



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS  
SOCIALES  
Dpto. CIENCIAS DE LA SALUD

PROPUESTA DE TRABAJO DE CAMPO Y PROYECTO FINAL

“Representaciones sociales que tienen las mujeres entre 30 y 59 años sobre el test de V.P.H. (Virus del Papiloma Humano)

**ALUMNA:** DURAN ROSANA LUCRECIA L.U. E-597

**DIRECTOR:** LIC. LIQUITAY, HECTOR DARIO.

**COO-DIRECTOR:** LIC. IGNACIO BEJARANO

**ARGENTINA- JUJUY, NOVIEMBRE 2018**

## Dedicatoria

Mi dedicatoria está destinada a las personas que son parte de mi vida, a mi familia conformada por mis preciosos hijos, también a “Elvito” a mi compañero de vida, ellos son el motor que pone en marcha mis ganas seguir adelante día a día.

También dedico este logro a personas que llegaron en mi vida para **transformarla**. Ellos son mi querido grupo “TRANS”, si así nos llamamos. “TRANS” DE **TRASFORMACION**. Y de verdad creo que ese nombre fue mágico porque a partir de allí absolutamente todo se ha potenciado nuestras vidas, todo se fue **transformando** en logros, se fueron cumpliendo metas y sueños. Se fue abriéndose un abanico de posibilidades, ampliando un horizonte inimaginable de **transformación**.

Es por eso que paso a nombrarlos, en primer lugar dedico este logro a Héctor Darío Loquita (alias Etito), amigo de la vida, el que me impulsa, motiva y anima a emprender impensados para mí. Gracias por ser el Director del presente trabajo final, por siempre creer en mí, por ser mi maestro, y enseñarme a todo lo que sé con paciencia y dedicación, por ser el primero en alegrarse logro llegar a la meta, el que tiene siempre una palabra de aliento cuando me cuesta, lograr lo propuesto. Gracias amigo querido, mi admiración como persona y profesional, también hago mención en mi dedicatoria con mucho amor a mis amigas de la vida Mariela Guiron y Graciela Gallardo, con quienes comparto mis alegrías tanto que podemos reírnos hasta llorar, también tristezas y desamparo que después descubrimos que nada es tan grave, que nada es imposible y menos si estamos potenciadas, sabiendo que somos uno para todos y todos.

Gracias por estar siempre a mis amigos y colegas tiene todo mi cariño, respeto y admiración.

## Agradecimiento

Sabe Dios que soy agradecida y aunque alguna vez sentí que me había jugado una mala pasada, cuando de sorpresa sufrí la pérdida de mi amado padre, quien fue un ser lleno de amor y bondad, lleno de luz. Mi papi cómplice de tantas travesuras, aventuras, tantas anécdotas que hoy las recuerdo con el corazón en las manos, sonrisas y lágrimas.

Mi viejito, mi maestro, te fuiste con tanta vida por delante y tantos proyectos, viajes y con un sin fin de sueños, que he tratado de ir cumpliendo aun a pesar de tu ausencia. Aprendí de tus enseñanzas simples y cotidianas que me sirvieron a lo largo de mi vida, recuerdo siempre tus palabras, cuando me encuentro en problemas al día de hoy comprendo y comienzo dar sentido a algunas de tus frases que repetías con insistencia, hoy aprecio tus valores, hoy te tengo presente más que nunca, y te extraño viejito y me hubiera gustado que veas todos mis logros personales y profesionales.

Sé que estarías orgulloso porque antes te hacía renegar y mirabas al cielo, moviendo la cabeza y te cuento que yo también hago lo mismo cuando me hacen renegar Juanrita, Evita, Francisquito y la Michita. Miro al cielo buscándote entre las nubes y las estrellas y aunque no lo creas también muevo la cabeza.

No quiero dejar de mencionar a mi otra estrellita mi mamá “la mami Chochi” una mujer fuerte, luchadora, empoderada, trabajadora, solidaria y familiar, que no pudo soportar la partida de su viejito amor y apresuro su partida dejándose, rindiéndose, bajando los brazos ante una enfermedad, que se aprovechó de tanto dolor. Ella se fue en búsqueda de paz y amor.

El agradecimiento a mis papis, a mis viejitos queridos, es poco, ellos son mis estrellitas, a ellos les debo todo lo que soy y por ello se lo que no quiero ser.

Besos papi Elio y mami Chochi, besos al cielo mis amores.

#HASTA EL CIELO MI ALMA.

## Índice General

Dedicatoria .....	1
Agradecimiento .....	2
Introducción .....	4
Planteo del Problema: Situación Diagnostica .....	5
Infraestructura Edilicia .....	11
La Formulación del Problema .....	17
Objetivo General .....	17
Objetivo Especifico .....	17
Marco Teórico .....	17
El rol del Educador para la Salud.....	20
Algunos tipos de cáncer oral y de garganta.....	25
En cuanto a los síntomas aparecen, los más comunes.....	27
Los síntomas de la enfermedad avanzada .....	27
Factores de riesgo para el cáncer cervical abarcan .....	28
Cáncer de Útero .....	28
Las representaciones sociales.....	30
El estado del Arte .....	35
La metodología de la investigación.....	39
Procedencia y técnicas de recolección de datos .....	40
El tipo de Estudio .....	40
Selección del universo y la muestra .....	41
Resultados y Análisis critico .....	43
Conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano .....	44
Concepción sobre la salud ginecológica .....	46
Representaciones sobre el estudio del test V.P.H .....	47
Temores sobre la realización del estudio Virus del Papiloma Humano.....	50
Pautas culturales.....	51
La cotidianidad de la mujer jujeña .....	53
Representaciones de las Medidas Preventivas de VPH.....	55
Rol del Educador para la Salud.....	58
Intervención del Profesional.....	58
Acceso al Sistema de Salud y los profesionales que realizan estudios ginecológicos.....	61
Conclusiones .....	64
Bibliografía.....	67
Proyecto Final .....	71
Introducción .....	1
Objetivos .....	2
Tema a Tratar .....	3
Contenidos Científicos de Salud .....	3
Contenidos Transversales.....	4
Líneas Generales de Acción.....	6
Metodología de Trabajo .....	7
Recursos .....	7
Cronograma.....	8
Evaluación.....	8
Bibliografía.....	9

## Introducción

La presente investigación refiere a las representaciones sociales que poseen las mujeres, sobre el test del V.P.H (Virus del Papiloma Humano), el grupo etario seleccionado son mujeres de 30 a 59 años que concurren al Centro de Salud del Barrio Coronel Arias de San Salvador de Jujuy.

El interés de conocer la temática planteada surge de la experiencia ocupacional como Educadora Sanitaria del Centro de Atención Primaria de la Salud del Barrio Coronel Arias de esta ciudad, lugar donde se realizan tareas de consejería en salud sexual integral y reproductiva, con el propósito de sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia que tiene la realización de test del V.P.H.

Entre los comentarios de las mujeres que asisten a las consultas y talleres manifiestan conocimientos populares aprendidos en contextos familiar y barrial, con connotaciones cargadas de prejuicios, mitos, y equivocadas, conceptualización sobre la temática que constituye una barrera para preservación de su propia salud.

Así fue cómo surgió la idea de realizar este trabajo de campo a partir de la investigación de carácter cualitativa entendida en su más amplio sentido como “Investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable”.

Por tanto, se seleccionó una muestra al azar intencional de mujeres que concurren al centro de atención primaria de la salud de Coronel Arias en San Salvador de Jujuy, con las cuales se aplicaron los siguientes instrumentos de recolección de la información tales como: la observación participante y la entrevista en profundidad.

## Planteo del Problema: Situación Diagnostica

El Centro Atención Primaria de la Salud del Barrio de Coronel Arias depende del área programática I sub-área II dependiente del Hospital San Roque de la ciudad de San Salvador de Jujuy correspondiente al departamento General Belgrano de la Provincia de Jujuy, Argentina.

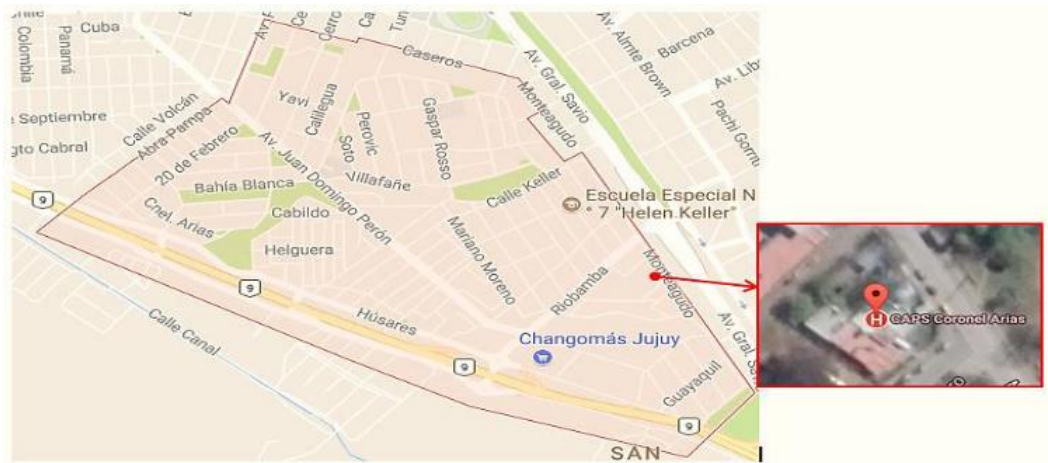


Figura 1. Ubicación en el espacio geográfico que conforma al Barrio Coronel Arias, San Salvador de Jujuy. Imagen extraída de Google Maps.

Victoria Bularios (2016) expresa que Manuel Eduardo Arias fue el hijo de un oficial colonial -hijo, a su vez, del reconocido Gobernador Arias Renguel- y de una aborígen Jujeña. Formó parte de los ejércitos de Belgrano y posteriormente siguió la lucha independentista como coronel mayor en la zona de Humahuaca-Orán, donde lideró combates muy complejos y estratégicos en el marco de la quinta invasión realista. Asimismo, destaca el papel fundamental de Coronel Arias antes y después de la declaración de la independencia, vinculado al heroísmo demostrado en los diferentes combates que se llevaron a cabo en Jujuy.

En lo concerniente al Barrio Coronel Arias, se expresa que el mismo fue fundado el 16 de junio de 1972, en honor al héroe de la Independencia.

De acuerdo a lo expresado por un referente de la comunidad: “Y bueno... yo vivo en las 185 viviendas, y esas fueron entregadas en los 80` y se llamaban 185 viviendas Alto ver III , después en el 82` se inauguran estos departamentos que se ubican frente al C.A.P.S. todo los que están para abajo de edificación vertical (...) a partir de los 90` ya el mismo gobierno le empieza a llamar Coronel Arias (...) desde la creación de las 185 viviendas para abajo (...) estamos hablando de hace 37 años (Presidente del centro vecinal, 2018).

La jurisdicción correspondiente al Centro de Salud de Coronel Arias se encuentra ubicada dentro del Barrio Coronel Arias, en la zona oeste de la capital de la provincia de Jujuy. Sus Principales características geográficas son: límites: entre los barrios Alto Gorriti, Mariano Moreno, Almirante Brown, San Pedrito y San Guillermo II. Cuyos límites comprenden las calles: Monteagudo, Caseros, Abra Pampa y Carvallo.

Vías de acceso: el Centro de Salud tiene como medio de comunicación la vía terrestre, teniendo como vía principal -amplia, asfaltada y de doble vía- la Ruta Nacional N° 9, que lo vincula con los países limítrofes, la región noroeste (N.O.A.) y con el resto del país. Asimismo, se encuentran otras vías de acceso terrestre como ser la Avenida Perón y Río Bamba. Dentro de la jurisdicción del establecimiento circulan diversas líneas de transporte, tales como el transporte urbano de pasajeros (Línea UNIÓN BUS 4 y18), taxis, motos, automóviles y otros medios terrestres.

- ✓ Redes y servicio de comunicaciones: se cuenta con todos los servicios de televisión por cable, internet, telefonía,
- ✓ Clima: se caracteriza por ser una región templada, con verano lluvioso e invierno seco.
- ✓ Centro de Salud Coronel Arias: el C.A.P.S. se encuentra entre las calles Humberto Agüero y Monteagudo.



