales fueron implementadas en 708/10.082 mujeres (7%).

En relación a las estrategias educativas de información y comunicación implementadas en las etapas de censo y reclutamiento un total de 3.370/10.082 (33%) de mujeres recibió una sola estrategia, de las cuales la más frecuente fue la entrevista directa 1.325/3.379 (39,3%), seguida de trípticos 700/3.370 (20,8%), mensajes de texto 685/3.370 (20,3%) y llamadas telefónicas 660/3.370 (19,6%), Figura 6.

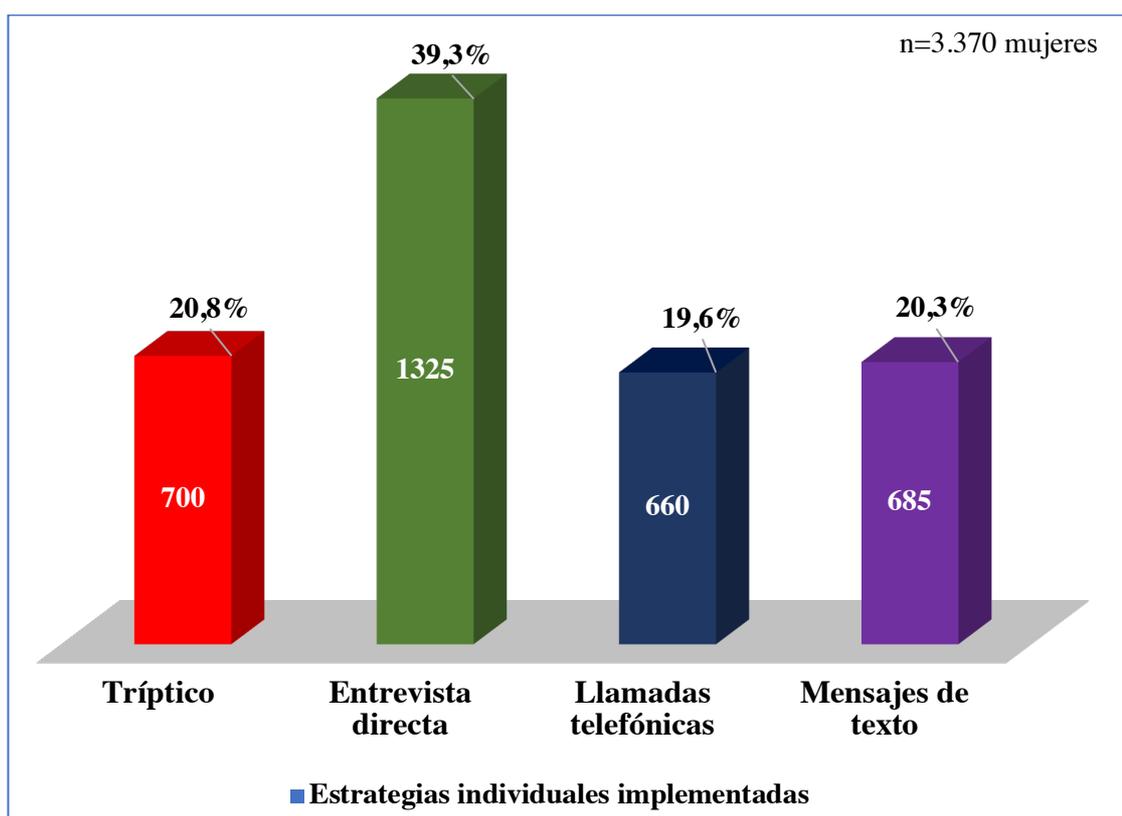


Figura 6. Estrategias educativas de información y comunicación implementadas en forma individual para la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

4.1.3. Frecuencia de participación de mujeres en la prevención de cáncer de cuello uterino.

En relación a la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino se observó una media de participación global del 49%, 4.984/10.082; siendo la mínima participación del 35% en el Territorio Social 15 de Enero y la máxima de 73% en el Territorio Social CONAVI II Mbokajaty Sur (Figura 7). La edad media de las mujeres participantes fue de 43,8 y la de no participantes 44,1 (Figura 8).

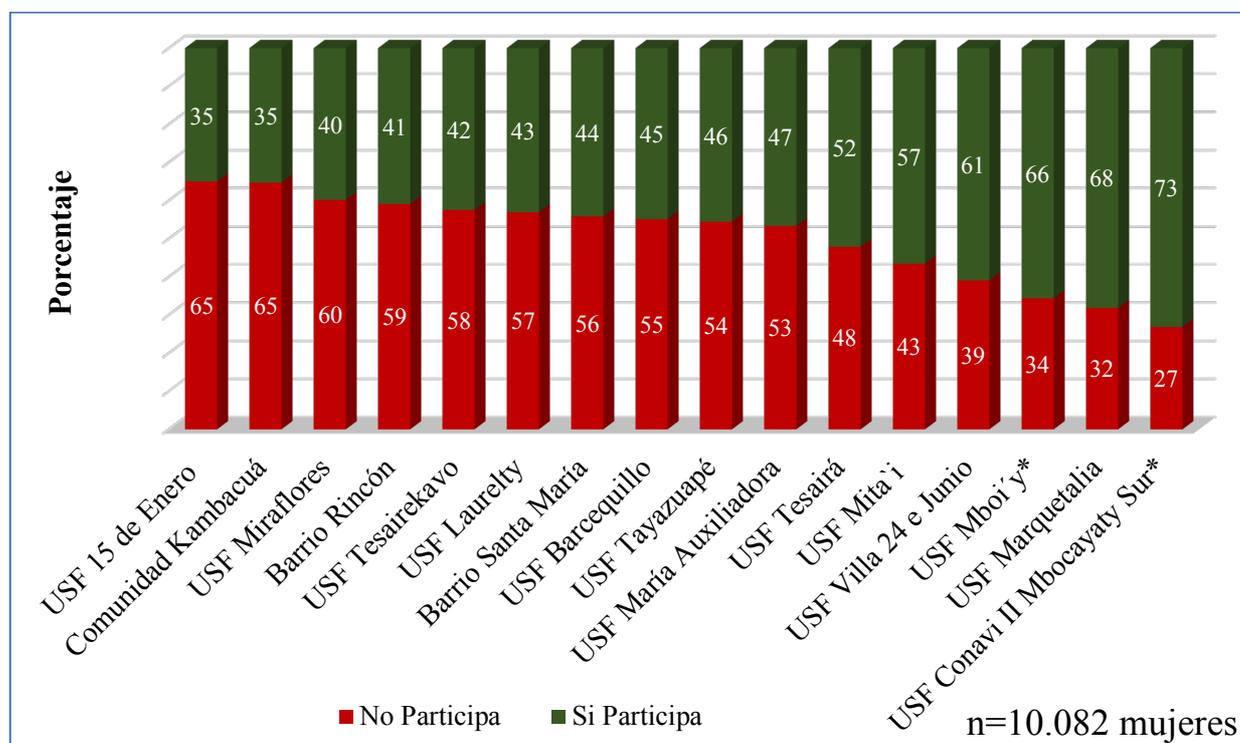


Figura 7. Distribución porcentual de mujeres de 30 a 64 años según participación en la prevención del cáncer de cuello uterino por Territorio Social. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

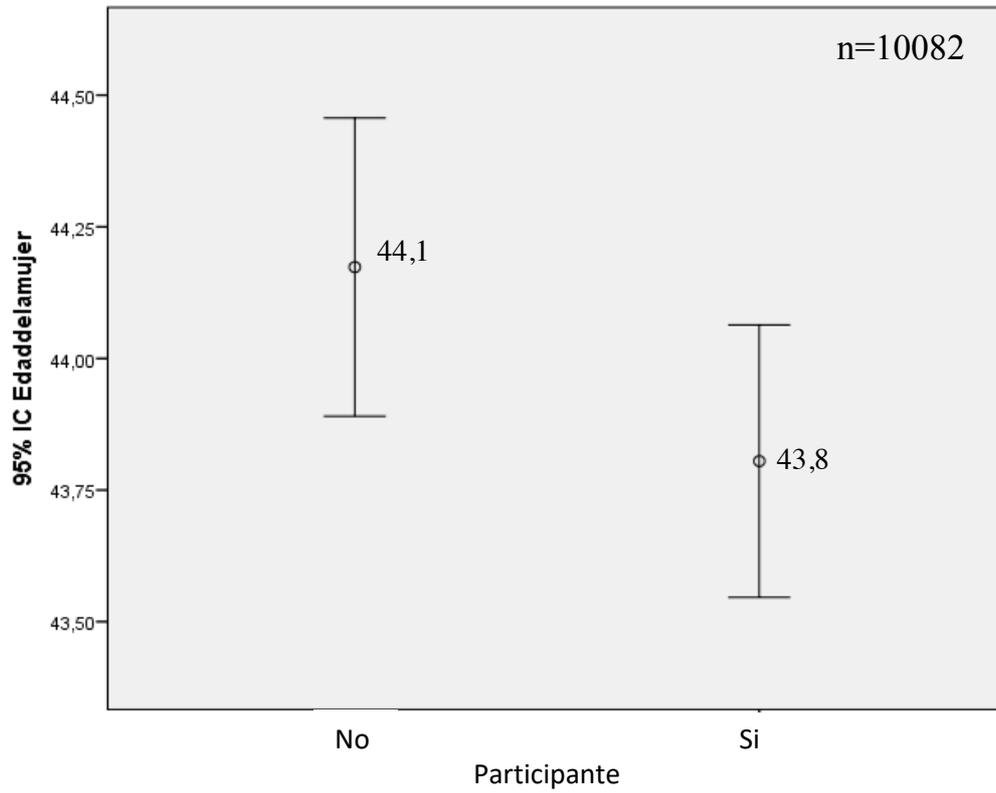


Figura 8. Edad media de mujeres de 30 a 64 años participantes y no participantes en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación.

4.1.4. Frecuencia de participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según tipo de estrategias

Al analizar la participación de las mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino según las estrategias educativas de información y comunicación implementadas; de las 3.370 mujeres que recibieron estrategias individuales participaron 1.378 mujeres (41%), de las 3.858 mujeres que recibieron 2 estrategias participaron 1.927 mujeres (50%), de las 2.145 mujeres que recibieron 3 estrategias participaron 971 mujeres (45%) por estrategias adicionales de invitación durante el reclutamiento participaron 708 mujeres (Figura 9).