En relación a la organización de la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) de la zona capital de la provincia, que corresponde al espacio geográfico del departamento Dr. Manuel Belgrano, el C.A.P.S. Coronel Arias se encuentra dentro de la denominada “Área Programática número I”, cuya Dependencia Administrativa es del Hospital San Roque y posee a su cargo la cobertura de una población de 174.000 Habitantes distribuidos en 23 Centros de Atención Primaria de la Salud Periurbanos. Los 23 C.A.P.S. están distribuidos en 4 sub áreas, donde dicho Centro de Salud conforma la sub área III. En la Tabla 1 se especifican los diferentes centros de salud que conforman la red de A.P.S. correspondiente al Área Programática N° I.

Tabla 1 A.P.S. – Hospital San Roque. Área Programática N°1

SUB-AREA I	SUB-AREA II	SUB- AREA III	SUB- AREA IV
C.A.P.S. Hernán Miranda	C.A.P.S. Huaicos	C.A.P.S. Coronel Arias.	C.A.P.S. Malvinas
C.A.P.S. La Viña	C.A.P.S. Ciudad de Nieva	C.A.P.S. Mariano Moreno	C.A.P.S. 249
C.A.P.S. Belgrano	C.A.P.S. Castañeda	C.A.P.S. Lujan	C.A.P.S. Santa Rosa
C.A.P.S. San Martin	C.A.P.S. Moreno	C.A.P.S. San Cayetano	C.A.P.S. Alberdi
C.A.P.S. Los Perales	C.A.P.S. Cerro las Rosas	C.A.P.S. Santa Rosa	C.A.P.S.820
C.A.P.S. C. Verde	C.A.P.S. Cuyaya	C.A.P.S. Finca S. caro	

**Nota:** La sigla C.A.P.S. remite a las instituciones de salud que funcionan como “Centro de Atención Primaria de la Salud”. Fuente: Departamento de A.P.S. Hospital San Roque.





Figura 2. Ubicación de la red de C.A.P.S. que conforma el Sub Área 3 en el espacio geográfico de la capital de la provincia de Jujuy. Fuente: Departamento de C.A.P.S. Hospital San Roque.

De acuerdo a los datos suministrados por la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos (D.I.P.E.C.), y en base al Censo Nacional 2010, la población total comprendida en el barrio Coronel Arias es de 14.310 habitantes distribuidos dentro de la jurisdicción, en contraste con los 4865 habitantes que efectivamente se encuentran bajo la cobertura de este centro de salud. Es decir que, dentro de la totalidad de la población del barrio, solo se cubriría un 25% de habitantes quedando un 75% de la población sin cobertura para el sistema de salud que compete al C.A.P.S.

El área de cobertura se divide en 4 sectores, que son:

- Sector 46: Abarca parte de San Francisco y un tramo del barrio Coca Cola.
- Sector 47: Corresponde el barrio 298 viviendas, 172 viviendas y 3 manzanas del barrio Coca Cola.
- Sector 48: Corresponde parte del barrio San Francisco y un tramo del barrio 185 viviendas.
- Sector 49: Abarca el barrio El Progreso que es la ex Finca Scaro, el barrio San Guillermo II, 3 manzanas del barrio Coca Cola, La Loma, y un asentamiento debajo de Sandoval.

Se encuentran dos sectores descubiertos, debido a que no se trabaja con la totalidad de la población del barrio.

Dentro de estos 4 sectores inicialmente mencionados, se trabaja con 350 casas localizadas mediante un rastrillaje previo focalizando la labor en las familias de riesgo (por ejemplo, madres solteras y adultos mayores) realizándose 10 visitas diarias por parte de los agentes sanitarios, donde cada uno de ellos posee a su cargo un sector determinado. En la Figura 3 (Mapa utilizado por los agentes sanitarios). Ubicación según delimitación geográfica y agente a cargo de cada sector. Jujuy, 2017.



Se observó en cuanto a la infraestructura de las viviendas gran variedad, es decir que se podría hablar de sectores que cuentan con la planificación en edificación de viviendas tanto por parte del sector privado como por el estado, y a su vez de manera contigua se evidencia la presencia de viviendas de carácter particular muchas de ellas en proceso de construcción (segundas plantas inconclusas, veredas sin delimitar, modificaciones sin terminar y materiales de construcción expuestos) además de otras en apariencia donde se denotan totalmente reconstruidas.

En relación al alfabetismo en el barrio Coronel Arias y de acuerdo a los datos proporcionados por el Censo Nacional 2010, se puede establecer que la población de la zona está, en su gran mayoría, instruida, ya que la mayor proporción de los habitantes se encuentran alfabetizados (98%; 11968 personas), mientras que en una mínima proporción se encuentran aquellas personas que no están alfabetizadas, es decir conforman un 2% de la población.

De acuerdo a los datos proporcionados por la última ronda de la planilla 884, del total de la población bajo cobertura del centro de salud (4865 habitantes), el 52% de ellos (2578 personas) poseen obra social, mientras que 48% de los mismos (2366 personas) no posee obra social, por lo que se puede afirmar que el servicio del C.A.P.S. es ofrecido a pobladores con obra social y sin obra social, siendo ligeramente aumentada la población

que posee la primera característica. Asimismo, el personal del Centro de Salud, con respecto a la seguridad social, expresa: “Son gente que tienen trabajos estables, al menos los padres, eso también habla de una cobertura de obra social de un 90% más o menos, en el barrio” expresa los Agentes Sanitarios.

El Centro de Salud trabaja conjuntamente con diferentes instituciones en cuanto a la promoción y la prevención primaria de la salud. En primer lugar cabe destacar, que la entidad que nuclea a todos los centros asistenciales en lo que corresponde al sub área N° 3 es el hospital San Roque, donde existe una relación directa, tanto en el aspecto administrativo, como en las derivaciones correspondientes a un segundo nivel de complejidad de las patologías, comprendido en el plan integral de salud. En cuanto a las Iglesias del barrio (Parroquia San Lucas y Capilla Nuestra Señora de Luján) trabaja de manera conjunta en los servicios del C.A.P.S. hacia la comunidad, a través de un comedor en el plano de la nutrición e inmunización en niños.

La Policía han intentado establecer lazos en cuanto a la contención de jóvenes con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas. En relación con el centro vecinal, comparten el trabajo con el “Banco de Buena Fe” a través del servicio de asistentes sociales, además que comparten espacios físicos dentro del terreno en el que está ubicado el Centro de Salud (tal como lo muestra la figura 16). En lo que respecta a las escuelas dentro del barrio (Escuela Especial N°7 Helen Keller y Escuela Primaria N°8 Escolástico Zegada) se trabaja en torno al programa de salud PROSANE, que articula a todo el equipo del C.A.P.S. en una perspectiva integral, en cuanto a la promoción de salud, y en particular con la escuela N°8 E. Zegada entregando a los niños “La Copa de Leche”. Por último, el centro de salud, trabaja de manera conjunta con la Municipalidad de San Salvador de Jujuy, en lo que respecta a Espacios Verdes, dando lugar a actividades físicas y recreativas (dando lugar a actividades tales como el programa “Movete”, el cual busca la realización de actividades

físicas a través del baile, el mismo tiene surgimiento en el trabajo del C.A.P.S. de Coronel Arias y cuya implementación se ha establecido en todo el municipio de San Salvador de Jujuy).

Infraestructura edilicia:

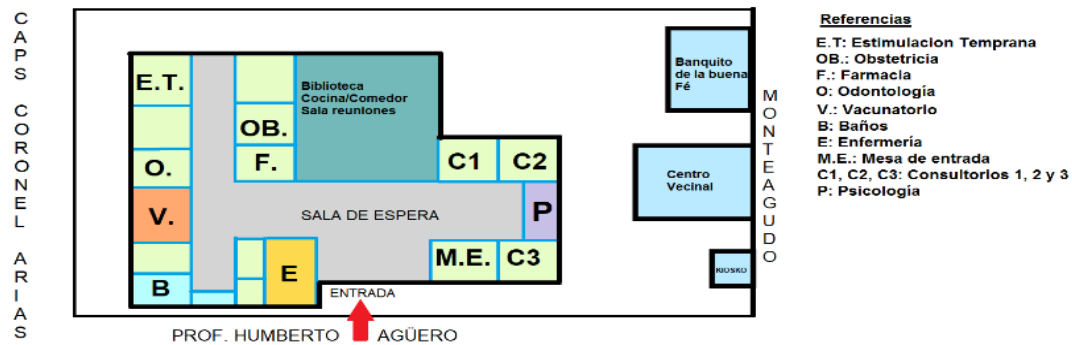


Figura 4. Distribución de los diferentes servicios que ofrece el C.A.P.S. Coronel Arias de acuerdo de la infraestructura edilicia. Jujuy, 2017 activa.

En base a las observaciones realizadas, se puede expresar que el edificio del C.A.P.S. cuenta con espacio suficiente para ser ocupado por profesionales de diversas especialidades, contando con consultorios para cada especialidad (en su gran mayoría), baños, cocina y espacios dentro del territorio del edificio destinados a instituciones que articulan con el Centro de Salud, tales como el Quiosco perteneciente a la Cooperadora del Barrio, el Centro Vecinal, un salón destinado a las reuniones de las organización que lleva a cabo el Banquito de la Buena Fe y un ropero comunitario.

La Tabla 2 muestra la oferta de profesionales que se encuentran trabajando en este Centro de Salud, que se encuentra abierto de Lunes a Viernes desde las 06:00hs de la mañana hasta las 22:00hs, ofreciendo sus servicios a la comunidad también los días feriados desde horas 06:00 hasta 12:00hs. La atención por cada especialidad es de frecuencia semanal, cantidad de días y horario estipulado por cada especialidad.

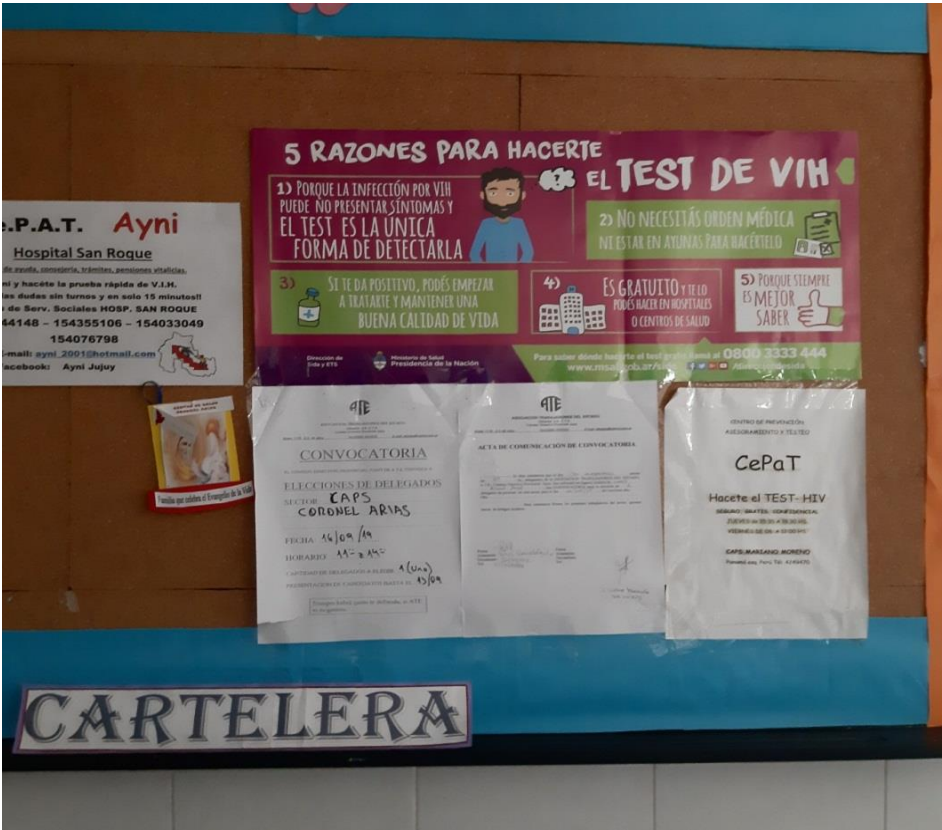
Se dispuso que la sala de espera seria el lugar donde se pone a disposición toda la información que necesitan los usuarios, carta de servicio de los profesionales como así

también algún cambio de servicio o incorporación de nuevo personal, con la aclaración de función, horarios y lugar donde desarrollara la actividad, además de los beneficiarios.

Servicios Señalizados "Vacunatorio"



Cartelería Educativas



PROFESIONALES	ATENCION
Pediatra	Lunes a Viernes partir de las 07:30hs y 14:00hs. Y de 15hs a 18hs.
Obstetra	Martes y Miércoles 07:00hs a 13:00hs y lunes de 12hs a 18hs.
Psicología	Lunes a Viernes a partir de las 15:00hs
Generalista	Lunes a Viernes a partir de las 08:00hs
Nutricionista	Lunes, Martes, Miércoles y Viernes a partir de las 08:00hs. Jueves a partir de las 15:00hs
Odontología	Lunes a viernes: a partir de 8:00hs.
Servicio Social	Lunes, Miércoles y Jueves atención al público de 8hs a 12 hs.
Estimulación Temprana	Lunes, Martes, jueves y Viernes de 8hs a 12 hs.
Educación para la Salud	Martes 8 a 14hs.y jueves 12 a 16hs
Ginecólogo	Martes por la tarde.

Los turnos se solicitan en estadísticas, con el ingreso de datos del consultante, a partir de las 6:00am. Se ofrece el formulario de Orden de Atención Ambulatoria (O.D.A.).

En relación a los recursos humanos con los que cuenta el Centro de Salud Coronel Arias, al ofrecer servicios de diversas especialidades, este C.A.P.S. posee un total de 23 profesionales trabajando actualmente. En la Tabla 3 se especifica la cantidad de profesionales de acuerdo a la especialidad.

Recursos Humanos disponibles en el C.A.P.S.	
Especialidad	Cantidad de profesionales
Enfermería	1 Lic. En enfermería. 4 Enfermeros.
Psicología	1 Lic. En Psicología.
Medicina	1 Médico Pediatra. 2 Médicos Generalistas.
Nutrición	2 Lic. En Nutrición.
Agente Sanitario	4 Agentes Sanitarios.
Odontología	2 Odontólogos.
Trabajo Social	2 Lic. En Trabajo Social.
Educación para la Salud	1 Prof. En Educación para la Salud.
Estimulación Temprana.	1 Prof. En Estimulación Temprana.
Obstetra	1 Técnicas en Obstétrica.

Los materiales básicos para prestar los servicios que brinda el centro de salud, también existirían limitaciones en relación a la cantidad y/o especificidad de algunos materiales requeridos.

En base a los registros utilizados por el personal del C.A.P.S. son de diversos tipos, de acuerdo a la calidad de información que se obtienen de ellos y la funcionalidad que poseen, es decir que algunos captan características socio-sanitarias de la comunidad (formulario de familia crítica, planilla 883, planilla 884 y cuaderno de novedades); otros se refieren al estado de salud de los individuos (historia clínica perinatal, carnet perinatal, historia clínica pediátrica, carnet pediátrico, carnet de inmunización, carnet de citas y planificación familiar M.A.C.) y otros se vinculan a los recursos y servicios de salud programados, disponibles y utilizados (fichero cronológico de actividades, registro de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, informes diarios de consultas médicas y orden de atención ambulatoria).

Se puede expresar que la cobertura de vacunación de este Centro de Salud abarca a la gran mayoría de la población a la que se dirige, llegando a cumplir los objetivos propuestos por el Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.), destacándose el objetivo de alcanzar y mantener 95% de cobertura de vacunación. La cobertura alcanzada de vacunación supera la meta solicitada por el programa. Esto es lo positivo de la Asignación Universal por Hijo, por el enganche. Para poder cobrar, se le pide a los padres que tengan completo el esquema de vacunación, la firma de la escuela, y el control de peso y talla. Entonces, las madres o los padres, los traen a los chicos para que se los vacune y en las evaluaciones de ronda.

En base a los datos recabados del servicio de Obstetricia, se encuentran bajo el programa de salud Sexual y Procreación Responsable un aproximado de 400 personas comprendidas entre edades de 15 años a 35 años, considerando la población mayor a 35 años, embarazos de “alto riesgo”, por lo que solo algunos casos son abordados en el C.A.P.S., mientras que



la mayoría de estos son derivados a otro nivel de complejidad en salud pública, es decir a un Hospital General.

Por otro lado, del total de personas que se benefician de este servicio el 30% de ellas (alrededor de 120 mujeres) se encuentran bajo el control de embarazos. En contraste con la misma población de la red de C.A.P.S. de la Sub Área 3 de APS, de acuerdo a lo establecido por la ronda 2016, la cantidad de embarazadas son 252 usuarias.

Entre los objetivos de la institución podemos citar el de prestar a la comunidad atención médico sanitaria en forma integral y gratuita. Restablecer la salud del paciente enfermo, promoción y prevención de enfermedades en general.

Entre sus funciones se destacan organizar la infraestructura sanitaria, asegurar la cobertura integral del servicio médico, combatir altas tasas de desnutrición, tuberculosis, mortalidad infantil, encarar prestaciones asistenciales y preventivas.

Inter-consulta a los pacientes, seguimiento (A.P.S.) y Servicios Sociales en casos relevantes, derivaciones a Centros Hospitalarios de mayor complejidad, coordinación con el Organismo de base Provincial: Ministerio de Bienestar Social, reunión con participación de Profesionales de distintas disciplinas en pos de dar respuestas efectivas a la demanda espontánea, encuentros Académicos con el objeto de mejorar la intervención profesional, adhesión a Programas Nacionales implementados con miras a cubrir las necesidades sanitarias – asistenciales y elaboración y/o ejecución de propuestas para sanear problemáticas de tipo epidemiológicas que puedan afectar la salud de la población.

Asimismo se están incorporando programas de salud a nivel nacional que permiten en gran medida avanzar en el área: Programa de Prevención y Detección de Factores de Riesgos, Programa de Maternidad y Paternidad Responsable, Programa de Abastecimiento de Medicina, Programa de Detección Precoz de cáncer de Cuello de Útero, Programa de Educación para la Salud, Programa de Vigilancia Epidemiológica, Programa de

Orientación-Prevención Asistencia de Sida, Programa de Detección Precoz Cáncer de Mama., Programa Provincial de Violencia Familiar y programa de salud sexual y reproductiva.

Actualmente brinda atención en servicio de Guardia, Consultorio Externo: “Clínica Médica niños y adultos” cuya atención se encuentra a cargo de tres médicos generalistas, también cuenta con servicio de Obstetricia, Educación para la Salud, Laboratorio, Enfermería, Servicio Social y Atención Primaria de la Salud (A.P.S.). Admite a niños y adultos de ambos sexos de todas las edades.

En mis tareas diarias en dicho nosocomio como Educadora para la Salud he podido observar, en una primera aproximación exploratoria, que al tratar el tema del Test del V:P:H. (Virus del Papiloma Humano) y la importancia del testeo para prevenir cáncer de cervix-úterino se observa que las mujeres tienen conceptualizaciones equivocadas con valoraciones cargadas de prejuicios y creencias, vertidas de familiares o amistades careciendo de conocimiento científicos dado por los profesionales de la salud puesto que rara vez acceden a consultan por la temáticas. Se considera que sigue siendo un tema tabú hablar sobre temas relacionado al sexo y/o sexualidad, por lo que les impide indagar y conocer sobre el cuidado de su salud y elegir opciones para sus vidas, característica común en este grupo etario.

Este panorama hace que estos actores sociales posean escasos o equivocadas conceptualizaciones en el saber del tema en cuestión.

Contiguamente surgieron los siguientes interrogantes que guiarán el proceso del trabajo investigado:

- ¿Cómo perciben las mujeres de 30 a 59 años la realización del test del V.P.H.?

- ¿Por qué las mujeres en la etapa de la adultez y vejez no se realizan el Test del V.P.H.?
- ¿Cómo perciben las mujeres la atención ginecológica?
- ¿Qué conocimientos poseen las mujeres respecto al cáncer de cuello de útero?

### La Formulación del Problema

¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen las mujeres entre 30 a 59 años sobre el test del V.P.H. (Virus del Papiloma Humano) que concurren al Centro de Salud del Barrio de Coronel Arias de San Salvador de Jujuy en el primer semestre del 2019?

### Objetivo General

Conocer las representaciones sociales que poseen las mujeres (30 a 59 años), sobre el test del V.P.H. que concurren al Centro de Salud del Barrio de Coronel Arias de San Salvador de Jujuy en el segundo semestre del 2018.

### Objetivo Especifico

Describir cómo perciben las mujeres de 30 a 59 años la realización del test del V.P.H.

Indagar las razones por las cuales las mujeres en la etapa de la adultez y vejez no se realizan el Test del V.P.H.

Caracterizar las percepciones de las mujeres respecto a la atención ginecológica.

Interpretar los conocimientos poseen las mujeres respecto al cáncer de cuello de útero.

### Marco Teórico

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia de la humanidad, a medida que han ido surgiendo nuevos aspectos. En la antigüedad, las personas consideraban la salud como la ausencia de enfermedad, y en muchos casos se le

proporcionaba un carácter mágico-religioso. Esta noción de salud, si bien está ampliamente superada, aún perdura en la idea de mucha gente.

La medicina moderna, en sus inicios identificó la salud con el resultado del buen funcionamiento del cuerpo y de sus diferentes aspectos, dando así al concepto de salud un carácter centrado en el plano biológico o físico y considerando que la ciencia médica era capaz de resolver muchos de los problemas que, en relación con la salud, podían surgir.

La definición aportada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en el momento de su creación (1946) marcó un cambio considerable en el concepto de salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de Salud, que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos.

Esta definición, superadora de la anterior, considera al ser humano en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, es decir, al ser humano en su globalidad.

En los últimos tiempos nuevas reflexiones y aportaciones en torno a este concepto han llevado a la evolución del mismo hacia un enfoque en el que la salud es considerada como el resultado de la capacidad del individuo para adaptarse al medio en el que vive y se desarrolla. Se desplaza así la atención hacia el entorno o medio ambiente y hacia las relaciones que puedan establecerse con el mismo.

El concepto ecológico de salud cobra actualmente más fuerza, al haber sido adoptado por las organizaciones internacionales de Salud Pública y expresado en la declaración de la Conferencia de la O.M.S. de Alma Ata, en 1981. En esta definición, el contexto socio-cultural y las acciones multidisciplinarias cobran un papel determinante en el campo de la

salud de las poblaciones. La salud deja de ser una preocupación exclusiva de profesionales de la medicina, afectando a urbanistas, sociólogos, políticos, administradores y educadores entre otros.

En 1984 la O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud) [OPS (1984). Acerca de definir la salud. Publicación de la OPS 23. Washington D.C.] Declara que: (...) la salud tanto individual como colectiva, es el resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos sociales que se dan en la sociedad, ósea, es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive (...)

### El rol del educador para la salud

En cuanto a las ciencias del Comportamiento se puede afirmar que para que una persona pueda llegar a un desarrollo en plenitud, es necesario que ella tenga la posibilidad de integrar uno o más grupos humanos que alienten o promuevan este desarrollo.

Es muy difícil estar en proceso de crecimiento, de maduración, en soledad; el crecimiento de maduración requiere del estímulo de otros seres humanos. Y en lo que se refiere a la Educación, hoy se reconoce en cada persona su saber y su potencial de aprendizaje junto con otros a través de un proceso de interacción y construcción permanente donde el enseñar y el aprender son dos instancias simultáneas de dicho proceso.

Estos son los tres pilares (Salud, Comportamiento y Educación) que acompañaron la evolución histórica de la Educación para la Salud (Gaggero D.; M. Montenegro 1996). La Educación para la Salud: Una Estrategia de Transformación Permanente. Panel Nacional “Experiencias en Educación para la Salud” – “Seminario Internacional Educación y Calidad de Vida”. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación Argentina.)

- ✓ Etapa Cognoscitiva: Autoritaria-Paternalista. Se dice a la gente lo que debe hacer.

- ✓ Etapa Motivadora: Se le explica por qué; se le trata de convencer.
- ✓ Etapa Ecológica: Se hace hincapié en el contexto social. La gente participa y asume responsabilidades; se respetan sus valores y estilos de vida.

No existe una única definición de Educación para la Salud, además éste campo se encuentra en pleno proceso de desarrollo. A continuación citaremos algunas de ellas: La educación para la Salud debe contribuir, según Castillo (1984) a desarrollar una toma de conciencia crítica de la realidad, de las características de nuestra inserción en el mundo natural y humano en el que vivimos, de nuestras relaciones con los seres y las cosas, de nuestros derechos y deberes en relación con aquellos que comparten con nosotros este momento y espacio. En un sentido más amplio, la Educación para la Salud es una educación para la vida de los individuos y de los grupos humanos...se trata de aprender a ver la vida con otros ojos, amarla y elegir en todo momento los comportamientos que contribuyan a permitir vivirla en salud (Opus Cit.,Citado por EDUCTRADE).