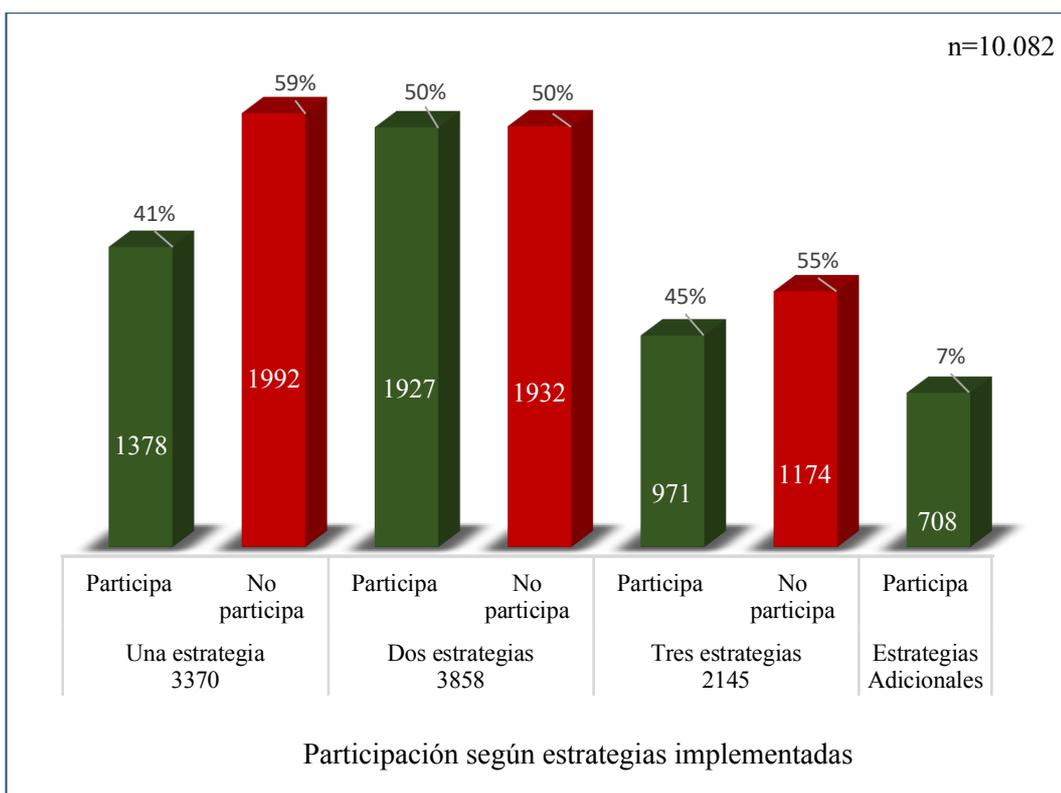


Figura 9. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias implementadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

En relación a las estrategias individuales 3.370/10.082, se tuvo una participación global del 41%, siendo el tríptico el de mayor porcentaje de participación con un 55%; seguido de llamadas telefónicas con un 49%; entrevista directa 44% y mensaje de texto con 12% de participación (Figura 10).

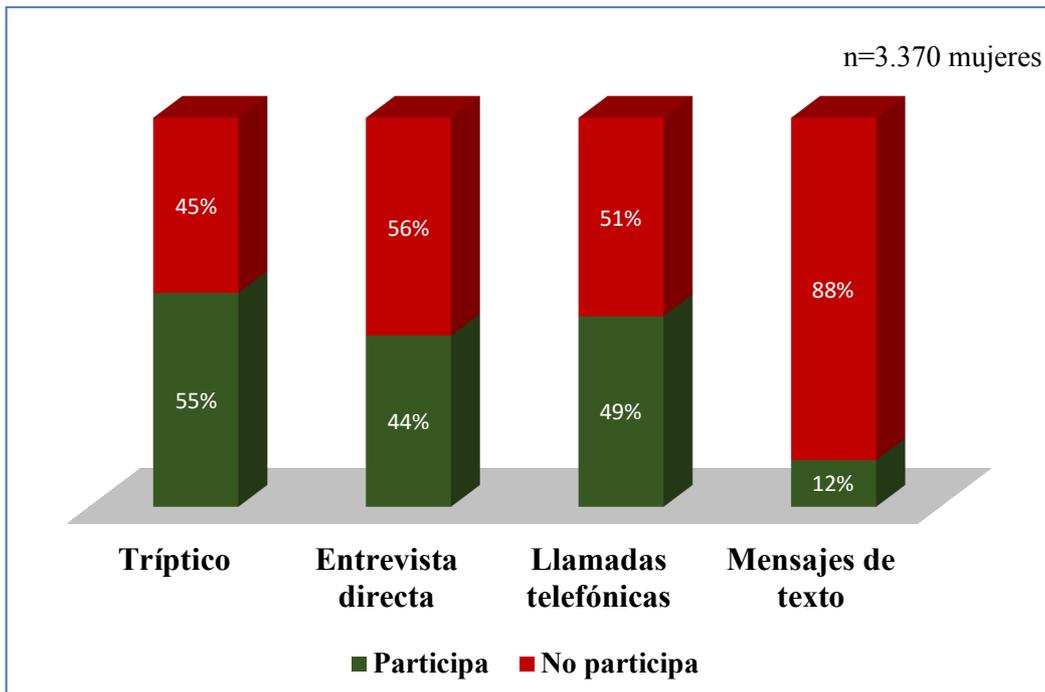


Figura 10. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias educativas de información y comunicación individual implementadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación.

La combinación de dos estrategias tuvo una participación global del 50%. La de mayor participación fue la combinación entre la entrevista directa y llamada telefónica con 71% de participación (1.241/1.739 mujeres); seguida de entrevista directa y mensaje con 33% de participación (382/1.164 mujeres); por último, la combinación de llamada más mensaje de texto con 32% de participación (304/956 mujeres). Sin embargo, con la combinación de tres estrategias (llamada telefónica, mensaje y entrevista directa) se observó un 45% de participación (Figura 11).

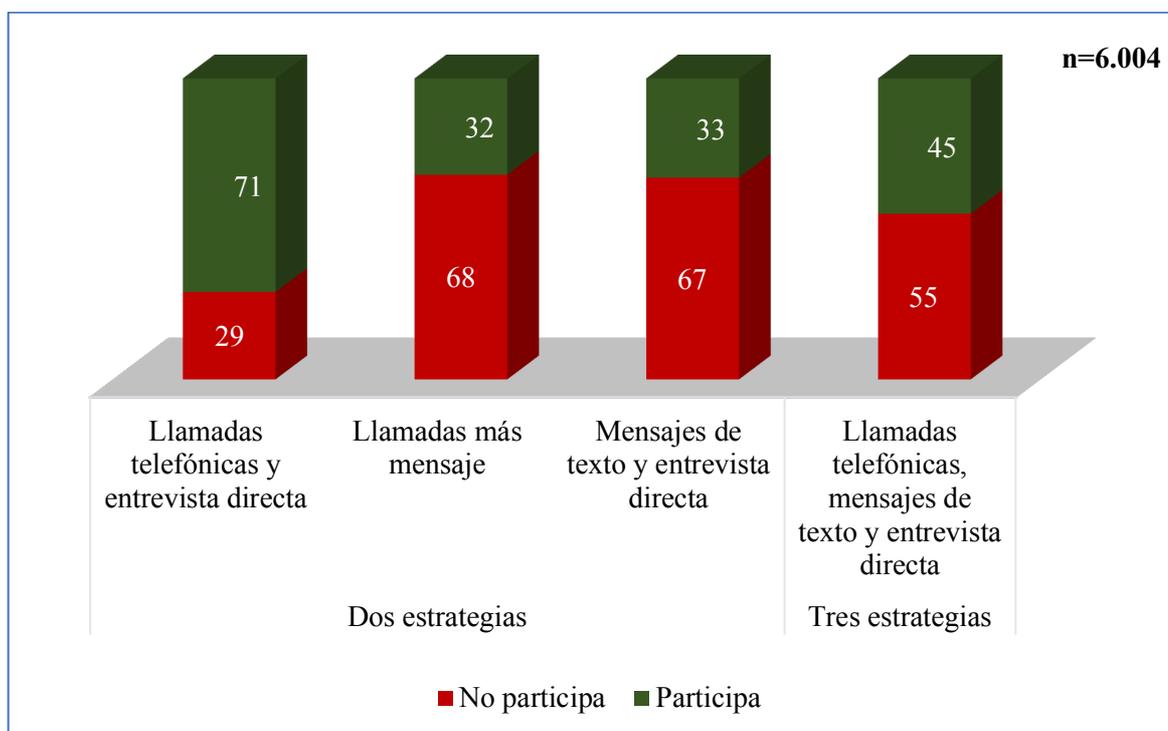


Figura 11. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias educativas de información y comunicación combinadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

Además, de las estrategias establecidas, un total de 709 mujeres participaron por medio de estrategias adicionales que surgió durante el reclutamiento, de las cuales, 574/709 mujeres participaron de la prevención del cáncer de cuello uterino referidas por terceros (81%), 69/709 mujeres fueron captadas en el momento (10%) y 66/709 mujeres fueron invitadas por agentes de salud local (9%), Figura 12.

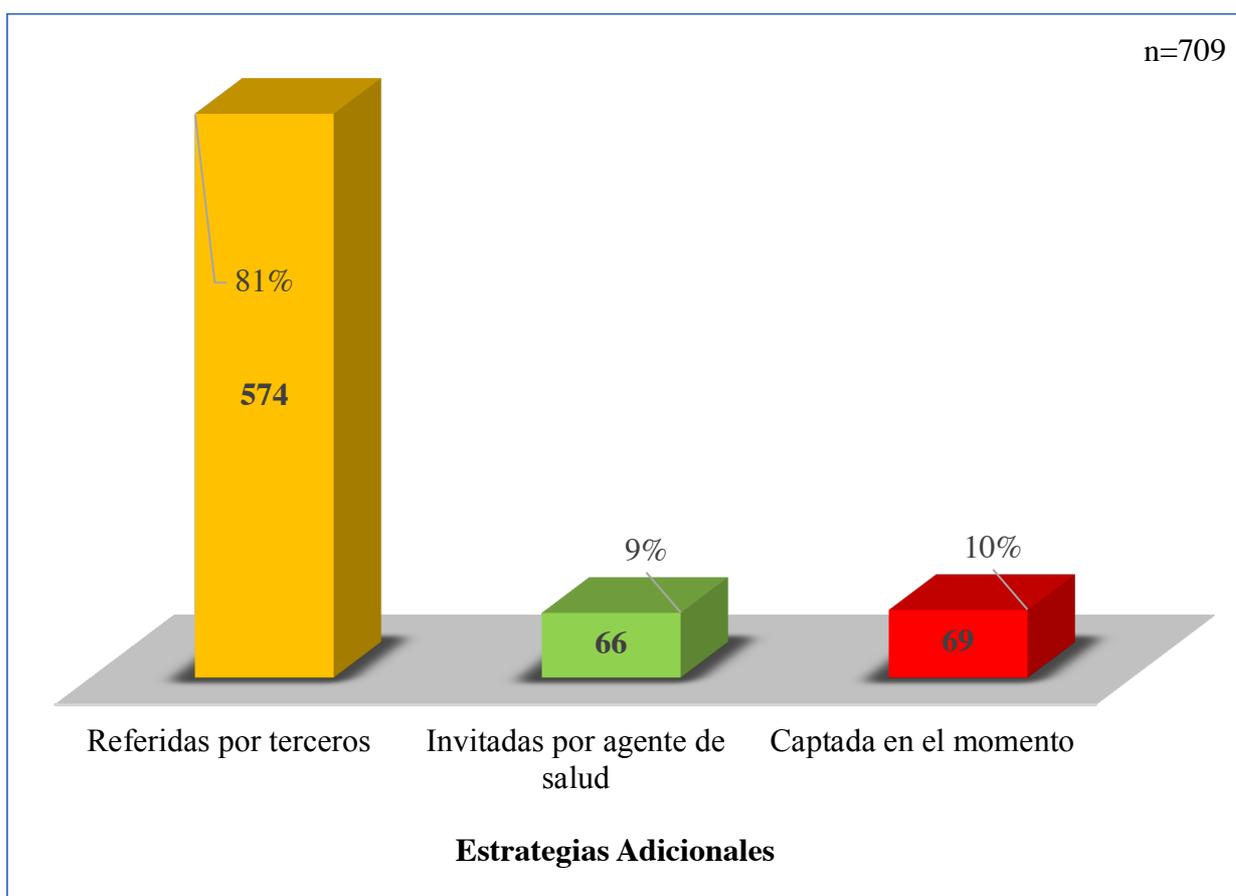


Figura 12. Participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según estrategias adicionales implementadas. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

4.1.5. Análisis de la relación entre el tipo de estrategia implementada y la frecuencia de participación de la mujer

En relación a las estrategias individuales implementadas en la estrategia de mensaje de texto fue la que obtuvo un menor porcentaje de participación (12%). Al comparar mensajes de texto con tríptico o llamadas telefónicas o entrevistas directas en todos los casos fueron observadas diferencias altamente significativas presentando valores de RR del 1,9; 1,71 y 1,57 respectivamente (Tabla 9).

Tabla 9. Asociación entre estrategias educativas de información y comunicación implementadas y la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018. (n=9374 mujeres).

| Estrategias individuales | No participa de la prevención | | Participa de la prevención | | Total | p | RR (IC 95%) |
|-----------------------------|-------------------------------|----|----------------------------|----|-------|----------|--------------------|
| | n | % | n | % | | | |
| Mensaje | 601 | 88 | 84 | 12 | 685 | p<0,000 | 1,9 (1,79 - 2,13) |
| Tríptico | 314 | 45 | 386 | 55 | 700 | | |
| Total | 915 | | 470 | | 1385 | | |
| Mensaje | 601 | 88 | 84 | 12 | 685 | p< 0,000 | 1,57 (1,48 - 1,66) |
| Entrevista directa | 740 | 56 | 585 | 44 | 1325 | | |
| Total | 1341 | | 669 | | 2010 | | |
| Mensaje | 601 | 88 | 84 | 12 | 685 | p<0,000 | 1,71 (1,58 - 1,86) |
| Llamadas Telefónicas | 337 | 51 | 323 | 49 | 660 | | |
| Total | 337 | | 323 | | 660 | | |

p: probabilidad; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de Campo de la Investigación

En relación a la combinación de dos o tres estrategias educativas de información y comunicación y la participación, la implementación de llamadas telefónicas y mensajes de texto fue la que obtuvo menos participación (32%). Tabla 10. Al comparar la estrategia de llamada telefónica/mensaje de texto con llamada telefónica/entrevista directa o llamada telefónica/mensaje de texto/entrevista directa, en los dos casos se observaron diferencias altamente significativas con RR de 2,38 y de 1,24 respectivamente. No se observó diferencia significativa ($p:0,64$) en la participación de las mujeres cuando se comparó las estrategias de llamada telefónica/mensaje de texto con entrevista directa/mensaje de texto observándose un valor de RR de 1,01 (Tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre estrategias educativas de información y comunicación combinadas implementadas y la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018

| Estrategias combinadas | No participa de la prevención | | Participa de la prevención | | Total | P | RR (IC95%) |
|--|-------------------------------|----|----------------------------|----|-------|-------------|--------------------|
| | n | % | n | % | | | |
| Llamadas más mensaje | 652 | 68 | 304 | 32 | 956 | | |
| Llamadas telefónicas y entrevista directa | 498 | 29 | 1241 | 71 | 1739 | $p < 0,000$ | 2,38 (2,18 - 2,59) |
| Total | 1150 | | 1545 | | 2695 | | |
| Llamadas más mensaje | 652 | 68 | 304 | 32 | 956 | | |
| Mensajes de texto y entrevista directa | 782 | 67 | 382 | 33 | 1164 | $p = 0,64$ | 1,01 (0,95 - 1,07) |
| Total | 1434 | | 686 | | 2120 | | |
| Llamadas más mensaje | 652 | 68 | 304 | 32 | 956 | | |
| Llamadas telefónicas, mensajes de texto y entrevista directa | 1174 | 55 | 971 | 45 | 2145 | $p < 0,000$ | 1,24 (1,17 - 1,32) |
| Total | 1826 | | 1275 | | 3101 | | |

p: probabilidad; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de Campo de la Investigación

4.1.6. Análisis de la relación entre mujeres que recibieron estrategias educativas de información y comunicación (contacto directo) y la frecuencia de participación en la prevención del cáncer de cuello uterino

Al considerar la participación de las mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino con la implementación de estrategias de contacto directo, sea en forma individual o combinada (entrevista directa o llamadas telefónicas o llamadas telefónicas más entrevista directa), comparado a mensajes de textos o trípticos o mensaje de texto/tríptico se observó una diferencia altamente significativa ($p=0,000$) en la participación, obteniendo un valor de RR de 1,47; es decir, en el grupo de mujeres que no recibió contacto directo es 1,47 veces más probable que las mujeres no participen de la prevención del cáncer de cuello uterino de las que si recibieron contacto directo (Tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre estrategias educativas de información y comunicación de contacto directo y la participación de mujeres de 30 a 64 años en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018 (n=9.374)

| Estrategia de contacto directo | No participa de la prevención | | Participa de la prevención | | Total | p | RR (IC 95%) |
|--------------------------------|-------------------------------|----|----------------------------|----|-------|---------|--------------------|
| | n | % | n | % | | | |
| No | 3523 | 62 | 2127 | 38 | 5650 | p<0,000 | 1,47 (1,41 - 1,53) |
| Si | 1575 | 42 | 2142 | 58 | 3724 | | |
| Total | 5098 | | 4269 | | 9374 | | |

p: probabilidad; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de Campo de la Investigación

4.1.7. Frecuencia de motivos atribuibles a la falta de participación de las mujeres y motivos de rechazo.

Un total de 5.098/10.082 (51%) no participaron de la prevención del cáncer de cuello uterino por diversas razones, se destaca en primero lugar la dificultad de contacto (33%), seguido de falta de tiempo para el horario establecido de atención (13%), motivos laborales (12%), rechazo (11%) y otros (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de mujeres 30 a 64 años según motivos atribuibles a la no participación en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo. 2014-2018

| Razones atribuibles a la no participación | n | % |
|--|-------------|------------|
| Dificultad de contacto | 1661 | 33 |
| Falta de tiempo para el horario establecido | 683 | 13 |
| Motivos laborales | 612 | 12 |
| Fue atendida en servicios de salud fuera del estudio | 591 | 12 |
| Rechazo | 586 | 11 |
| No expresa razones | 441 | 9 |
| Motivos de salud/familiares | 269 | 5 |
| La mujer estaba con su ciclo menstrual | 177 | 3 |
| Temporalmente de viaje | 78 | 2 |
| Total | 5098 | 100 |

Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de Campo de la Investigación

Un total de 586 mujeres rechazaron participar de la prevención del cáncer de cuello uterino; de las cuales, un 94% no deseó aportar datos, rechazó la invitación y no tuvo voluntad de participar y un 6% maltrató al censista y no tuvo voluntad de saber del estudio (Figura 13).

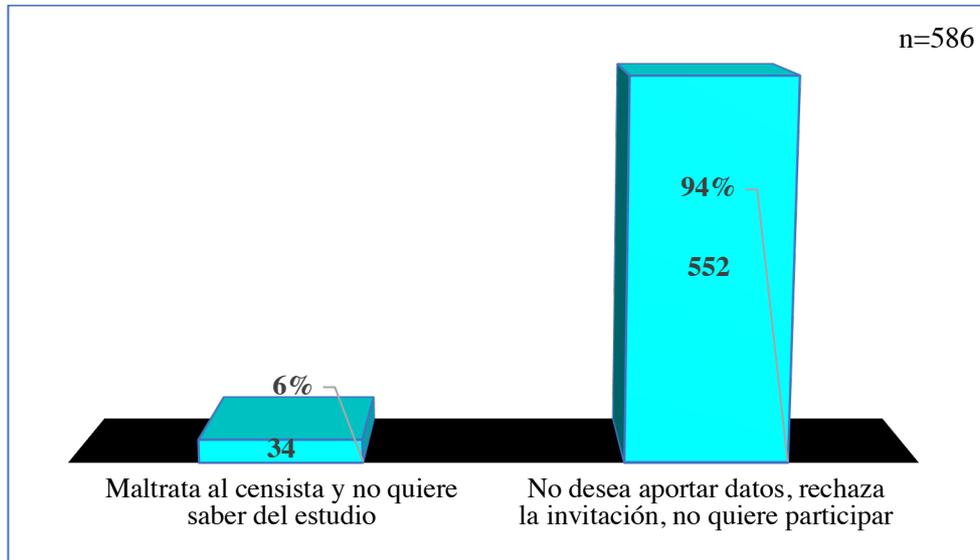


Figura 13. Distribución porcentual de mujeres de 30 a 64 años según motivo de rechazo en la participación de la prevención del cáncer de cuello uterino, Itauguá y San Lorenzo, 2014-2018. Fuente: Datos recolectados por el equipo de Trabajo de la Investigación

4.2. Interpretación de resultados

El cáncer de cuello uterino en Paraguay es un problema de salud pública, el MSPyBS reafirma sus acciones en pos de la reducción de 30% los casos y muertes por cáncer de cuello uterino, para el 2030. El cáncer de cuello uterino tiene alta incidencia, cada día, tres mujeres son diagnosticadas con esta enfermedad y al menos la mitad de ella fallecen (45). Los programas de prevención secundaria para CCU en América Latina y el Caribe no han tenido resultados esperados con una reducción importante en la morbilidad y mortalidad por CCU, como se ha observado en países industrializados de Europa y Norteamérica (113).

Con el objetivo de evaluar las potenciales estrategias educativas de información y comunicación que propician la participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino en los Distritos de Itauguá y San Lorenzo desde el año 2014, se realizó la investigación con una población total de 10.082 mujeres de 30 a 64 con quienes se implementó las estrategias establecidas.

En relación a la distribución de mujeres elegibles de 30 a 64 años la media fue de 43,98 +/- 9,58; coinciden con datos a nivel nacional, incluso en la distribución porcentual para los grupos de edades conformados; donde el 55% de mujeres corresponden a menores de 45 años; además, se visualiza un decrecimiento en todo el país a medida que aumentan los grupos de mayor edad (114).