Es necesario diferenciar los conceptos de promoción de la salud y de prevención. La prevención siempre está relacionada con un problema de salud efectivo o potencial, mientras que la promoción es el proceso que confiere a las poblaciones los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud y para mejorar ésta. La promoción de la salud está por encima de la prevención y pretende el bienestar global de las personas. Para estimularla, el principal instrumento es la Educación para la Salud (García Hoz, Víctor (1989). Tratado de educación personalizada. Iniciativas sociales en Educación Informal. Ediciones Rialp, S.A. Madrid).

La Educación para la Salud tiene como objetivo principal ayudar a los individuos a ser capaces por sí mismos y a trabajar con el objetivo de crear condiciones más sanas para todos, de modo que las elecciones más saludables sean las más fáciles de tomar (Opus Cit.)

El Ministerio de Salud de Jujuy es Pionera en la ejecución del test de VPH. La prueba del Virus del Papiloma Humano inició en la provincia en 2011 y hoy se busca redoblar los logros obtenidos. Vacunación gratuita y obligatoria.

El ministro de Salud, Saúl Flores, destacó la implementación de la Prueba del Virus del Papiloma Humano como estrategia impulsada por la cartera sanitaria y el Instituto Nacional del Cáncer, para detectar y tratar a las mujeres con lesiones precancerosas, método en el que la Provincia es pionera a nivel nacional. Flores señaló que “en el año 2011 el Ministerio de Salud de la Nación, de acuerdo al cumplimiento de metas establecidas que realizó nuestra provincia, eligió a Jujuy como beneficiaria para implementar el test de VPH para la detección temprana del cáncer cérvicouterino con el objetivo de cubrir el 85% de las mujeres a partir de los 30 años de edad”.

Al respecto, dijo que “la provincia decidió modificar esto para incluir a los pacientes que consultaban en forma espontánea, lo cual alcanzó una población de 66 mil mujeres que se debía cubrir en tres años”.

Recordó que la campaña se inició en diciembre de 2011 como prueba piloto y después se estableció en toda la provincia a partir de enero de 2012. Tanto en ese año como en 2013 se cumplieron las metas establecidas alcanzando cubrir 22 mil tomas de test de VPH y el compromiso que tenemos para este 2014 es alcanzar las 66 mil muestras.

Flores agregó que “no solo se implementó la toma de V.P.H. como una toma convencional realizada por el agente de salud, si no que en el año 2012 se agregó un estudio de investigación llamado E.M.A., que es el Estudio Modalidad Autotoma, el cual es un trabajo de investigación aleatorio y controlado que permite que la muestra pueda realizarla la paciente sin la necesidad de la intervención del equipo de salud.

Agregó que este tiene como fin “determinar si las mujeres jujeñas prefieren o no hacerse la toma en forma personal o seguir con el método tradicional. La experiencia fue



muy positiva porque el 80% aceptó hacerse la Autotoma, siendo esta una muy buena herramienta para aquellas personas que son reticentes al otro sistema”.

De acuerdo al modelo de atención que practica el Ministerio de Salud de Jujuy para abordar las problemáticas de la comunidad jujeña, se está volcando la mayor parte del accionar en el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, en el cual se pueden resolver el 80% de las afecciones de las personas, si este se encuentra bien organizado y responde, explicó el Ministro.

En este marco, es que nuestro equipo de salud se encuentra trabajando fuertemente en tarea de prevención, en este caso, en la salud de las mujeres. Tenemos una dirección, una estrategia y fuertes convicciones para lograr cumplir las metas establecidas y llegar a los 66 mil Test de V.P.H. en los próximos meses”, puntualizó el ministro Flores, al tiempo que instó a todas las mujeres de 30 años o más a realizarse los controles de salud pertinentes.

El test de V.P.H. es un estudio para detectar la presencia del Virus del Papiloma Humano. En función de su potencial para determinar cáncer de cuello de útero, estos virus se clasifican en dos grupos: de bajo y de alto riesgo. El test molecular de V.P.H., determina si la paciente tiene uno o más tipos del virus V.P.H., funciona gracias a que descubre los “rastros” genéticos (ADN) del virus en las células infectadas y permite el diagnóstico de V.P.H. en fase latente, anticipándose varios años a las lesiones pre malignas o malignas. Para el test molecular de V.P.H. se usan muestras de células de cuello uterino similares a las utilizadas para el P.A.P. Así se comprueba la presencia o no de los subtipos virales del V.P.H.

Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas, se transmiten de persona a persona por medio del contacto íntimo que se produce en la actividad sexual, incluyendo el sexo vaginal, anal y oral, en

ocasiones pueden existir otros mecanismos de contagio, como la transmisión perinatal o la vía parenteral.

El Virus del Papiloma Humano conocido por sus siglas V.P.H., se encuentra dentro de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), ya que se transmiten principalmente por vía sexual que afectan a hombres y mujeres. Son un grupo de más de 150 virus, a cada variedad se le asigna un número lo que es llamado tipo de V.P.H. Son denominados “papilomas” debido a que algunos tipos causan verruga o papilomas, los cuales son tumores no cancerosos. Estos son atraídos a las células epiteliales escamosas y solo pueden vivir en estas células del cuerpo. Las células epiteliales escamosas son células planas y delgadas que se encuentran en la superficie de la piel, el cuello uterino, la vagina, el ano, la vulva, la cabeza del pene, la boca y la garganta. Los tipos de V.P.H. no crecen en otras partes del cuerpo, y pueden causar lesiones que deriven en distintos tipos de cáncer, el más frecuente el ellos: cáncer de cuello de útero.

El 70% de las mujeres y hombres pueden estar en contacto con el virus, al menos una vez en su vida; también se sabe que en alrededor del 90% de los casos el virus se elimina espontáneamente, por la inmunidad de la persona infectada. En aquellos casos en los cuales la infección no desaparece y persiste en el tiempo, puede llevar al desarrollo de lesiones que, si no son detectadas y tratadas a tiempo, pueden conducir al desarrollo del cáncer. Se estima que aproximadamente el 80% de las mujeres sexualmente activas están en riesgo de contraer la infección por V.P.H. durante el transcurso de sus vidas. Los virus V.P.H. tipos 16, 18, 45, 31 y 33 son los responsables de aproximadamente el 83% de los casos de cáncer de cuello de útero en América Latina. Esta dolencia afecta a cerca de medio millón de mujeres en el mundo cada año y es el segundo cáncer más frecuente en mujeres menores de 45 años de edad (luego del cáncer de mama). Son los serotipos más agresivos y se potencializa cuando las personas bajan las defensas.

El V.P.H. puede manifestarse con la aparición de verrugas en el área genital principalmente, si bien estas pueden aparecer también en la zona anal o incluso en la cavidad oral. Puede hacerse evidente en la vagina o en el cuello uterino durante el examen ginecológico, detectarse mediante la prueba del Papanicolaou o con el uso de pruebas moleculares específicas. El control médico es imprescindible para la detección. El 90% de las mujeres que se infectan por el virus de V.P.H. presentan una respuesta inmune que elimina la detección del virus dentro de los siguientes 24 meses. El 10% restante son aquellas que presentan la infección de forma persistente y en quienes es mayor el riesgo de presentar las lesiones pre-malignas o cáncer del cuello uterino.

El contagio del V.P.H. se produce eminentemente por relaciones sexuales. La posibilidad de contagio no sexual es casi nula. El riesgo de adquirir la infección por este virus está presente durante toda la vida sexual activa, sin embargo, es en la adolescencia cuando este riesgo es mayor.

Para disminuir las posibilidades de contagio del V.P.H. hay que considerar las recomendaciones para un sexo seguro. A mayor número de parejas sexuales mayores posibilidades de contagio del mismo y de cualquier enfermedad sexualmente transmisible. Las relaciones sin el uso de métodos de barrera (preservativo) aumentan el riesgo de infección también. Obviamente el uso de la vacuna contra el V.P.H. genera una inmunización en contra de algunos tipos del virus, sin embargo no tendría por qué eximir de los cuidados de una sexualidad responsable. La Vacunación contra el V.P.H. es sin duda la mejor estrategia individual para prevenirlo, pero debe estar obligatoriamente acompañada por todas las demás medidas que disminuyan el riesgo de adquirir la infección y por promulgar por un adecuado y sistemático control ginecológico.

Sostener un plan de consultas médicas periódicas es importante para el control y para facilitar el acceso a la información. La infección por V.P.H. muchas veces pasa

desapercibida para quienes los sufren hasta que su ginecólogo, en un chequeo de rutina lo diagnostica.

Se recomienda a todas las mujeres realizarse el Papanicolaou (PAP) y el test del V.P.H. Según la indicación de su médico. Esta prueba detecta las alteraciones celulares de manera que puedan ser evaluadas por el profesional de cabecera y él sea el encargado de definir la conducta a seguir.

Se considera que el uso del preservativo disminuye el riesgo de contagio en una relación sexual en aproximadamente el 70%. Generalmente se indica su uso aun en una pareja estable hasta que la infección por el V.P.H. no sea más detectable.

La transmisión vertical, es decir de madre a hijo, puede producirse especialmente en el momento del nacimiento en el parto vaginal en pacientes que presentan en ese momento lesiones por V.P.H. de importante magnitud. Solamente en esos casos se indica el nacimiento por cesárea como forma de prevenir el contagio.

Existe riesgo de contagio en el sexo oral, por eso la recomendación del uso de métodos de barrera en toda modalidad de relación sexual. La vacuna contra el V.P.H. ha demostrado disminuir también la posibilidad de contagio a través de esta vía.

Los virus del papiloma humano son un grupo de virus relacionados entre sí. Pueden causar verrugas en diferentes partes del cuerpo. Existen más de 200 tipos. Cerca de 40 de ellos afectan a los genitales. Estos se propagan a través del contacto sexual con una persona infectada. Algunos de ellos pueden ponerle en riesgo desarrollar un cáncer.

Existen dos categorías de V.P.H. transmitidos por vía sexual. El V.P.H. de bajo riesgo causa verrugas genitales.

El V.P.H. de alto riesgo puede causar varios tipos de cáncer:

- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer del ano.

### Algunos tipos de cáncer oral y de garganta:

- Cáncer de vulva.
- Cáncer de vagina.
- Cáncer del pene.

Las infecciones por V.P.H. son las infecciones de transmisión sexual más comunes en los Estados Unidos. Cualquier persona que ha sido activo sexualmente puede contraer el virus, pero usted está en mayor riesgo si ha tenido muchas parejas sexuales o si ha estado con alguien que ha tenido muchas parejas. Debido a que es muy común, la mayoría de las personas se contagian con V.P.H. poco después de ser sexualmente activos por primera vez.

Algunas personas desarrollan verrugas genitales por infección de V.P.H., pero otras no muestran síntomas. La mayoría elimina las infecciones de V.P.H. en dos a tres años sin desarrollar cáncer. Sin embargo, algunas infecciones pueden persistir por muchos años. Estas infecciones pueden generar cambios en las células que, si no se tratan, pueden volverse cancerosas.

En las mujeres, las pruebas de Papanicolaou pueden detectar cambios en el cuello uterino que pueden convertirse en cáncer. Las pruebas de Papanicolaou, junto a los exámenes de V.P.H., son pruebas de detección del cáncer cervical.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce en gran parte, aunque no elimina completamente, el riesgo de contraer y contagiar el V.P.H. La forma más confiable de evitar la infección es no tener sexo anal, vaginal u oral. Las vacunas pueden proteger contra varios tipos de V.P.H., incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.

Según la O.M.S., el cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer. Prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por el Virus del Papiloma Humano.

En sus etapas más tempranas, el cáncer cervical es más tratable y por lo general no produce ningún síntoma y es por esta razón que frecuentemente las autoridades de la salud insisten en la realización de citologías periódicas, a través de campañas y autorizaciones anuales en las entidades de salud para que se tomen el examen, además de la importancia de protegerse con preservativo a la hora de tener relaciones sexuales.

El desarrollo del cáncer cervical es un proceso gradual que comienza como una condición pre-cancerosa llamada displasia. A este nivel es 100% tratable y, por lo general, no se necesita practicar una histerectomía (extracción quirúrgica del útero).

La displasia, dependiendo de su severidad, puede resolverse sin tratamiento, particularmente en mujeres jóvenes. Sin embargo, con frecuencia evoluciona hasta un verdadero cáncer, llamado “carcinoma in situ” (C.I.S.) cuando todavía no se ha extendido, o “micro invasivo” es cuando lo ha hecho sólo unos pocos milímetros hacia el tejido circundante, sin haber penetrado en los vasos sanguíneos ni los canales linfáticos.