Según el Plan de Acción sobre la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino 2018-2030, OPS-OMS, considerado en base a los antecedentes, análisis de la situación actual, propuesta del plan, se establecen cuatro líneas estratégicas de acción; siendo la segunda fortalecer la prevención primaria por medio de la información, la educación y la vacunación contra el VPH. En esta línea de acción se apunta a la movilización comunitaria, la información y la educación sobre la salud, así como la vacunación universal contra el VPH, son estrategias esenciales de prevención primaria. Es preciso fortalecer las campañas

de información y educación sobre la salud, dependiendo de las necesidades específicas de información de las personas y las comunidades, mediante la comunicación de información y mensajes científicos actualizados sobre el VPH, las vacunas contra el VPH, el cáncer cervicouterino y los cambios de comportamiento que pueden reducir los riesgos y prevenir el cáncer cervicouterino, presentados con un lenguaje sencillo, atento a las cuestiones de género, culturalmente apropiado y comprensible (115).

En la Región de las Américas, solo siete países han notificado este nivel de cobertura, por lo que hay una gran necesidad de mejorar. En el supuesto de que la situación no cambie, será imposible llegar a los 32 millones de mujeres que se estima que tienen entre 30 y 49 años en la Región, que deberían someterse a tamizaje para que se produzca un impacto en la carga de enfermedad (115)

La educación y la información sobre la salud son estrategias esenciales de prevención primaria, en el presente estudio se consideró como estrategias educativas de información y comunicación, el tríptico informativo, la entrevista directa, las llamadas telefónicas y los mensajes de texto. En Paraguay el 97,69% de la población cuenta con teléfono móvil (116); por lo tanto resulta una opción para establecer estrategias en función a su uso.

Las mujeres potencialmente elegibles identificadas a partir de un censo poblacional realizado en 16 territorios sociales fueron invitadas a participar de la prevención del cáncer de cuello uterino por diferentes estrategias individuales o combinadas (9.373/10.082) y estrategias adicionales 709/10.082. Varios estudios han evaluado la aplicación de estrategias como llamadas telefónicas, envío de mensaje, de manera individual obteniendo diferentes porcentajes de participación, sin embargo, existen pocos estudios a nivel mundial que evalúen las estrategias de manera individual y combinada como el presente estudio (117–120).

En relación a las 10.082 mujeres elegibles invitadas a la prevención del cáncer de cuello uterino se observó un promedio de participación del 49% la cual es más que el doble de cobertura nacional detectada en el año 2012 del 20% (121). El porcentaje de participación fue variante por territorio social, de 35% a 73%, varios posibles factores entre los que se encuentran el tiempo variable de días de censo, días de reclutamiento (Tabla 7), clima tanto frío como tiempos calurosos. La edad media de participación fue de 43,8. Esto pudo deberse a la distribución de grupos etarios coincidente con el país, donde el censo poblacional muestra que el grupo más frecuente son las menores de 45 años (114).

Entre las estrategias individuales, la mayor participación fue con la utilización de trípticos informativos (55%), seguidos de llamadas telefónicas y entrevistas directas. Estos resultados concuerdan con lo observado en otros estudios donde la utilización de trípticos informativos demostró estimular una mayor participación. El estudio Dela Cruz (122) sobre el desarrollo de un tríptico informativo sobre la vacuna de VPH observó que aproximadamente 90% de los padres encontró el tríptico fácil de leer e informativo, manifestando que el mismo aumentará su conocimiento sobre la vacuna de VPH y su intención de vacunar a su hijo. Un estudio observó que a través de una intervención realizada enviando información en trípticos a madres cuyas hijas estaban en edad de tamizaje de cáncer de cuello uterino, aumentó significativamente la participación de las hijas (123). Cabe mencionar, que la estrategia de trípticos tuvo un porcentaje alto de participación proveniente de las casas cerradas 255/386 (66%), lo cual sugiere que especialmente en estas situaciones podría ser utilizado para lograr mayor participación.

En relación a las llamadas telefónicas, el estudio de Marques Lima et al., 2017 (119), que utilizó la estrategia de llamadas telefónicas para aumentar la adherencia de 524 mujeres de 25 a 64 años que iniciaron las relaciones sexuales que no asistieron regularmente a su examen colpo-citológica y cuyo teléfono se encontraba registrado en el centro de salud,

logrando a través de llamadas telefónicas en este grupo que 326 (62,2%) de mujeres participen de dicho estudio. La diferencia observada en porcentaje puede atribuirse a que en el presente estudio los datos de las mujeres fueron obtenidos a partir de un censo y no necesariamente de las que alguna vez fueron al centro de salud, además algunas poseían estudios actuales realizados en otros centros, entre otras cosas, esto pudo haber influido en el menor porcentaje observado (49%). Otros estudios también han observado que la utilización de llamadas telefónicas resulta en una mayor participación al tamizaje de cáncer de cuello uterino en comparación a grupos controles; 13.0 PP aumento; OR =1.73; 95% CI, 1.31, 2.27; $p \leq 0.001$ (124) y 7.0 PP aumento; $p < 0.001$. (125)

En el estudio, con la estrategia de entrevista se observó un 44% de participación. Estudios han demostrado que el contacto directo posee un gran impacto, así Arrossi (126), observó que luego de realizar un tamizaje utilizando la prueba de VPH un 30% de las mujeres acudieron a sus estudios de seguimiento luego de 4 meses, sin embargo, con visitas domiciliarias y entrevistas realizadas por el personal de salud esta participación aumentó al 77% al cumplirse 12 meses.

Short Message Service (SMS) recordatorios pueden aumentar significativamente la realización de conductas preventivas, por ejemplo, en el cáncer de piel, mama, entre otros (118,127–129). Firmino-Machado et al., (120) observó que la adherencia a prevención de cáncer de cuello uterino fue significativamente mayor entre mujeres que recibieron mensajes/llamadas telefónicas automatizadas y recordatorios automatizados (39.0% vs. 25.7%, $p < 0.001$) con una diferencia del 13.3% (95% CI 8.1 to 18.5) comparado a mujeres que recibieron una carta de invitación al tamizaje, sugiriendo que esta estrategia independiente del operador de bajo costo podría contribuir a la sustentabilidad de programas organizados de tamizaje.

Sin embargo, en el presente estudio la utilización de mensajes contribuyó solo a un 12% de la participación. Esto pudo deberse a que los mensajes fueron solamente utilizados en mujeres con quienes no se pudo contactar vía telefónica, lo cual pudo haber contribuido en que se trate de un grupo sesgado de mujeres con tendencia a falta de contacto (no existe un control si el mensaje fue leído), falta de interés en participar, entre otros. Sería interesante aumentar el número de trabajos locales con miras a evaluar la utilización de mensajes como una estrategia de aumentar la adherencia de mujeres a métodos de tamizaje.

En relación a las estrategias combinadas, la utilización de entrevistas directas más llamadas telefónicas es lo que más participación tuvo, puede deberse porque en ambas estrategias la comunicación fue directa con la mujer; la misma recibió suficiente información y tiene la posibilidad de interactuar y aclarar sus dudas; además en la entrevista directa la oportunidad de acercamiento es mayor, un segundo contacto, la vía telefónica genera mayor posibilidad de aceptación por parte de la mujer de participar de la prevención por el conocimiento previo.

Estudios han demostrado que la combinación entre visita de trabajadores de salud y la utilización de tecnología móvil (celulares) para prevención de cáncer de cuello uterino es muy novedoso. El uso de recordatorios por ejemplo es una nueva estrategia para informar a las mujeres VPH positivas sobre su resultado, ya que reduce el tiempo de entrega y fortalece la confianza en el sistema de salud, al mismo tiempo que reduce olvido, en mujeres muy ocupadas a causa del trabajo (126,130–132).

En relación a la combinación de al menos dos estrategias, tuvo una participación global del 50%; la combinación de llamadas telefónicas/mensajes o mensajes/entrevista directa tuvieron menor participación que entrevista directa/llamadas telefónicas, en la combinación de cualquiera de las estrategias con mensaje con mensajes es un grupo sesgado que no asistió ni por llamada , ni por tríptico ya que solo se utilizó mensaje en las mujeres

donde las otras estrategias no funcionaron para ir al reclutamiento o en mujeres donde no se logró el contacto vía telefónica. Se destaca la alta participación de las mujeres que recibieron entrevista directa/llamadas telefónicas (71%).

La combinación de tres estrategias entrevista directa/llamada telefónica/mensajes fue comparable con llamada/mensaje siendo significativo la mencionada combinación.

En el momento de las actividades de prevención participaron también mujeres que asistieron con estrategias adicionales referidas por terceros, captadas en el momento o invitadas por agentes de salud local, ninguna estrategia debe desestimarse para aumentar la participación de las mujeres y darle la oportunidad de prevenir el cáncer de cuello uterino; todos los esfuerzos deben considerarse para aumentar la cobertura.

El 51% de mujeres no participaron de la prevención pese a que todas recibieron estrategias sean individuales o combinadas. El principal motivo de la no participación fue la dificultad del contacto con las mismas (33%), como desvíos de llamadas, error en el número telefónico, número inexistente, fuera de área, o sonaban los teléfonos sin ser atendidas las llamadas. Pudo deberse al horario de llamadas que en la mayoría de los casos se realizaba en horas de la mañana, errores al registrar el número de teléfono, a los cambios constantes de números de teléfonos móviles; o a veces por temor a atender llamadas de números desconocidos. Estos resultados sugieren la necesidad de consultar por al menos un número de contacto que facilite cualquier información sobre la mujer potencialmente elegible. Esta dificultad de contacto telefónico pudo haber influenciado en el grado de conocimiento de la mujer sobre la importancia de realizarse los estudios de prevención de cáncer de cuello uterino. Lima et al., 2017 observó que la falta de participación en estudios de prevención de cáncer de cuello uterino puede asociarse con un conocimiento inapropiado, evidenciándose que el 83.3% de las mujeres que no acudieron a realizarse el estudio indicado no conocían que era el VPH o dieron conceptos erróneos (119).

Entre las personas que pudieron ser contactadas los motivos de no participación fueron falta de tiempo, motivos laborales, asistencia a otros servicios de salud, entre otros. Esto pudo deberse a que por disponibilidad de las USF y del equipo de trabajo de salud el reclutamiento fue realizado solo en el turno mañana, y en cada territorio fue programado un día sábado de manera a posibilitar mayor participación de las que trabajan; por tanto, existieron mujeres con disponibilidad de horario en otros momentos que no pudieron asistir. En este sentido, las mujeres desconocen la Ley N° 3803 que otorga licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolaou y mamografía (41) y que goza de licencia remunerada de un día laborable en cada año; a las mujeres participantes trabajadoras, se les proporcionó una constancia de participación, para presentar en sus respectivos trabajos. Pimentel (133) observó que aproximadamente el 40,8% de las mujeres mencionaron que el mayor impedimento para asistir con regularidad a realizarse sus estudios de seguimiento fue la dificultad de agendamiento para la examinación en la unidad de cuidado de salud. También otros estudios han identificado como motivos de no participación la falta de cuidado, el tiempo, el interés, la negligencia, la vergüenza de realizarse el estudio, el miedo de ir al médico, ausencia de síntomas, entre otros (118,119).

El porcentaje global de rechazo fue del 5,8% (586/10082), donde la mayoría de las mujeres no quisieron aportar datos, rechazaron la invitación y manifestaron que no desean participar de la prevención. Un estudio acerca de las creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje del total de mujeres que fueron invitadas a participar (n=1453) el 17,7% rechazó ingresar al estudio (n=257). Estos resultados sugieren la importancia de identificar en la población de estudio, los motivos de no participación a fin de fortalecer campañas de prevención de cáncer de cuello uterino.

CONCLUSIONES

En relación a la *distribución de mujeres por edad* de las 10.082 mujeres incluidas la edad media fue de 43,98 +/- 9,58 años; con predominio del grupo de 30 a 34 años (21%), descendiendo a mayor edad hasta un 8% del grupo de 60 a 64 años. La mayoría de las mujeres (55%) correspondieron a mujeres menores de 45 años.

En relación a las *estrategias educativas de información y comunicación* fueron implementadas de forma individual en 33%, combinadas con dos estrategias en el 38%; con tres estrategias en el 21% y con estrategias adicionales en el 7% de las 10.082 mujeres totales. Entre las 3.370 mujeres que recibieron estrategias individuales, la más frecuentemente implementada fue entrevista directa en 39,3% de las mujeres, seguida de trípticos en el 20,8%, mensajes en el 20,3% y llamadas telefónicas en el 19,6%. La totalidad de las mujeres recibieron algún tipo de estrategia, sea individual o combinadas.

En relación a la *frecuencia de participación de mujeres en la prevención de cáncer de cuello uterino* se observó una media de participación global del 49% (4.984/10.082 mujeres) siendo la mínima participación del 35% y la máxima de 73%.

En cuanto a la *frecuencia de participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino según tipo de estrategias* un 41% de mujeres participaron con las estrategias individuales, un 50% con 2 estrategias y un 45% con 3 estrategias. En el caso de estrategias adicionales se observó un 100% de participación. En relación a las estrategias individuales, se observó mayor porcentaje de participación del 55% con la utilización de tríptico; seguido de llamadas telefónicas (49%); entrevista directa (44%) y mensaje de texto (12%). Un total de 709 mujeres participaron por medio de estrategias adicionales que surgió durante el reclutamiento, de las cuales, 81% fueron referidas por terceros, 10% captadas en el momento y 9% invitadas por agentes de salud local, resaltando la importancia de la

invitación por terceros y la necesidad de participación de agentes de salud locales para aumentar la participación de las mujeres en el tamizaje.

Al analizar si *existe asociación entre el tipo de estrategia implementada y la frecuencia de participación de la mujer*, al comparar mensajes de texto con tríptico o con llamadas telefónicas o con entrevistas directas en todos los casos fueron observadas diferencias altamente significativas presentando valores de RR del 1,9; 1,71 y 1,57 respectivamente, sugiriendo estas diferencias la importancia en la utilización de entrevistas directas como estrategia para propiciar la mayor participación.

En relación la existencia de *asociación entre mujeres que recibieron estrategias educativas de información y comunicación (contacto directo) y la frecuencia de participación* en la prevención del cáncer de cuello uterino; la de mayor participación entre las estrategias combinadas fue la entrevista directa y llamada telefónica con un 71% de participación; siendo la combinación de llamada más mensaje de texto, con un 32% la de menor participación. Al comparar la estrategia de llamada telefónica/mensaje de texto con llamada telefónica/entrevista directa, se observó un RR de 2,38. Además, se observó que en el grupo de mujeres que no recibieron estrategias de contacto directo (mensajes de textos o trípticos o mensaje de texto/tríptico) es 1,47 veces más probable que las mujeres no participen de la prevención del cáncer de cuello uterino, de las que si recibieron contacto directo (entrevista directa o llamadas telefónicas o llamadas telefónicas/entrevista directa) ($p < 0,000$). Estos resultados sugieren que, ante todas las estrategias implementadas, las que tuvieron contacto directo con las mujeres; sea entrevista directa y/o llamadas telefónicas fueron las más efectivas; lo cual puede indicar que la comunicación personal sigue siendo de primera elección de las mujeres.

Al identificar los *motivos atribuibles a la falta de participación y rechazo de las mujeres*, de las 5.098 mujeres que no participaron de la prevención del cáncer de cuello uterino, entre los motivos se destacó la dificultad de contacto (33%), seguido de falta de tiempo para el horario de atención (13%), motivos laborales (12%) y otros.

En suma, la presente investigación es el primer estudio local de análisis de implementación de estrategias educativas de información y comunicación cuyos resultados sugieren que la utilización de la combinación de entrevistas directas y llamadas telefónicas podrían lograr un porcentaje significativamente mayor de participación de mujeres en el tamizaje de cáncer de cuello uterino obteniéndose con estos resultados evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula. Además, debe considerarse que estrategias adicionales podrían implementarse para fortalecer la participación a través de la invitación por terceros y por agentes de salud local. Finalmente, éstos resultados servirán como base para diseñar modelos de programas de tamizaje, buscando fortalecer la cobertura y así lograr un mayor impacto en la prevención del cáncer de cuello uterino en el país. La educación es la clave para la prevención del cáncer de cuello uterino.

RECOMENDACIONES

Esta línea de investigación debe proseguir con:

Análisis de otras variables como: duración del censo, distancia de las viviendas de mujeres del lugar de toma de muestra, entre otras, éstos pudieron haber influenciado en el porcentaje de participación.

Análisis de estrategias por población incluida.

Análisis de nuevas estrategias que propicien la participación como por ejemplo la utilización de mensajes de texto, sistema de información geográfica, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paidican Soto M. La educación según la Unesco [Internet]. Vol. 1. 2016. 1–5 p. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/309728605>
2. Pérez Jarauta MJ, Ozcoidi ME, Irure EA, Martí JCS. Manual de Educación para la Salud [Internet]. Navarra: ONA Industria Gráfica; 2006. 188 p. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
3. León A. Qué es la educación. Rev Educere [Internet]. 2008; 11:595–604. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>
4. Perea Quesada R. Promoción y educación para la salud. Algunos pilares básicos. In: Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras [Internet]. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2009. p. 1–106. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479789145.pdf>
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación. Educación para la salud y el bienestar [Internet]. Francia: UNESCO; 2016. 25 p. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002464/246453s.pdf>
6. Chan M. La educación y la salud están íntimamente unidas. In: Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. Nueva York: Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
7. Serrano I. La educabilidad de la salud. ¿Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad? In: La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud [Internet]. España: Editorial Díaz de Santos; 2017. p. 23–32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=652285>
8. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino [Internet]. Washington: PAHO; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38574>
9. Organización Mundial de la Salud. Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino [Internet]. Washington: OPS; 2016. 77 p. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-manuales-3444&alias=36609-incorporacion-prueba-virus-papiloma-humano-programas-prevencion-cancer-cervicouterino-manual-gerentes-programas-

10. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas en edad fértil. *Rev Perú Epidemiol* [Internet]. 2010;14(1):39–49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805006.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Nota de orientación de la OMS/OPS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino : un futuro más saludable para niñas y mujeres [Internet]. Washington: OPS; 2013. 16 p. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/WHO-Comprehensive-CC-prevention-women-2013-Spa.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Sección 9: Comunicación. In: Incorporación de la Prueba del Virus del Papiloma Humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino [Internet]. Washington: OPS; 2016. p. 42–7. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31223/9789275319109-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Obs Ginecol* [Internet]. 2015;80(2):101–10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000200002
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington: OPS; 2008. 17 p. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2495>
15. Rodríguez-Villamil LN, González-Zapata LI, Deossa-Restrepo GC, Carmona-Garcés IC, Monsalve-Álvarez JM, Díaz-García J. Sistematización de una estrategia de información, educación y comunicación para prevención del síndrome metabólico en profesionales del área de la salud. *Perspect en Nutr Humana* [Internet]. 2015 Jan;17(1):54–66. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/25435>
16. Agencia Internacional de Investigación en Cáncer. Estudio Multicéntrico de tamizaje y triage de cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus de Papiloma Humano (ESTAMPA) Versión de protocolo 3 .1. 2016. p. 1–70.
17. Kasamatsu E, Rodríguez Riveros MI, Soilán AM, Ortega M, Mongelós P, Páez M, et al. Factors associated with high-risk human papillomavirus infection and high-

- grade cervical neoplasia: A population-based study in Paraguay. Adebamowo CA, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Jun 27;14(6):e0218016. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0218016>
18. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/es/>
 19. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cáncer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394–424.
 20. Cervix uteri Source: Globocan 2018. *Int Agency Res Cáncer* 2018. 2019;876.
 21. Noreña-Quiceno C, Stella Tamayo-Acevedo L. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan* [Internet]. 2006;10(1):52–68. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n1/v10n1a06.pdf>
 22. Reyes Zuñiga YI, Sanabria Negrín JG, Marrero Fernández R. Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2014;18(5):753–66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1561-31942014000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales [Internet]. Washington; 2016. 292 p. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1
 24. Páez B M, Rodríguez Riveros MI, Kasamatsu E, Castro A, Oreé E, Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2016;48(1):37–44. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5400/5649>
 25. Enria G, Fleitas M, Staffolani C. El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud. *Humanidades y Ciencias Soc* [Internet]. 2010;XXI (41):49–71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/145/14515335003.pdf>
 26. Alves SR, Alves AO, Assis MCS de. Popular education in health as a strategy for adherence to pap smear screening. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2016;15(3):570.