Puede tomar muchos años para que la displasia se convierta en “carcinoma in situ” o en cáncer micro invasivo, pero una vez que se presenta este proceso, el cáncer se puede extender rápidamente hacia el interior de los tejidos vecinos y hacia otros órganos como la vejiga, los intestinos, el hígado o los pulmones.

En cuanto a los síntomas aparecen, los más comunes son:

- ✓ Sangrado vaginal anomalías entre períodos menstruales, luego del coito, de una ducha o después de la menopausia.
- ✓ Secreción vaginal pálida, aguada, rosada, marrón o con sangre y persistente; puede ser oscura y con mal olor.

Los síntomas de la enfermedad avanzada son:

- Anorexia.
- Pérdida de peso.

- Fatiga.
- Dolor en la espalda o en las piernas.
- Pérdida involuntaria de orina o heces por la vagina a través de un pasaje anormal tipo tubo (fístula) que conecta la vagina con la vejiga o el recto.

Factores de riesgo para el cáncer cervical abarcan:

- Tener relaciones sexuales a temprana edad.
- Tener múltiples compañeros sexuales.
- Parejas sexuales que tengan múltiples compañeros sexuales o que participen en actividades sexuales de alto riesgo.
- Sistema inmunitario debilitado.
- Cáncer de cuello uterino en el mundo.

En el mundo 231,000 mujeres mueren cada año por cáncer de cuello uterino, es el ejemplo de la más dolorosa de las inequidades del cáncer. El 80% de las muertes por esa causa ocurre en los países en desarrollo, donde cada día mueren más de 600 mujeres por este cáncer, en Latinoamérica y el Caribe la incidencia llega al doble, y la mortalidad al triple, de la que se presenta en los países desarrollados (Paerriago, Mirta Roses 2011). Cáncer de cuello uterino en el mundo. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

### Cáncer de Útero

Los cambios en las células que cubren las paredes del cuello del útero determinan la aparición del Cáncer. Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas por diversos factores, manifestándose como lesiones en la pared del útero.

Existen múltiples factores asociados en la evolución de las lesiones intraepiteliales (L.I.E.) en el cuello uterino hacia el desarrollo del cáncer de cuello de útero, entre las principales se encuentran:



- a) La exposición a ciertas variedades del Virus del Papiloma virus Humano considerados de alto riesgo 16 –18.
- b) Falta de Prevención: No hacerse la prueba de detección de cáncer cérvicouterino periódicamente.
- c) Relaciones sexuales: Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana, tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- d) Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.): Contraer el V.I.H., que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el V.P.H., tener una historia familiar de cáncer cérvicouterino.
- e) Grupo de edad: Las mujeres de 30-59 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad.
- f) Fumar.
- g) Estado socio-económico: Las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Cabe destacar que el principal factor de riesgo es la exposición a ciertas variedades de Virus Papiloma Humano, es una Infección de Transmisión Sexual (I.T.S.) que en su mayoría es asintomático y se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva, dada esta característica del V.P.H., puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte, sin embargo, en algunos estudios demuestran que la infección por V.P.H. es necesaria, más no suficiente para el desarrollo del cáncer, pues se requieren otros cofactores(Fisher, Ch; Altman DG 1994). Estadística practica para investigación médica. Editorial Chapman y Pasillo. Londres.)

Según la OPS-OMS (OPS 1984). Realizo un artículo acerca de definir la salud (Publicación de la OPS 23. Washington D.C.) En un análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela para el año 2000, refiere que las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar en las principales causas de muerte en 1999 (14,3%); predominando las del aparato digestivo y principalmente estómago en ambos sexos. En las mujeres la segunda causa la ocupó el cáncer de cuello uterino con una tasa de 13,1 por 100.000 mujeres y el mayor riesgo en las edades de 25 a 64 años (202,6 por 100.000 mujeres) y sigue en orden de importancia el cáncer de mama con una tasa de 8,8 por 100.000 mujeres, principalmente a partir de los 30 años alcanzando la mayor proporción de los 45 a 59 años. De acuerdo al anuario de mortalidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) para el año 2005 refiere que el cáncer cérvicouterino representa la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 a 44 años de edad, y la segunda por todas las causas.

La tendencia de las tasas de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino ha evidenciado un alza desde el quinquenio 1985-1990, la cual fue aún mayor en 199–1995, cuando la tasa de mortalidad se situó en 11,5 por 100.000 mujeres, quizás impulsado por el deterioro de los servicios de salud y las bajas coberturas de los mismos y por las crisis económica del país durante la década de los ochenta (Capote N. 1998). Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Venezuela. Registro Central del Cáncer de la Dirección de Oncológica. Caracas, Venezuela.

### Las representaciones sociales

Aunque el concepto de representación social puede encontrarse en diferentes textos de psicología y psicología social, su elaboración conceptual y formulación teórica es relativamente reciente y se debe a Serge Moscovici (1961).

La finalidad de este psicólogo social es la de reformular en términos psicosociales el concepto Durkheimiano de representación colectiva.

Para Durkheim (1898) las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden explicarse como epifenómenos de la vida individual o recurriendo a una psicología individual.

Según Moscovici, el concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico. En opinión de este psicólogo social las representaciones sociales no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Las representaciones colectivas son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias, mientras que las representaciones sociales son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados (Reyes Ramón, 2009). Diccionario crítico de Ciencias Sociales.

El énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social, son elementos centrales de la teoría de las representaciones sociales. Moscovici (1991) indica que en la interacción sujeto-objeto, no existe un solo sujeto, sino que intervienen otros sujetos, a los que el autor les llama Alter, que además de relacionarse estrechamente entre ellos, guardan también íntima relación con el objeto social.

De esta forma, Moscovici pasa de un esquema diádico, donde sujeto y objeto interactúan, para pasar a un esquema tríadico donde los otros sujetos también interactúan e inciden en la relación sujeto-objeto (Opus Cit.). Es decir, que las personas se relacionan unas con otras formando opiniones, creencias y valores que derivan en comportamientos o acciones determinadas.

Son múltiples los autores que tratan de definir las representaciones sociales, a continuación mencionaremos algunas de ellas:

Para Moscovici (Moscovici, 1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina. (Huemul, 1979) es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.

Jodelet (1984). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En Moscovici (Psicología Social II. Pensamiento y vida social) psicología social y problemas sociales, plantea que es la manera en que los sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo” e ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico.

Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc.

Para María Auxiliadora Banchs (1986) el concepto de representaciones sociales y análisis comparativo, son las formas del conocimiento del sentido común propio a las

sociedades modernas bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación de masas, en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuyas sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata.

Tomás Ibáñez (1988) es de la idea que la representación social, es a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad.

Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración. La representación social constituye en parte el objeto que representa. No es el reflejo interior, es decir, situado en la cabeza de los sujetos, de una realidad exterior, sino que es un factor constitutivo de la propia realidad.

La representación social es un proceso de construcción de la realidad y debemos entender esta afirmación en un doble sentido: primero, en el sentido de que las representaciones sociales forman parte de la realidad social, contribuyen pues a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos. Segundo, en el sentido de que las representaciones sociales contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. Es porque la representación social construye en parte su objeto por lo

cual este objeto es, en parte, realmente tal y como aparece a través de su representación social.

Se comprende que la noción de representación social involucra lo psicológico, lo cognitivo y lo social, ya que el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propias de cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la sociedad.

Dos son los procesos a través de los cuales se generan las representaciones sociales. El primero es definido como anclaje y supone un proceso de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas. Este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos es propio. El segundo proceso es definido como objetivación y consiste en transformar entidades abstractas en algo concreto y material, los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes.

Por último Sandoval (1997) señala que las representaciones sociales tienen cuatro funciones las cuales son:

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.
- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

Es así como a partir de las representaciones sociales, las personas producen los significados que se requieren para comprender, evaluar comunicar y actuar en el mundo social.

## El Estado del Arte

Tamayo, Lucía Stella, Ma. Guadalupe Chávez, Liliana María Henao F. (2008). La percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). Publicación de la Universidad de la Colima, México la cual realizo un trabajo sobre el cáncer de cuello uterino y su percepción más allá de las mujeres en Antioquia. Estos autores plantean que el cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública en América Latina. Los aspectos socioculturales son relevantes para comprender las percepciones y las necesidades de las mujeres que determinan el acceso a los servicios de salud.

El objetivo de su trabajo fue describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, causas, prevención y autocuidado. Utilizó una metodología cualitativa, a través del Grupo de Discusión (estrategia metodológica), se realizaron veintidós grupos en tres municipios de Antioquia (Colombia) y en un municipio de Colima (México), con 108 mujeres.

Los resultados mostraron que las descripciones e interpretaciones son construcciones colectivas, influidas por información del sector salud, medios de comunicación y familia. La mayoría no relacionaron al cáncer de cuello uterino con infecciones cérvicovaginales ni con el comportamiento sexual y/o reproductivo. La aceptación o no de la citología es producto de experiencias y deber.

Conclusiones: La equidad en el acceso considera diferencias culturales y necesidades específicas de las mujeres, rompe barreras culturales y abre espacios de participación en los servicios de salud.

Las creencias sobre los estudios ginecológicos y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas fueron estudiadas por María Teresa Urrutia (2012). Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas (Publicación de la Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.). De acuerdo a su artículo

son variadas las descripciones en relación a las creencias y como estas se relacionan con las conductas preventivas en cáncer cérvicouterino. El objetivo del trabajo fue describir las creencias que tienen un grupo de mujeres chilenas pertenecientes al sistema público de atención acerca del Papanicolaou y cáncer cérvicouterino. Metodológicamente se basó en un estudio analítico de corte transversal realizado en 333 mujeres chilenas.

Se estudiaron las creencias sobre el Papanicolaou y el cáncer cérvicouterino con un instrumento desarrollado y validado en población chilena (CPC-28). Los resultados mostraron que el 96% de las mujeres refiere tener un Papanicolaou en los últimos 3 años. El antecedente familiar es reportado por el 49,8% como causa de cáncer cérvicouterino. La barrera principal para adherir al Papanicolaou es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida. La principal señal de acción que impulsa a que la mujer adhiera al tamizaje es la indicación entregada por el doctor, el beneficio más importante es el cuidado de la salud. El 14,1% señala la presencia de relaciones sexuales como necesaria para adherir al tamizaje. El 17,4% de las mujeres se percibe fuera de riesgo de desarrollar un cáncer cérvicouterino. Las seis dimensiones estudiadas se correlacionan entre sí.

Concluyen que las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población, empezando por valorarlas y conocimiento acerca del cáncer de cérvicouterino y conocimiento sobre virus del papiloma humano.

Paolino y Arrosi (2012) trabajaron sobre el análisis de la relación entre los conocimientos de las mujeres acerca del test del V.P.H. y el cáncer de cuello de útero, y la realización del estudio ginecológico, Melisa; Silvina Arrossi (2012). La relación entre los conocimientos de las mujeres acerca del cáncer de cuello de útero (Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología. Ministerio de Salud de la Nación.). Parten de considerar que el cáncer de cuello de útero es una de las principales causas de muerte por cáncer en



mujeres de los países en desarrollo, a pesar de ser una enfermedad prevenible con acciones eficaces y de bajo costo. Un componente fundamental de un programa de tamizaje es la alta cobertura de realización de test del virus de papiloma humano, la que está determinada por factores sociales, económicos y culturales.

Entre estos factores se encuentra el conocimiento que poseen las mujeres acerca de la enfermedad y sus formas de prevención. Objetivos específicos:

- 1- Describir los conocimientos de las mujeres acerca del cáncer cérvicouterino y formas de prevención.
- 2- Analizar la relación entre nivel de conocimiento sobre la enfermedad y la realización del test del virus del papiloma humano.
- 3- Describir los conocimientos de las mujeres acerca del V.P.H Metodología: cuantitativa.

Estudio caso-control de base hospitalaria. Muestra: Casos: 100 mujeres con Papanicolaou en los últimos tres años.

Controles: 100 mujeres sin P.A.P. en los últimos tres años o que nunca hayan realizado.

Técnica: Encuesta a mujeres que se encontraban en las salas de espera de la institución.

Un cuestionario estructurado compuesto por cinco módulos: características socio demográfico, uso del sistema de salud, conocimiento acerca del Papanicolaou.