Disponible en:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27125>

27. Cortés García CM. Cáncer de cuello uterino: una enfermedad de mujeres con perspectiva de género. Reflexiones para el trabajo en salud pública. Semin Int Fazendo GêneroAnais Eletrônicos) [Internet]. 2013;10:2179–510. Disponible en: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1381510088_ARQUIVO_cLAUDIAgARCIA.pdf
28. Junta de Castilla y León. Estrategia regional contra el cáncer en Castilla y León [Internet]. Castilla y León: BN Comunicación; 2007. 118 p. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-regional-cancer>
29. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional De Normas Y Procedimientos para La prevención y el control del cáncer del tracto genital inferior femenino [Internet]. Asunción: AGR Editorial; 2015. 84 p. Disponible en: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Manual de Normas y Procedimientos para la prevencion y tratamiento del Cáncer de tracto genital inferior femenino.pdf>
30. Fonetenele P, Silva S, Pires C, Da Costa P, Bezerra AK, Aquino P. Music as technology in cervical cancer prevention. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(1):180–6.
31. Rojas Y, Domínguez C, Sosa N. Educational strategy for the precocious prevention of the cancer uterine cérvico . *Cienfuegos* . 2016. In: XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/view/326>
32. Cuevas-Martínez ML, Vega-Pérez ML, Tamez-Rodríguez AR, Castañeda-Sánchez O. Factores de riesgo que retrasan la participación en el programa “Detección oportuna de cáncer cervicouterino.” *Atención Fam* [Internet]. 2016 Oct;23(4):134–8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887116301481>
33. Castro Carreño Y, Falcón Díaz M, Valdés Iwasaky K, Díaz Molleda C, Martínez Martínez TG. Estrategia de intervención sobre la percepción de factores epidemiológicos del cáncer cervicouterino. *Rev Cuba Obs Ginecol* [Internet]. 2015;41(3):266–74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000300008&lng=es.
34. Fontenele de Paula P, Silva Bezerra dos Anjos S de J, Viana Lucena S, Oliveira Catunda, Hellen Livia De Souza Aquino P, Bezerra Pinheiro AK. Intervención

- educativa en la prevención del cáncer de cuello uterino: revisión integradora. *Rev enferm UFPE*. 2013;7:7133–40.
35. Vargas Nueva TB, Montero Reyes M de los À, Quesada Sánchez MS, Céspedes MC. Cáncer cérvico uterino. Influencia de un programa educativo. *Multimed*. 2012;16(1):16.
 36. Riquelme H G, Concha P X, Urrutia S MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(2):111–5.
 37. Wang X, Fang C, Tan Y, Liu A, Ma GX. Evidence-Based Intervention to Reduce Access Barriers to Cervical Cancer Screening Among Underserved Chinese American Women. *J Women's Heal* [Internet]. 2010 Mar;19(3):463–9. Disponible en: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2009.1422>
 38. Perkins RB, Langrish S, Stern LJ, Simon CJ. A community-based education program about cervical cancer improves knowledge and screening behavior in Honduran women. 2008;22(3):187–93.
 39. Constitución Nacional del Paraguay. 1992.
 40. Poder Legislativo. Ley 3331 que crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama. 2007 p. 3.
 41. Poder Legislativo. Ley 3803 que otorga licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolau y Mamografía. 2009 p. 1.
 42. Poder Legislativo. Ley 6266 de atención integral a las personas con cáncer. 2018 p. 7.
 43. Diario La Nación. Test para prevenir el cáncer de cuello uterino. 2017;1. Disponible en: <https://www.lanacion.com.py/pais/2017/03/15/cancer-de-cuello-uterino/>
 44. Ñanduti Diario Digital. Mujeres deben realizarse el PAP para evitar el cáncer de cuello uterino. 2019;1. Disponible en: <http://www.nanduti.com.py/2019/02/26/mujeres-deben-realizarse-pap-evitar-cancer-cuello-uterino/>
 45. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay reafirma compromiso de disminuir los índices de cáncer cérvico uterino [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 21]. Disponible en:

<https://www.mspbs.gov.py/portal/17773/paraguay-reafirma-compromiso-de-disminuir-los-indices-de-cancer-cervico-uterino.html>

46. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Mujeres de Alto Paraná acceden a Test de VPH. 2019; Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/18977/mujeres-de-alto-parana-acceden-a-test-de-vph.html>
47. Orjuela O. La educación para la salud: programas preventivos. Buenos Aires: El Manual Moderno; 2009. 1–60 p.
48. Tünnermann BC. Modelos educativos y académicos [Internet]. Nicaragua: Editorial Hispamer; 2008. 133 p. Disponible en: <http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Coaching/%5BPD%5D Libros - Modelos educativos y academicos.pdf>
49. Pérez I. La participación comunitaria como modelo de intervención en educación para la salud. Madrid: Narcea; 2015.
50. Delgado-Tornés A, Martínez-Tena A, Illescas-Nájera I, Rosas-Nexticapa M. La intervención socioeducativa para el fortalecimiento de las comunidades. Rev Santiago [Internet]. 2013;(133):41–56. Disponible en: <https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2015/12/santiago.pdf>
51. Gómez SM. Consideraciones epistemológicas sobre el campo pedagógico y las prácticas educativas. In: I Encuentro Internacional de Educación. 2014. p. 561–5.
52. Padilla Y, Acosta J, Perozo D. Paradigmas socio-educativos. Una síntesis referencial para un modelo educativo basado en la teoría de la complejidad. Alteridad. 2017;11(1):11.
53. Apodaca-Orozco G, Ortega-Pipper LP, Verdugo-Blanco LE, Reyes-Barribas LE. Educational Models: a Challenge for Health Education. Rev Ra Ximhai. 2017;13(2):11.
54. González-Montero GM, Lara-Gallardo MP, González-Martínez JF. Modelos educativos en medicina y su evolución histórica. Rev Esp Méd Quir. 2015;20(2):256–65.
55. Woolfolk A. Psicología Educativa [Internet]. México: Pearson Educación; 2010. 647 p. Disponible en: <https://crecerpsi.files.wordpress.com/2014/03/libro-psicologia-educativa.pdf>

56. Solano Alpizar J. Educación y Aprendizaje [Internet]. Costa Rica: Impresora Obando; 2002. 164 p. Disponible en:
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan031175.pdf>

57. García L. Reflexiones sobre la pedagogía de Vigotsky. Contrib a las Ciencias Soc [Internet]. 2017;X(1):10. Disponible en:
<http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/vigotsky.html>

58. Ocaña A. Modelos Pedagógicos y Teorías del Aprendizaje. Ediciones la U [Internet]. 2017;(December). Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Alexander_Ortiz_Ocana/publication/315835198_Modelos_Pedagogicos_y_Teorias_del_Aprendizaje/links/58eafa4ca6fdccb4a834f29c/Modelos-Pedagogicos-y-Teorias-del-Aprendizaje.pdf

59. Esteve O. Entre la práctica y la teoría. Ikastaria [Internet]. 2013;(19):13–36. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/ikas/19/19013036.pdf>

60. Radford L. De la teoría de la objetivación. Rev Latinoam Etnomatemática [Internet]. 2014;7(2):132–50. Disponible en:
<https://www.revista.etnomatematica.org/index.php/RevLatEm/article/view/123>

61. Barrios-Tao H. Neurociencias, educación y entorno sociocultural. Educ y Educ [Internet]. 2016 Nov 1;19(3):395–415. Disponible en:
<http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/5839/4390>

62. Palmero ML. La teoría del aprendizaje significativo. In: Proc of the First Int Conference on Concept Mapping. 2004. p. 10.

63. Ausubel D. Significado y aprendizaje significativo. In: Psicología Educativa Un punto de vista cognoscitivo. 2010. p. 23.

64. Rodríguez M. La teoría del aprendizaje significativo: una revisión aplicable a la escuela actual [Internet]. Vol. 3, Revista Electrónica de Investigación e Innovación Educativa y Socioeducativa. 2011. 29–50 p. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3634413>

65. Ordioñez J. La pedagogía de la esperanza latinoamericana. Fac Ciencias Soc Univ Costa Rica [Internet]. 1997;62(1):654. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796400>

66. Ocampo J. Paulo Freire y la pedagogía del oprimido. Rev Hist la Educ Latinoam

- [Internet]. 2008;(10):57–72. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf>
67. Carreño M. Teoría y práctica de una educación liberadora: el pensamiento pedagógico de Paulo Freire. *Cuest pedagógicas Rev ciencias la Educ* [Internet]. 2009;(20):195–214. Disponible en:
https://institucional.us.es/revistas/cuestiones/20/art_10.pdf
 68. Gómez M. Ideas filosóficas que fundamentan la pedagogía de Paulo Freire. *Rev Iberoam Educ* [Internet]. 2008;46:155–73. Disponible en:
<https://rieoei.org/historico/documentos/rie46a08.htm>
 69. Verdeja, M. Gonzalez XA. Aportaciones de la pedagogía de Paulo Freire a la educación intercultural. *Rizoma freireano* [Internet]. 2016;(21):2–12. Disponible en:
<https://rieoei.org/RIE/article/view/2854>
 70. Fortuny M, Gallego J. Educación para la salud. *Rev Educ*. 2008;287–306.
 71. Morón JA. Promoción y educación para la Salud: Balance y perspectivas. In: *Investigar e intervenir en educación para la salud*. Madrid: Narcea; 2015. p. 20.
 72. Valadez Figueroa I, Villaseñor Farías M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Rev Educ y Desarro*. 2014;1(1):43–8.
 73. Rodríguez Torres Á, Páez Granja R, Altamirano Vaca EJ, Paguay Chávez WF, Rodríguez Alvear C, Calero Morales S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud Health promotion: New educational perspectives. *Educ Médica Super*. 2017;32(4):1–11.
 74. Perea Quesada R. Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. *Rev la Fac Educ* [Internet]. 2011;XXI(4):480. Disponible en:
<http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/361>
 75. Sánchez-Martos J. Marco conceptual de la promoción y educación para la salud. In: *Métodos y medios en promoción y educación para la salud* [Internet]. España: Universitat Oberta de Catalunya; 2008. p. 25–62. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=676492>
 76. Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Diaz Santos; 2009. 268 p.

77. Gamella C. Educación para la salud individual frente a la grupal. In: Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona: UOC; 2008. p. 129–46.
78. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2019. p. 4.
79. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Publica Mex.* 2010;52:544–59.
80. Rodrigues B, Holzmann A, Santos A, Lima C, Gonçalves R, Santos S. Infección por el Virus del Papiloma Humano. *Enfermería Glob.* 2016;15(44):1–12.
81. Tamayo LS, Chávez G, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia y Colima, 2008. *Estud sobre las Cult Contemp.* 2008;XVI(32):41–61.
82. Lizano-Soberón M, Carrillo García A, Contreras Paredes A. Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Inst Nac Cancerol.* 2009;4:205–16.
83. Espín Falcón CJ, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, Olano Rivera M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2012;28(4):735–46.
84. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Prevención del Cáncer cervicouterino [Internet]. 2008. Disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/RH_outlook_27_2_sp.pdf
85. Arzuaga-Salazar MA, de Souza M, Azevedo Lima VL. El cáncer de cuello de útero: Un problema social mundial. *Rev Cubana Enferm.* 2012;28(1):63–73.
86. Rodríguez González D, Pérez Piñero CJ, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2014;40(2):218–32.
87. Cifuentes LY, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Av en Enfermería.* 2014;XXXII(1):63–71.
88. Cordero Martínez J, Madelaine PG. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo

- para el cáncer cervicouterino Altered Pap's smears results and some risk factors for cervix uteri cancer. *Rev Cuba Ginecol y Obstet.* 2015;41(4):350–64.
89. Romero JIC, Girón CH, Marina VM. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino: Evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(9):533–9.
 90. Núñez-Troconis J. Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(2):144–52.
 91. Organización Mundial de la Salud. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino: Manual para gestores. Seattle: ACCP; 2009. 288 p.
 92. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llagó S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino Cervical Cancer Prevention and Control. *Correo Científico Médico de Holguín.* 2017;(1):187–203.
 93. Rivera Rodríguez, Hugo Alberto Malaver Rojas MN. ¿Qué estudia la estrategia? *Doc Investig.* 2011;3(99):8–13.
 94. Contreras ERS. El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. *Pensam Gestión.* 2013;(8):152–81.
 95. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de promoción de Salud [Internet]. Shanghai, China: Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Organización Mundial de la Salud; 2018. p. 9–14. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/events/2016/health-promotion/es/>
 96. Ceballos C, Cortés C, Donoso I. Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2008. 50 p. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=668563&indexSearch=ID>
 97. Díaz H, Uranga W. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Rev Comun y Salud.* 2011;1(1):113–24.
 98. Mosquera M. Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias [Internet]. Whashington: OMS; 2010. p. 1–15. Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/mosquera_2003.pdf