Un artículo sobre las causas por los cuales las mujeres no se realizan el Papanicolaou fue escrito por Arrosi Silvina (2010). ¿Por qué las mujeres no se realizan el test del V.P.H.? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cérvicouterino (Auge del servicio de salud metropolitano sur oriente. Rev. Chile. Obstet. Ginecol. 75(5):284-289.) Según esta investigadora los beneficios del test de Papanicolaou (P.A.P.) en reducir la

mortalidad de cáncer cérvicouterino han sido bien documentados a nivel mundial y nacional. Sin embargo, aún persisten mujeres que no se realizan el Papanicolaou rutinariamente.

El objetivo de su trabajo fue conocer la percepción que tienen los profesionales de la salud en relación a las causas por las cuales las mujeres no se toman la prueba del P.AP. Baso su trabajo en un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 59 profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente de la ciudad de Santiago, provenientes de los tres niveles de atención del programa cáncer cérvicouterino. Arribo a los siguientes resultados: el promedio de edad de los profesionales fue de  $39,2 \pm 10,3$  años. El tiempo promedio en el cargo es de  $7,7 \pm 7,4$  años. Un 41% de los profesionales de la salud tienen la percepción que las mujeres tienen un conocimiento parcial sobre la importancia de realizarse los estudios ginecológicos, mientras que un 48,3% refiere que las mujeres no tienen conocimiento sobres las normas de control Falta de conocimiento, miedo, dejación y la falta de tiempo por parte de las mujeres surgen como las principales razones que los profesionales atribuyen a que las mujeres no se realicen el test del V.P.H.

Concluye en que estos resultados pueden servir para diseñar y/o actualizar los contenidos educativos entregados a las mujeres con el propósito de aumentar el conocimiento y el nivel de conciencia sobre la importancia de la toma de esta prueba (Urrutía, María Teresa; Alejandra Araya, Lauren Poupin 2012) (Enfermera Matrona, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Departamento de Salud de la Mujer, Universidad Católica de Chile.)

## La metodología de la investigación

El presente trabajo de investigación se realizó dentro de una metodología de tipo cualitativa, basado desde un paradigma interpretativo de corte transversal (Vasilachis de Gialdino, 1993; Triviños, 1998; Taylor y Bogdan, 1996). Que permitió comprender aquella realidad simbólica estructurada por medio de la inserción y participación, a fin de captar la perspectiva de los sujetos y comprender a su vez su sentido de acción.

Mediante la metodología cualitativa se buscó profundizar en el conocimiento, comprensión e interpretación de situaciones y fenómenos sociales, así como señalar el significado de la conducta de los actores participante.

Se eligió este modelo debido a que se nos permitía organizar los datos o hechos significativos, recogiendo en la tarea de campo, mediante la construcción de categorías de análisis.

Este tipo de abordaje intentó percibir situación planteada teniendo en cuenta el modelo cultural donde se manifiesta.

Desde estas perspectivas se quiso abordar el problema desde el punto de vista de los sujetos investigados de manera tal que puedan ser entendidos como estos perciben y categorizar la problemática en estudio. (Pineda, Beatriz, Elia y otras. 1994) (Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Unidad IV Problemas y objetivos, 2da Edición, p. 51. 28 En la propuesta metodológica se seguirán los lineamientos teóricos de: Triviños, A. (1998). "Introdução à pesquisa em ciências sociais." Editorial Atlas. Sao Paulo, Brasil. Taylor, S.; R. Bogdan (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Barcelona, España. Vasilachis de Gialdino, I. (1993). Métodos Cualitativos II: la práctica de la investigación. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, Argentina. Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento: la investigación cualitativa en salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina. 35

PINEDA, Beatriz, Elia y otras. (1994): Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Unidad IV Problemas y objetivos, 2da Edición, p. 51.)

#### Procedencia y técnicas de recolección de datos

Los datos que se analizaron procedieron de dos fuentes primarias: una entrevista en profundidad, y una observación participante. La entrevista en profundidad, se consideró una técnica adecuada y necesaria para llegar a obtener el conocimiento desde el punto de vista de los miembros de un grupo social o de los participantes en una cultura (Sirvent, 1995).

La entrevista semiestructurada, determinando antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hicieron preguntas abiertas dando oportunidad a recibir un amplio matiz de respuestas, esto permitió ir entrelazando temas, pero requirió una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y ampliar los temas capacidad escucha de escucha atenta. (Delgado y Gutiérrez, 1995).

La entrevista se constituye en uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales y la vida de esta sociedad o cultura obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos. Lo que se persiguió con ella no es contrastar una idea, creencia o supuestos, sino acercarse a las ideas, creencias o supuestos mantenidos por el otro cultural. (Yuni y Urbano, 2003, p. 65).

En el caso de la observación participante, la misma se utiliza como un proceso por el cual se mantiene la presencia del observador en una situación social con la finalidad de realizar una investigación científica. El observador está en relación cara a cara con los observados y al participar de la vida de ellos, en su escenario natural, recoge datos. Así el observador es parte del contexto bajo observación, al mismo tiempo modificando y siendo modificado por este contexto (Testa, 1997, p. 132).

La construcción del conocimiento en salud de Sampieri (2008, p. 302). Y la observación participante ayudo de esta observadas entre el discurso (lo formal) y la práctica (lo real), a través de las propias contradicciones vivenciadas en lo cotidiano del grupo.

### El tipo de estudio

El modelo de investigación a seguir será el cualitativo. Se eligió este modelo debido a que nos permite organizar los datos o hechos significativos recogidos en la tarea de campo para descubrir las relaciones con las causas que lo provocaron. Dentro de él se seleccionará un tipo de diseño descriptivo exploratorio prospectivo con un corte temporal transversal. La comunicación con los sujetos no sólo es un instrumento para coleccionar información sino también un medio para aclarar las significancias de las expresiones personales de esos sujetos. (Sampieri, 2008, p.192).

### Selección del universo y la muestra

Como universo de estudio se consideraron a todas las usuarias concurrentes al Centro de Salud Coronel Arias del barrio del mismo nombre. En función de los objetivos previamente planteados, se consideró como población accesible a todas las mujeres entre 30 a 59 años que concurrieron al consultorio externo del Puesto de Salud de Coronel Arias Debido a la amplitud de la población accesible considerada se decidió trabajar con una muestra representativa de estudio para la realización de las entrevistas en profundidad.

La población que se seleccionó para realizar la entrevista en profundidad estuvo conformada por 9 (nueve) mujeres entre los siguientes grupos etéreos: 3 (tres) de 30 a 39 años, 3 (tres) de 40 a 49 años y 3 (tres) de 50 a 59 años residente del barrio Coronel Arias. Estas serán seleccionadas a través de un muestreo intencional.

La observación participante se llevó a cabo con todos los concurrentes al consultorio externo del Centro de Salud Coronel Arias consultorio externo.

El análisis de los datos obtenidos tuvo doble finalidad. La primera heurística, esto significa que se realiza la técnica de recolección de datos en el contexto del descubrimiento de la investigación y se propone como una actitud de búsqueda de parte del propio material recogido. La otra finalidad será para ampliar la comprensión de los contextos culturales con sus significaciones que supere el nivel espontáneo de los mensajes (Bardin, 1979).

Operacionalmente consustanciada con los aportes de Souza Minayo, 1995. Se realizó el siguiente esquema de análisis:

1. Ordenación de los datos: que engloba tanto el ordenamiento de las entrevistas como así también el conjunto del material ha recogido en la observación.

En esta etapa se incluyó:

- a) Desgravaciones de entrevistas y ordenamiento de los datos recogidos en la libreta de campo.
- b) Relectura del material.
- c) Organización de los relatos en determinado orden, lo que supone un inicio de clasificación en categorías ad—hoc.
- d) Organización de los datos de las observaciones de acuerdo con la propuesta analítica.

2. Clasificación de los datos: el momento clasificatorio, se compuso de las siguientes etapas:

- a) Lectura exhaustiva y repetida de los textos, que permite aprender las estructuras de relevancias de los actores sociales, las ideas centrales intentaron transmitir y los momentos claves de sus existencia sobre el tema en foco. Esta actividad ayudo procesualmente a establecer

categorías empíricas, confrontándose con las categorías analíticas teóricamente establecidas.

b) Constitución de un “Corpus” o de varios Corpus de comunicaciones se el conjunto de la informaciones no es homogéneo. Fue un proceso de profundización del análisis que permitió rehacer y refinar el movimiento clasificatorio.

3. Análisis final: se realizó el análisis cualitativo de las entrevistas y de las observaciones a partir de diferentes estrategias implementadas en el terreno. A partir de este corpus de datos se logró una “vinculación estratégica con la realidad” (Bulmer, 1978).

A partir del discurso y análisis de las voces de los actores sociales se determinaron categorías de análisis con sus correspondientes subcategorías de acuerdo al siguiente detalle de las representaciones sociales en relación sobre el test del Virus del Papiloma Humano en relación al cuidado de la salud la mujer.

### Resultados y Análisis Crítico

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del discurso de los actores sociales que reflejan las percepciones que tienen a cerca de la infección del virus del papiloma humano.

El análisis de las observaciones y entrevistas realizadas determinar las siguientes categorías de análisis.

#### 1- Representaciones sobre la práctica en V.P.H.

Las representaciones sociales no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. (Schwat, 1995, p. 102). El énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la

realidad social a partir de su construcción social, son elementos centrales de la teoría de las representaciones sociales. Moscovici (1991) indica que en la interacción sujeto-objeto, no existe un solo sujeto, sino que intervienen otros sujetos, a los que el autor les llama Alter, que además de relacionarse estrechamente entre ellos, guardan también íntima relación con el objeto social.

#### 1.a)-Conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano

La salud es un proceso, una construcción social relativa a un tiempo, espacio y cultura determinada en la que el sujeto aprehende la realidad desde una perspectiva integradora, transformándose a sí mismo en inter-juego dialéctico con el medio (Agüero, 2002, p.39-48).

En relación a esto se hará un análisis de las múltiples realidades como representaciones sociales existentes, insertas como formas de pensamiento en contextos específicos que integran formas específicas de distribución de los recursos económicos, sociales, culturales y simbólicos; sin embargo no son absolutamente determinantes en la estructura de sus agentes, sino que éstos participan en la construcción de esa estructura social al asignarle significados, signos y legitimidad, (Piñero, 2008, p. 233).

La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu hacen una articulación conceptual de la revista de investigación educativa que menciona la idea de la representación social que subyace, es a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos. Que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad (p. 234).

En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración. La representación social constituye en



parte el objeto que representa. No es el reflejo interior, es decir, situado en la cabeza de los sujetos, de una realidad exterior, sino que es un factor constitutivo de la propia realidad.

En cuanto a las entrevistas manifestaban las siguientes voces:

(..) Para que me voy a hacer ese estudio si me siento bien.

(..) Yo estoy bien sanita no me duele nada.

(..) Para que me voy a hacer tocar, no mira si se despierta una enfermedad.

En las entrevistas se entiende el cierto grado las construcciones simbólicas que se crean en relación al concepto de salud- enfermedad y una clara naturalización en su asociación con el bienestar. Se trata de nociones e ideas, saberes y prácticas, valores y pautas culturales, como así también, habilidad de negociación y capacidad de representación que permiten hacer una lectura del contexto; que es determinante e implica tanto aquello que se manifestó, como aquello ligado al “bienestar”, más allá de que pueda reconocerlo explícitamente.

Al incorporar todos estos elementos en el análisis de la salud empiezan a visibilizarse las relaciones e interacciones entre los actores, con situaciones y prácticas con saberes diversos, se ponen en disputa las posiciones de los jugadores en un mismo campo (Spinelli, 2010, p. 301). La conceptualización de la salud se lo vincula a la falta de dolor de síntomas de enfermedad, es decir no sentir malestar en el cuerpo, estar bien de salud. Poniendo énfasis en el aspecto biológico como se abordan centrados en la enfermedad en un aspecto biológico que nos remite a mirar la salud como ausencia de enfermedad, concepción fuertemente encuadrada en lo asistencial, que configura un riesgo potencial que tendrá un impacto negativo de la salud de las mujeres.

Las representaciones colectivas son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias, mientras que las representaciones sociales son

fenómenos que necesitan ser descritos y explicados, por ello considerando el carácter el dinamismo de las representaciones sociales alienta a revisar nuevas concepciones de salud y de construir aquella que pone en riesgo la salud de las mujeres.

Es decir, el “bienestar” que manifiesta tener se encuentra asociado a la ausencia de enfermedad, da cuenta del bajo nivel de alarma que se traducen en complicaciones que afecta a las mujeres y familia de nuestro sector. Es así como se potencia el riesgo al silenciar signos que se manifiestan, pero no son percibidos como tal.

## 2- Concepción sobre la salud ginecológica

La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que permite un mayor control sobre la salud y su mejora. Esta aproximación hace mucho más accesibles las acciones orientadas hacia al bienestar, al crecimiento y al envejecimiento saludable. La nueva óptica conocida como perspectiva salutogénica pone énfasis en aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad. (Antonovsky, 1996, p. 87).

En el modelo salutogénico ganan valor los activos para la salud que es todo aquel factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar. Esta metodología se centra en los activos, busca las ventajas y reconoce los talentos, habilidades, intereses y experiencias de cada uno y caminar hacia un concepto salutogénico en el que se estudian los factores que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar en todas las dimensiones de la persona. (Sánchez, D.Y., Lineros C. & Hernán M. 2009).

En relación con esta idea, Antonovsky (1996) postulaba que si las personas actuaran con conductas promotoras de salud, los riesgos se minimizarían y ahorrarían sufrimiento (p. 112).

Estas conductas se manifiestan en las voces de las mujeres expresaban lo siguientes:

(..) Para que me voy a hacer ese estudio si me siento bien.

(..) Yo estoy bien sanita no me duele nada.

(..) Para que me voy a hacer tocar, no mira si se despierta una enfermedad.

Con estas expresiones se evidencian las representaciones sociales de las mujeres respecto a la noción de salud, asociada al bienestar, con el sentirse bien, el no padecer un dolor y por lo tanto, no consideran necesario hacer una consulta ginecológica, puesto que implicaría perjudicar su buen estado de salud despertando una enfermedad al ser examinadas por el estudio del V.P.H.

Es decir, el “bienestar” que manifiestan se encuentra asociada a la ausencia de enfermedad, considerando el carácter dinámico de las representaciones sociales alienta a revisar las concepciones de salud y desconstruir la naturalización asociada con el bienestar, aquella que pone en riesgo la salud de las mujeres.

En otras palabras, el énfasis se centra en el aspecto biológico (biomédico) centrados en la enfermedad que remite a mirar la salud como ausencia de enfermedad, concepción fuertemente situada a la idiosincrasia cultural, que configura un riesgo potencial que tendrá un impacto negativo en la salud de las mujeres entrevistadas.

En efecto, estas representaciones sociales de las mujeres no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. (Moscovici, 1991, p. 98).

## 2. a. Representaciones sobre el estudio del test VPH

Las representaciones, son forma de conocimiento social elaborado y construido con una orientación práctica de una realidad común en un conjunto social. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los

hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Jodelet, 1984, p. 99).

También, el autor plantea que es la manera en que los sujetos sociales, aprehenden los acontecimientos de la vida cotidiana, acorde a sistema de creencias que dan significaciones a sus prácticas, como también las personas del entorno próximo. Es el conocimiento “espontáneo”, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico.

Concretamente estas representaciones se evidencian en las voces de las mujeres entrevistadas:

(..) Me hago el estudio para saber si tengo un virus.

(..) Para prevenir una enfermedad de las mujeres.

(..) Para saber si tengo infecciones reiteradas

(..) Para no tener cáncer.

(..) Para saber cómo estoy, si ando bien o mal

Conviene subrayar que las representaciones sociales que manifiestan las mujeres respecto al estudio del V.P.H., destacan que lo realizan para prevenir una enfermedad, virus, infecciones, cáncer y conocer su estado de salud mediante un estudio ginecológico.

Dicho de otra manera, se sabe que el sujeto es un ser social, ya que sus actividades son simbólica como cognitivas y esto se refleja en las practicas que las mujeres se transmiten culturalmente, articulado con elementos afectivos, en el marco de los vínculos humanos, los que están impregnados de valores, actitudes, acciones e ideas, que marcan un modo de vivir, y de ser acorde a su cosmovisión (Jodelet, 1984, p. 102).

Por ello en las voces de las mujeres estos conocimientos se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales. Es decir adquieren un carácter dinámico y por tanto no

determina las representaciones que individuales cada una tenga a cerca de estudio a realizarse.

Ahora bien las representaciones colectivas llegan a tener un mecanismo explicativo a cerca de tema en discusión, con una impronta en las ideas y creencias de las mujeres de este sector. Por tanto se plantea la revisión a cerca de sus saberes, y la resignificación de aquellos que son potentes y beneficiosos para ellas, los conocimientos de las usuarias circula en las palabras, los discursos, mensajes constituida en una realidad común, acorde a la información, educación y comunicaciones que subyace entre las mujeres.

A continuación quedara reflejada en las voces de las entrevistadas sus pensamientos atravesados por las interacciones generacionales, creencias y percepciones.

¿Sabe que es el virus del papiloma humano?

(.) No sé lo que es el V.P.H., ni idea que enfermedad es.

(. ) Sé que es un virus que es primo del sida.

(.) Un virus que le contagian a la mujer.

De este modo las entrevistadas expresan que no saben o no tiene en claro que tipo de enfermedad trasmite el virus del papiloma humano.

Por tanto, queda en claro que las representaciones sociales son importantes para la vida cotidiana, puesto que orienta a las mujeres a definir y designar conjuntamente aspectos que tiene que ver con la realidad diaria de las mujeres, dándole significado y forma variada de interpretación.

En este sentido, se puede comprender las representaciones sociales, en tanto sistema de interpretación que rige, orienta y organiza las conductas de las mujeres como así también las comunicaciones sociales establecidas entre ellas.

En efecto, lo que contribuye a interpretar una realidad cotidiana en forma de conocimiento social, en relación a sus actividades mentales desplegadas por mujeres o

grupos de mujeres que deja establecida su posición en relación con situaciones, acontecimientos, y modos comunicacional que le conciernen.

### 3. Temores sobre la realización del estudio Virus del Papiloma Humano

El estudio del test de V.P.H., también es un tema difícil de tratar porque muchas mujeres nunca escucharon hablar sobre el virus y su relación con el cáncer de cuello de útero y no saben cómo se transmite, qué efectos puede tener una infección persistente y la característica asintomática de las lesiones que puede generar.

Por otro parte, la transmisión del virus puede ser asociada por las mujeres y los varones a prácticas de infidelidad y promiscuidad, generando sospechas de infidelidad, culpa y/o estigma en las mujeres V.P.H. y sus parejas.

Hablar sobre la realización de este estudio del test de V.P.H. genera miedo a tener la enfermedad, dado que la mayoría de las mujeres desconocen la posibilidad de que a través de la toma de una muestra puede prevenir el cáncer de cuello de útero.

Además, es un tema que puede generar vergüenza y/o incomodidad porque implica hablar sobre la vida privada y realizar prácticas que exponen al cuerpo.

Los controles ginecológicos son un método diagnóstico que se realiza a las mujeres con el fin de anticipar los problemas que afectan al aparato genital y reproductor de la mujer. Si se detectan alteraciones a nivel del cuello del útero, zona del tracto genital femenino se puede evitar complicaciones de salud como el cáncer del cérvicouterino.

El test está recomendado para las mujeres a mayor a los 35 años, puesto que a mujeres menores a esta edad la infección por V.P.H. no presentan lesiones. A ellas se recomienda realizarse el Papanicolaou, porque en la gran mayoría de las mujeres jóvenes la infección por V.P.H. se iría sola.

Los resultados negativos significan que no se ha identificado el V.P.H. de alto riesgo en el cuello del útero. Se recomienda volver a realizar un nuevo test cada 5 años.

(..) Porque me voy a hacer si soy viuda hace como 10 años.

(..) Para que si estoy hace años con mi marido.

(..) Miedo al resultado de una enfermedad.

(..) Prefiero no saber.

Esto nos viene a decir que las mujeres, en un conocimiento confuso y vago acerca del test y desconocimiento de sus beneficios, no pudiendo visibilizar la posibilidad reducción de riesgo por el medido y la vergüenza que les impide realizárselos. También aparece principalmente asociado a la edad reproductiva, y que por ser mayor sin una sexualidad activa, viudas, separadas y/o sin parejas, están exentas para el test. Idea totalmente errónea, que deja por fuera a las mujeres que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer cérvicouterino.

### 3. a .Pautas Culturales

El termino cultura tiene su historia, en el siglo XVIII se generaliza otra noción de cultura, de aquella que la contrapone a lo “natural” y a los “naturales”, considerados, desde entonces, incultos. Entonces cultura pasó a ser sinónimo de “civilización” y antónimo de “barbarie”. El estado culto, se relacionaba con el conocimiento científico-racional, los buenos modales, las bellas artes y la literatura.

Hoy es aceptada la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar compartida por un pueblo, y construida a lo largo de su historia. Esa es una definición que pro puso el escritor argentino Jorge Luis Borges (1960). Entonces, habría culturas y no sólo una cultura, porque cada pueblo tiene historias diferentes.

Los antropólogos que se dedican al estudio de las culturas, Huergo y Col (1992) entienden por cultura una condición o estado que todas las sociedades y todas las personas comparten, cuales quiera sean sus manifestaciones diferentes. Si bien todas las culturas poseen similitudes, tienen usos (como el saludo, por ejemplo), costumbres y normas, de

manera diferente. Sin embargo, algunas culturas han creído que son superiores a las demás y han actuado en consecuencia dominando a las otras.

Para el análisis de esta categoría, recordando que el objetivo de este trabajo es indagar las percepciones que tienen las mujeres se relaciona con las pautas culturales de las mujeres entre 30 y 59 años que asisten al Centro de salud Coronel Arias respecto al cáncer de cuello de útero.

En relación a las manifestaciones de las mujeres respecto a sus pautas culturales

(..) Para que si estoy sola hace mucho tiempo

(..) Y además me da mucha vergüenza.

(..) Yo prefiero que me atienda una mujer.

(..) Me han dicho otras mujeres que hace doler mucho.

Las mujeres por vergüenza y pudor porque saben que deben despojarse de su ropa interior y acostarse en una camilla ginecológica. Sometiéndose a una práctica para extraer un muestra. Consideran que por no tener vida sexual activa, las mujeres no necesitan realizarse estudios ginecológicos.

Se evidencia que los factores socioculturales son determinantes en la salud de las mujeres jujeñas del Barrio Coronel Arias, según la Dra. Silvia Necchi (1992).

Lo mencionado está centrado en la comprensión de los fenómenos socioculturales de los actores sociales con respecto a su salud y desde una perspectiva de género, sus relaciones con el medio, ha influenciado de manera directa en su comportamiento y manera de pensar y actuar en la mujer nortea.

Así mismo, la toma de muestra para el test de V.P.H. se les realiza en una camilla, y un profesional de salud introduce un cepillo para hacer un barrido con el fin de levantar células para enviar para el estudio del V.P.H. Prácticas que no es aceptada por la incomodidad que esto implica y la vergüenza de mostrar sus partes íntimas.



Como señalan Arrúe y Kalinsky (1997) el concepto de pensamiento mágico ha sido usado para contraponerlo al pensamiento científico-racional. Des de allí mismo se produjo su devaluación epistemológica, y agregan: “Una antropología aliada a lo exótico y a la inconmensurabilidad de las racionalidades ha hecho aparecer algunos conjuntos de creencias como comunicables o mágicos”.

Estos autores clasifican las características adjudicadas al pensamiento mágico:

- a. Uso irrestricto y tolerancia a la contradicción.
- b. Actitud acrítica a un cierto grupo de creencias.

Por consiguiente este conjunto de creencias y prácticas, de patrones culturales, que fluyen y existen en las comunidades con conductas que perpetúan y generan prácticas que perduran en el tiempo, puesto que se (re)producen. Y las mujeres del sector mantienen creencias aceptadas, idealizadas que se viene perpetuando a generaciones actuales con unas cosmovisiones que se instaura con total vigencia en la actualidad.

### 3. b. La cotidianeidad de la mujer jujeña

Entender la vida cotidiana como el espacio y el tiempo en que se manifiestan, en forma inmediata, las relaciones que los hombres establecen entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, configurándose así lo que hemos denominado condiciones concretas de existencia. Cotidianidad es la manifestación inmediata en un tiempo, en un ritmo, en un espacio de las complejas relaciones sociales que regulan la vida de los hombres en una época histórica determinada. A cada época y a cada organización social corresponde un tipo de vida cotidiana singular. La vida cotidiana se manifiesta como un conjunto multitudinario de hechos, de actos, objetos, relaciones y actividades que se nos presentan en forma "dramática" es decir como acción, como mundo-en-movimiento. (Quiroga y Racedo, 1985, p. 82).