99. Franco-Giraldo Á. Promoción de la salud (PS) en la globalidad. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(2):193–201.
100. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política de promoción de la Salud [Internet]. Asunción: DR Creativo; 2017. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dgps/adjunto/f4377e-politicadepromociondelasalud2.PDF>
101. Díaz HA. La Comunicación en la Educación para la Salud. *Rev Esp Comun Salud*. 2014;5(1):8–13.
102. González Martínez A. La comunicación en salud : un campo en construcción en México y América Latina . Recuento y reseña de productos finales recientes elaborados. *R Electr Com Inf Inov Saúde*. 2013;6(4).
103. Folios R. Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Rev Folios*. 2007;13–29.
104. Cuesta U, Menéndez T, Ugarte A. *Comunicación y Salud*. Madrid: Editorial Complutense; 2011. 201 p.
105. Renaud L, Rico de Sotelo C. Comunicaciones y Salud: paradigmas rivales. *J Obs* [Internet]. 2007;1(2):11. Disponible en: <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/66>
106. Ministerio de Salud de Nicaragua. Guía de Conocimiento y técnica básica de IEC para actividades de educación a la comunidad [Internet]. Nicaragua: OMS; 2010. 28 p. Disponible en: https://www.jica.go.jp/project/nicaragua/001/materials/ku57pq0000126ws5-att/guideline_02_01.pdf
107. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de planificación participativa [Internet]. Asunción: Prosalud; 2007. 1–64 p. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=68-guia-de-planificacion-participativa-de-estrategias-de-comunicacion-en-salud-1&Itemid=253
108. Méndez Rodríguez M, Echemendía Tocabens B. La prevención en salud : posibilidad y realidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2011;49(1):135–50.
109. Organización Mundial de la Salud. Informação, educação e comunicação para a prevenção e controlo do cancro do colo do útero nos países africanos [Internet].

- República do Congo: Escritorio Regional da OMS para a Africa; 2015. 90 p.
Disponibile en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272303>
110. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en el Uruguay [Internet]. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer; 2007. 9 p. Disponible en:
<https://www.sguruguay.org/documentos/msp-programa-prevencion-cancer-cuello-uterino-estrategia-manual-procedimientos.pdf>
 111. Organización Mundial de la Salud. Advocacia para a prevencao e controlo do cancro do colo do útero em África [Internet]. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África; 2015. 125 p. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272301>
 112. Roberto Hernández Sampieri; Collado CFM del PBL. Metodología de la Investigación. 6ta. México D.F.: McGraw Hill; 2014.
 113. Kasamatsu E, Páez MI. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2006;4(2):58–63.
 114. Paraguay. Dirección General de Estadística Encuestas y Censos. Compendio Estadístico 2017 [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/compendio2017/CompendioEstadistico2017.pdf>
 115. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cérvicouterino [Internet]. Whashington: OPS; 2008. 34 p. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45802-cd56-9-s-pda-cancer-cervicouterino-802&Itemid=270&lang=es
 116. Paraguay. Dirección General de Estadística Encuestas y Censos. Resultados Principales de la EPH 2017 [Internet]. 2017. Disponible en:
[https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/resultados de la EPH/11. CENTRAL/2. Principales Resultados 2017.pdf](https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/resultados%20de%20la%20EPH/11.%20CENTRAL/2.%20Principales%20Resultados%202017.pdf)
 117. Zhang J, Le G, Larochelle D, Pasick R, Sawaya GF, Sarkar U, et al. Facts or stories? How to use social media for cervical cancer prevention: A multi-method study of the effects of sender type and content type on increased message sharing. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2019 Sep;126:105751. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743519302270>

118. Linde DS, Andersen MS, Mwaiselage JD, Manongi R, Kjaer SK, Rasch V. Text messages to increase attendance to follow-up cervical cancer screening appointments among HPV-positive Tanzanian women (Connected2Care): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2017 Dec 21;18(1):555. Disponible en: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-017-2215-x>

119. Lima TM, Nicolau AIO, Carvalho FHC, Vasconcelos CTM, Aquino P de S, Pinheiro AKB. Telephone interventions for adherence to colposcycological examination. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017;25. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100307&lng=en&tlng=en

120. Firmino-Machado J, Varela S, Mendes R, Moreira A, Lunet N, Carmo A, et al. Stepwise strategy to improve cervical cancer screening adherence (SCAN-Cervical Cancer) – Automated text messages, phone calls and reminders: Population based randomized controlled trial. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2018 Sep;114:123–33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743518301944>

121. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de normas y procedimientos para la prevención y el control [Internet]. Asunción: OPS; 2010. 120 p. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=122-manual-nacional-de-normas-y-procedimientos-para-la-prevencion-y-el-control-del-cancer-de-cuello-uterino&Itemid=253

122. Dela Cruz MRI, Tsark JAU, Soon R, Albright CL, Braun KL. Insights in Public Health: Community Involvement in Developing a Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Brochure Made for Parents in Hawai'i. *Hawaii J Med Public Health* [Internet]. 2016;75(7):203–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27437166>

123. Egawa-Takata T, Ueda Y, Morimoto A, Tanaka Y, Yagi A, Terai Y, et al. Motivating Mothers to Recommend Their 20-Year-Old Daughters Receive Cervical Cancer Screening: A Randomized Study. *J Epidemiol* [Internet]. 2018;28(3):156–60. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/28/3/28_JE20160155/_article

124. Beach ML, Flood AB, Robinson CM, Cassells AN, Tobin JN, Greene MA, et al. Can Language-Concordant Prevention Care Managers Improve Cancer Screening Rates? *Cancer Epidemiol Biomarkers & Prev* [Internet]. 2007 Oct 1;16(10):2058–64. Disponible en: <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/doi/10.1158/1055-9965.EPI-07-0373>

125. Dietrich M, Traber MG, Jacques PF, Cross CE, Hu Y, Block G. Does gamma-tocopherol play a role in the primary prevention of heart disease and cancer? A review. *J Am Coll Nutr* [Internet]. 2006 Aug;25(4):292–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16943450>

126. Arrossi S, Paolino M, Thouyaret L, Laudi R, Campanera A. 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* [Internet]. 2017 Dec 13;12(1):17. Disponible en: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0548-1>

127. Hingle MD, Snyder AL, McKenzie NE, Thomson CA, Logan RA, Ellison EA, et al. Effects of a Short Messaging Service–Based Skin Cancer Prevention Campaign in Adolescents. *Am J Prev Med* [Internet]. 2014 Nov;47(5):617–23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379714003110>

128. Chung J, Nakatsu F, Baskin JM, De Camilli P. Plasticity of PI4KIII interactions at the plasma membrane. *EMBO Rep* [Internet]. 2015 Mar 1;16(3):312–20. Disponible en: <http://embor.embopress.org/cgi/doi/10.15252/embr.201439151>

129. Kerrison RS, Shukla H, Cunningham D, Oyebode O, Friedman E. Text-message reminders increase uptake of routine breast screening appointments: a randomised controlled trial in a hard-to-reach population. *Br J Cancer* [Internet]. 2015 Mar 10;112(6):1005–10. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/bjc201536>

130. Kunutsor S, Walley J, Katabira E, Muchuro S, Balidawa H, Namagala E, et al. Using Mobile Phones to Improve Clinic Attendance Amongst an Antiretroviral Treatment Cohort in Rural Uganda: A Cross-sectional and Prospective Study. *AIDS Behav* [Internet]. 2010 Dec 11;14(6):1347–52. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-010-9780-2>

131. Rodrigues R, Poongulali S, Balaji K, Atkins S, Ashorn P, De Costa A. ‘The phone reminder is important, but will others get to know about my illness?’ Patient perceptions of an mHealth antiretroviral treatment support intervention in the HIVIND trial in South India. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Nov 2;5(11):e007574. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-007574>

132. Cormick G, Ciganda A, Cafferata ML, Ripple MJ, Sosa-Estani S, Buekens P, et al. Text message interventions for follow up of infants born to mothers positive for Chagas disease in Tucumán, Argentina: a feasibility study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2015 Dec 29;8(1):508. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/508>

133. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM de, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2011 Jun;20(2):255–62. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200006&lng=pt&tlng=pt

GLOSARIO

Cáncer: tumor que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.

Cáncer de cuello uterino microinvasor: cáncer confinado estrictamente al cuello del útero, de 5 mm de profundidad y 7 mm de ancho como máximo; solamente se puede diagnosticar por microscopía.

Carcinoma in situ (CIS): estadio de cáncer pre-invasor que afecta todo el espesor de la capa de revestimiento –o epitelio– de un órgano (p. ej.: el cuello uterino), pero no penetra en la membrana basal.

Cepas de VPH oncogénicas (o “de alto riesgo”): tipos de virus del papiloma humano (VPH) que pueden causar cáncer cervicouterino.

Citología: estudio de la estructura de las células al microscopio. Los resultados anómalos normalmente se confirman por biopsia.

Comunicación: Proceso de transmisión de mensajes mediante un código común del emisor al receptor.

Cobertura: proporción del total de las personas afectadas que acuden a un servicio dado en un determinado momento.

Cribado (screening): la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad.

Educación: formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.

Educación para la Salud: proceso mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden a comportarse de una manera que favorece la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud.

Elegible: que se puede elegir, se refiere a una mujer que cumple con los criterios para ser participante del estudio.

Epidemiología: es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Estrategia: plan que especifica una serie de pasos o de conceptos que tienen como fin la consecución de un determinado objetivo.

Estrategias combinadas: se refiere a la mezcla o mixtura de más de dos estrategias que se aplican a una misma mujer.

Estrategias de contacto directo: un modo de comunicación personal entre el personal de salud y la mujer en el cual hay una respuesta de parte de la última.

Estrategias de contacto indirecto: una forma de comunicación entre el personal de salud y la mujer de forma unidireccional.

Información: grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente.

Intervención: acción que una persona, una entidad, una institución, una fuerza o grupo de personas realizan ante un evento. Tiene un objetivo específico y no es casual si no que por lo general está dirigida a un fin particular.

Estrategias individuales: se refiere a la utilización de una sola de las estrategias en una mujer.

Factor de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Lesión de alto grado: término utilizado en la clasificación de Bethesda para referirse a las anomalías del cuello uterino con gran probabilidad de progresión a cáncer si no se tratan. Incluye las lesiones intraepiteliales cervicales: CIN 2 y 3.

Lesión intraepitelial escamosa (LEI): pre cáncer o anomalía de las células escamosas del revestimiento del cuello uterino. La clasificación de Bethesda distingue entre las LEI de bajo grado (LEI-BG) y las LIE de alto grado (LEI-BG).

Metástasis (plural: metástasis): aparición de un tumor muy similar al tumor de origen o primario en un órgano distante.

Medio: instrumentos o elementos que se usan para llegar a un fin.

Medios educativos: todos aquellos recursos que se utilizan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, que pueden ser audio-visuales, como diapositivas o películas, escritos, como apuntes o libros, u orales como la explicación del personal de salud para lograr el aprendizaje del paciente.

Medios de comunicación: instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional o de comunicación son aquellos aportes tecnológicos como Internet, un colectivo, o una carta, que constituyen los vínculos que enlazan la idea al objetivo.

Método: modo ordenado y sistemático de proceder para llegar a un resultado o fin determinado.

Modelo: prototipo que sirve de referencia y ejemplo para todos los que diseñan y confeccionan productos de la misma naturaleza.

Neoplasia: proceso de formación de tumores o bultos nuevos, a veces malignos.

Neoplasia intraepitelial cervical (CIN): proceso pre canceroso que afecta la capa de revestimiento (epitelio) del cuello uterino. Se puede diagnosticar al microscopio. El proceso se clasifica como CIN 1, 2 o 3, según el espesor del epitelio anómalo (1/3,2/3 o todo el espesor).

Participante: persona que participa en algún suceso o actividad.

Prevención: es el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades. Se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo.

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Prevención secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (pruebas de screening). En este tipo de prevención, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

Prevención terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En este tipo de prevención son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

Programa organizado: Programa en el que se define la población diana, la prueba y el intervalo de cribado, y se establece un protocolo en el que se especifican las normas de actuación y una estructura o equipo a nivel regional o supra regional responsable de la

gestión, coordinación, evaluación y monitorización de la actividad y los resultados, así como de garantizar la calidad.

Promoción: el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Rechazo: el proceso y la consecuencia de resistir, negar o refutar. Al manifestar o concretar el rechazo hacia algo, la persona deja en evidencia que no lo acepta o tolera.

Salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Tamizaje: el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas

Tamizaje negativo: resultado de un procedimiento de cribado, que indica que no existe una anomalía.

Tamizaje positivo: resultado de un procedimiento de cribado, que indica que existe una anomalía.

ANEXOS

Anexo 1 Aprobación del Comité de Ética IARC_OMS

International Agency for Research on Cancer



150 cours Albert Thomas
69372 Lyon cedex 08, France
IARC Ethics Committee (IEC)
Tel.: +33 4 72 73 83 41
E-mail: iec-secretariat@iarc.fr
<http://ethics.iarc.fr/>

Dr Rolando Herrero
Prevention and Implementation Group (PRI)
IARC

Date: 18 February 2016

Ref.: IEC Expedite Approval

Dear Dr Herrero,

Please note that the amended version of the protocol (v3.1) on project **12-27**:

**Multicentric study of cervi Multicentric study of cervical cancer screening and triage
with human papilloma virus testing (ESTAMPA)**

was reviewed by the IEC Chair and Vice-Chair through the expedite review procedure.

As there are no ethical issues to consider, the decision of the IEC is as follows:

This project is approved.

Yours sincerely,

Dr B. Fervers
Chair, IARC Ethics Committee

Anexo 2 Aprobación del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud UNA



Universidad Nacional de Asunción
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACION CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD
COMITÉ CIENTIFICO (CC)
COMITÉ de ETICA en INVESTIGACION (CEI)

INFORME DE ACEPTACION DE PROTOCOLO

A : ELENA KASAMATSU
Código : P13/2014
Fecha : 15/09/2014

Por la presente informamos que el *protocolo de investigación* remitido a estos Comités para su revisión bajo el título de:

“Estudio multicéntrico de tamizaje y triaje de cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus de Papiloma Humano (ESTAMPA)”.

Ha sido aceptada




COMITÉ CIENTIFICO (CC)
Dra. Soledad Campos
Coordinadora




COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION (CEI)
Dra. Eva Nara
Coordinadora



Registro de aplicación de estrategia

| Nombre y Apellido de la mujer 1 | | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------------|
| Fecha | Tipo de comunicación | | Respuesta | Responsable |
| | Llamada | Mensaje | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nombre y Apellido de la mujer 1 | | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------------|
| Fecha | Tipo de comunicación | | Respuesta | Responsable |
| | Llamada | Mensaje | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nombre y Apellido de la mujer 1 | | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------------|
| Fecha | Tipo de comunicación | | Respuesta | Responsable |
| | Llamada | Mensaje | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Anexo 4 Modelo de Tríptico Informativo



PREVENGAMOS
EL
CÁNCER DE
CUELLO
UTERINO



**DISFRUTA LA VIDA
CUIDA TU SALUD**

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

El cáncer de cuello uterino ocurre cuando las células del cuello del útero se vuelven anormales y empiezan a crecer de forma incontrolada.

Generalmente tardan mucho tiempo en desarrollarse, más de 10 años, por lo que dispone de muchas oportunidades para detectarlo a tiempo, tratarlo y curarlo.

El cáncer del útero puede afectar a cualquier mujer de cualquier edad que tenga o haya tenido relaciones sexuales.

¿CÓMO SE PREVIENE?

Con las pruebas de detección se puede descubrir células anormales, de manera que se puedan tratar antes que se conviertan en cáncer.

- Las pruebas del Papanicolaou identifica cambios en la célula del cuello uterino que podrían convertirse en cáncer si no se tratan.
- Las pruebas del virus del Papiloma Humano (VPH) TEST DE VPH, determina si tiene el virus que causa estos cambios celulares.

¿Cómo puedo disminuir el riesgo de contagiarme con el VPH genital?

Los factores de riesgo para adquirir el VPH están asociadas al :

- inicio de las relaciones sexuales a temprana edad
- elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes
- elevado número de parejas sexuales del marido o de la pareja masculina.

Por lo que se recomienda la abstinencia sexual o la práctica de sexo seguro, que consiste en limitar el número de parejas sexuales y la utilización de condones, los cuales debido a que no cubren toda el área de la región genital y anal, no previenen la infección por completo.

Anexo 4 Modelo de Tríptico Informativo (cont)

¿QUÉ ES EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)?

El virus del papiloma humano es un virus común que afecta tanto a hombres como a mujeres. Existen más de 100 diferentes tipos de VPH; de los cuales aproximadamente 40 tipos de VPH afectan el área genital.

¿QUIÉNES SE CONTAGIAN CON EL VPH?

La mayoría de los hombres y las mujeres sexualmente activos se infectarán por el VPH al menos una vez a lo largo de su vida, pero solo una minoría pequeña de las mujeres infectadas podrán desarrollar lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino. Aun teniendo relaciones sexuales sin penetración se puede adquirir o contagiar el virus. Otra vía de transmisión del VPH es el sexo oral.

SI EL VPH NO TIENE SIGNOS O SÍNTOMAS, ¿CÓMO PUEDO SABER QUE LO TENGO?

Debido a que el VPH generalmente no muestra ningún signo o síntoma, es necesario que se realicen pruebas de diagnóstico como el Papanicolaou y el Test de VPH por Captura Híbrida II®.

El test de VPH puede detectar ciertos tipos de virus que puedan causar cáncer de cuello uterino. Los resultados de esta prueba ayudan al médico en la toma de decisiones para un tratamiento y/o seguimiento adecuado.

El cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres más prevenibles. La detección de células anormales relacionadas al VPH pueden ser tratadas exitosamente si son diagnosticadas en una etapa

¿QUÉ ES EL TEST DEL VPH?

El TEST de VPH por Captura Híbrida II® es un test aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para uso diagnóstico clínico de las lesiones inducidas por VPH, siendo también, un examen recomendado por las principales instituciones avocadas a la prevención de Cáncer de Cuello Uterino (CCU).

REQUISITOS PARA LA TOMA DE

- Tener 30 a 64 años de edad.
- No estar embarazada.
- No haber tenido pérdida y/o aborto en los últimos tres meses.
- Sin sangrado menstrual.
- No tener histerectomía (vaciamiento).
- No realizarse ducha vaginal previa al estudio.



AVISO

Sr/a propietaria de esta vivienda:

Por este medio nos complace informar el desarrollo de las actividades DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO dirigido a MUJERES DE 30 a 64 AÑOS residentes del Barrio «.....»- Ciudad de

Actividades a ser desarrolladas:

1. Censo poblacional casa por casa del ... de al de del año

2. Toma de muestra cervical para PAP y VPH-
Desde el ... de al ... de del

Lugar:

Dx Precoz + tratamiento + Seguimiento = Gratuito

3. Entrega de resultados: 30 DÍAS DESPUÉS (.....)

Las mujeres con resultados POSITIVOS DE PAP Y TEST DEL VPH serán agendadas para una consulta con la Ginecóloga quien evaluará la conducta terapéutica a seguir.

!!!El Cáncer De Cuello Uterino Se Puede Prevenir...Si se Detecta a TIEMPO!!!

Consulta y Agendamiento (De 07:00 a 12:00 hs)

Personal del estudio de contacto1 - n° de teléfono celular

Personal del estudio de contacto2 - n° de teléfono celular

Desde ya agradecemos a la comunidad por el apoyo a tan importante actividad de salud.

Manzana _____ Lote _____

Anexo 5 Consentimiento informado

Título del estudio: Estrategias educativas de información y comunicación para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de Itauguá y San Lorenzo – Paraguay, 2019

Realizado por: Departamento de Salud Pública, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción (IICS – UNA)

Dirección: Dr. Cecilio Díaz c/ Dr. Gaspar Villamayor, San Lorenzo.

Responsable por Paraguay: María Isabel Rodríguez TEL: 0971244646

¿De qué se trata este estudio?

Evaluar las potenciales estrategias educativas de información y comunicación que propician la participación de mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino. Itauguá y San Lorenzo – Paraguay, 2019

¿Quiénes pueden participar?

Mujeres entre los 30 y 64 años de edad

¿Que implica para mí participar?

Si usted acepta participar, en la primera visita le haremos preguntas acerca de sus datos personales, sociodemográficos. Si cumple con los criterios de inclusión para realizarse los estudios, se la invitará a realizar un examen ginecológico en el que se recolectarán muestras de células de su cuello del útero para detectar la presencia del virus (VPH) y de citología convencional.

¿Mi participación tendrá algún costo?

Todos los procedimientos del estudio son completamente gratis.

¿Cuáles son los beneficios de mi participación?

Los beneficios son:

Se le realizarán pruebas de alta calidad de forma gratuita para la detección de lesiones que podrían convertirse en cáncer de cuello del útero, bajo la supervisión de un equipo de investigadores.

¿Cuáles son los riesgos de mi participación?

Los riesgos son: En muy pocas ocasiones puede producirle un sangrado ligero muy corto que desaparece espontáneamente, el equipo de investigación esta capacitado para derivar al centro de salud adecuado en caso que suceda

¿La información que voy a brindar es confidencial?

Toda la información que brinde es confidencial. Se va a usar un número de estudio que la identificará a usted, sus documentos y sus muestras. La información que permite vincular este número con su nombre se guardará en un lugar seguro y estará disponible únicamente para el personal del estudio.

He leído el consentimiento informado y este formulario.

Iniciales _____

_____ Sí, acepto participar en este estudio

Firma de la participante

Nombre completo

Fecha

Nº C.I. _____

Firma del administrador del consentimiento

Nombre completo

Fecha