Las experiencias concretas, la acción y la práctica determinan la subjetividad y no viceversa, nos enseña que el hombre va configurándose y transformándose en una relación dialéctica mutuamente modificante; relación que esta motorizada por la necesidad de establecer vínculos, en el seno de las tramas de relación en la que sus necesidades se manifiestan, son decodificadas y significadas, cumpliendo su destino vincular y social de gratificación o frustración. Definimos entonces como crítica de la vida cotidiana en psicología social al bordaje de los sujetos en sus condiciones concretas de existencia (Reviere, 1982, p. 223).

En el análisis conviene señalar que las mujeres expresan que falta de tiempo no se hacen controles, postergando y dejando para después el cuidado de su salud, sustentando el mandato de ser madre y la responsabilidad acentuada en la salud de su familia. Además del miedo y la vergüenza que implica hacerse un control ginecológico que enuncia.

(..) No tengo tiempo con tantas cosas que hay que hacer...quizás lo haga más adelante.

(..) Para que hacerme revisar si estoy más sana.

(..) Estoy más guapa que todos.

(..) Es mucho incómodo, mucho lio.

(..) No puedo por el horario, se me complica todo con la escuela.

Esto refleja que las mujeres establecen vínculos de protección a su hijo y familia priorizando dar respuestas sus necesidades, cuidados, alimentación, atender su trayectoria escolar, cuidado y protección amorosa de una madre instituido socialmente en esta comunidad.

Ante lo expuesto por las mujeres se percibe que un temor e incomodidad enfrentarse a nuevos acontecimientos, que develen, resultado o situaciones inesperadas respecto a su salud, eligiendo no saber, aferrándose a lo instituido por miedo sufrir aún más.

La existencia de un argumento que debería ser considerado, puesto que no determinar de manera lineal un comportamiento. Siendo necesario concebir que los argumentos entran en relación de diferencias, contradicciones y antagonismo no solo en lo subjetivo. (Ibáñez Tomás, 1988).

La vida cotidiana la vivimos siempre, tanto en el tiempo como en el espacio. Incluye lo que el ser humano no se cuestiona y se deja llevar a lo largo de todo su quehacer. Se nutre de algo repetitivo, obvio, estereotipado, irreflexivo, fijado automatizado, que puede conducir a una monotonía, aun conformismo, aun estado que muchas veces no aceptamos pero si conducimos con el fin de satisfacer necesidades biológicas, psicológicas y sociales de la propia vida. (Perera y Díaz, 1996, p. 76).

### 3. c. Representaciones de las medidas preventivas del Virus del Papiloma Humano

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado la incorporación de este método de tamizaje para la prevención del Cuello de Cáncer de Útero. En el año 2011, el Instituto Nacional del Cáncer, en colaboración con el Programa Nacional de Prevención de Cáncer cérvicouterino, ha iniciado un proyecto para la incorporación de esta prueba en los servicios de salud de la provincia de Jujuy; y en los años siguientes, esta prueba se irá incorporando a los programas de tamizaje del resto de las provincias. (Arrossi, 2010, p. 326).

La experiencia jujeña permitió evaluar el desempeño del tamizaje, el diagnóstico y tratamiento en un programa de prevención basado en el test de V.P.H. En base a los buenos resultados obtenidos en el marco de ese proyecto, en el 2014.

El test de V.P.H. es una tecnología clave para la prevención del Cáncer cérvicouterino porque posibilita a los programas identificar a las mujeres que poseen los tipos de V.P.H. de alto riesgo oncogénico, asociados con el desarrollo de lesiones de alto

grado y cáncer. Este potencial de la prueba permite concentrar los esfuerzos programáticos en las mujeres que poseen mayor riesgo de desarrollar Cáncer de Cuello de Útero.

#### ¿Quiénes son las destinatarias?

El test está recomendado para las mujeres a partir de los 30 años. No se recomienda su uso en mujeres menores de 30 años, porque en la gran mayoría de las mujeres jóvenes la infección por V.P.H. no se manifiesta a esa edad, es decir que a partir de esta edad entran al programa de prevención con una búsqueda activa de las mujeres para testeo.

#### ¿Cómo pueden ser los resultados?

Los resultados negativos significan que no se ha identificado el V.P.H. de alto riesgo en el cuello del útero. Se recomienda volver a realizar un nuevo test a los 5 años en forma regular.

Y un resultado positivo indica la presencia de V.P.H. de alto riesgo en el cuello del útero. Recomendamos que también se realice el PAP que informará si el V.P.H. causo lesiones.

#### ¿Qué preparación se requiere para la realización el test del Virus de Papiloma Humano?

Para hacerse el test de V.P.H. las mujeres no deben tener relaciones sexuales durante las 48 horas previas al examen, deben higienizarse colocando agua en un recipiente y con un jabón neutro lavarse desde la vulva hacia el ano, no con ducha vaginal en bidet. La mujer que desea hacerse el mencionado test no debe estar menstruando, tampoco 48 hora antes o después, porque el útero no se encuentra lo suficientemente limpio. Ideal es realizarlo en mitad del ciclo, alrededor del día 14 luego de iniciada la menstruación.

Ante la presencia de tales acciones de salud se vincula con la noción de representación social involucra lo psicológico, lo cognitivo y lo social, como lo menciona (Sandoval, 1997, p. 54) el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propia de

cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la sociedad.

Dos son los procesos a través de los cuales se generan las representaciones sociales. El primero es definido como anclaje y supone un proceso de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas. Este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos es propio. El segundo proceso es definido como objetivación y consiste en transformar entidades abstractas en algo concreto y material, los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes.

Por último, señala que las representaciones sociales tienen cuatro funciones:

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.
- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

Es así como a partir de las representaciones sociales, las personas producen los significados que se requieren para comprender, evaluar comunicar y actuar en el mundo social.

Las voces de las entrevistadas respecto a cómo se representan las medidas de prevención respecto al V.P.H., expresaban lo siguiente: Las lesiones precancerosas y el cáncer en sus estadios tempranos generalmente no producen síntomas.

En relación a lo mencionado las entrevistadas expresaban las siguientes voces:

(..) Pienso que si te agarra esta enfermedad no te salvas.

(..) Y bueno el preservativo, es la única prevención que conozco así que débenos usarlo.

(..) Sé que te hacen un estudio pero no se cual, PAP o V.P.H., no sé bien y verdad no lo sé.

Las mujeres tiene poca información y las que poseen son muy claras las explicaciones, siendo necesarias en este punto saber que el cáncer de cuello de útero es prevenible detectados en estadios temprano.

Es evidente la escasa o nula educación respecto a su sexualidad, que han tenido esta generación de mujeres, y por ende pocas oportunidades a optar por una adecuada salud sexual y reproductiva, desconociendo sus derechos a que tiene la mujer para tener una vida sexual plena.

Por lo expuesto saber que se previene el cáncer cérvicouterino usando preservativo no es suficiente, no alcanza porque falta aún más información y las mujeres no se encuentra formada en autocuidado y autoestima, fomentando factores protectores que les permitan tomar opciones cada vez más saludable. En este punto se visualiza la importancia de empoderar a las mujeres, derechos y las habilidades cognitivas, sociales y emocionales es decir habilidades para la vida en post de controlar su propia salud, del protagonismo de los usuarios de salud.

En esta línea se dificulta en los procesos educativo de aprendizajes en relación a la salud de la mujer cuando se desconoce están desorganizados, nada claros o confusos por formación recortada que pone en riesgo la salud de las familias.

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado la incorporación de este método de tamizaje para la prevención del Cáncer de Cuello de Útero.

#### 4- El rol del educador para la salud en la prevención del V.P.H. y el trabajo en equipo de salud.

##### 4. a. La intervención profesional

El Educador Sanitario desarrolla sus actividades en diversos ámbitos, siendo postulado como primer perfil en el campo de la salud, y actualmente con mucha impronta en el campo de la educación.

Es un profesional capacitado para trabajar a nivel comunitario, familiar o individual, a través de un diagnóstico Socio-económica, sanitaria y educativa. El objetivo que persigue es mejorar la calidad de vida de las personas, como facilitador de cambios, mediante la participación activa, se logra involucrar en la resolución de las problemáticas y además que tomen conciencia sobre el “Valor a la salud” adoptando conductas saludables desde una visión holística del ser.

Se persigue incrementar la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población.

En este sentido, las estrategias de la atención primaria y la participación comunitarias mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica. (González García, 2001, p. 5).

Pues es en el desarrollo comunitario que se pone énfasis, con el propósito de lograr una participación autogestionaria de los diferentes sectores donde se desenvuelve el educador para la salud. Acciones que fortalece la organización de grupos comunitarios e instituciones intermedias, como centros de salud, clubes, comedores, escuelas, etc. El propósito del trabajo en red, fortaleciendo los vínculos interinstitucionales para la organización y desarrollo de las familias y sus comunidades. (Abed, 1993, p.125-140).

Por último y en el marco de un abordaje interpersonal con las usuarias y su familia como primera red de contención, se plantea como estrategia incorporar la consejería que

promueve el diálogo, asesoramiento y toma de decisión con el acompañamiento e inclusión a los programas preventivos del sistema de salud. La modalidad de intervención puede ser individual, de pareja y/o grupales.

En el marco de las consejerías pre- test de V.P.H., el educador tiene la tarea de informar a los usuarios sobre los beneficios y los riesgos de los estudios y/o resultados. Si bien poseen un rasgo persuasivo, los principales componentes de la consejería son la promoción y difusión sobre prácticas preventivas/tratamientos; la educación para que los usuarios puedan contar con recursos para tomar decisiones sobre su salud; el asesoramiento basado en la escucha activa y los principios de respeto, privacidad, veracidad y confidencialidad. (Cuberlim, 2013, p. 16).

Asimismo es dable destacar que esta profesión se vale de técnicas como la escucha activa en la comunicación y la recepción del mensaje como herramienta fundamental, permitiendo las usuarias expresar sus inquietudes, miedos, mitos prejuicios, momento totalmente esperado, respetando sus saberes, tiempos. Es aquí donde se realiza una escucha atenta sostenida y nos permite iniciar en un proceso de intervención profesional, admitiendo un acompañamiento, un sostén, apoyo del educador para la salud.

Educación en salud implica desarrollar habilidades con creatividad y acorde a entorno socio-culturales donde realice el accionar en la ejecución de proyectos; capacidad comunicacional, comunicación asertiva, manejo de emociones, situación que surge de la decodificación del mensaje, disminuir los niveles de ansiedad y la tensión ocasionada por la temática, regulando la cantidad de información, vocabulario adecuado y sus modos. Lo que implica un momento de suma importancia para afianzar el acogimiento, nivel de prevención y autocuidado.

Además de diseñar y estructurar recursos didácticos contextualizados de diferente complejidad con contenidos adaptados a los usuarios y orientados por ejes temáticos con



sentido de gradualidad y significación para lograr una educación sanitaria, aportando nuevas respuesta a las problemática de salud de las mujeres.

#### 4. b. Acceso al sistema de salud y los importancia de los profesionales que realizan control ginecológico

La estrategia de la Atención primaria para la Salud tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido; por un lado, buscando consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente. De allí surge la necesidad de buscar algunos cambios instrumentales que mejoren la performance de los sistemas, la legitimación de los ciudadanos y niveles más activos de participación de estos últimos. (González García, 2001, p. 6).

En referencia al ingreso de salud del Centro de Salud, las mujeres del barrio Coronel Arias, se les brinda un trato amigable, humanizado y acogedor, haciéndoles saber que pueden acceder a la consulta con el especialista para el cuidado de la salud de la mujer. La población del sector está conformada por personas mayores, como así también de edad avanzada, por tal razón se promocionas los controles ginecológicos, por parte de agentes de salud.

El Comité Preparatorio de la Cumbre Mundial Social preparada por las Naciones Unidas, destaca las mujeres son las víctimas principales de los problemas sociales y culturales y de la carencia del desarrollo. Son ellas también quienes, en las situaciones de miseria, pobreza y de desintegración de la estructura social, sacrifican su bienestar en ocasiones su vida para mantener la familia. En la actualidad la mujer conlleva la doble carga de tener que ganar el sustento y cuidar a los hijos, y las limitadas oportunidades económicas por su condición de mujer, siendo para ellas probable alcanzar la proporción que aumenta y representa al fenómeno que se ha denominado "la feminización de la pobreza" (Tobar, 2004, p.116).

Estas intervenciones son realizadas con total respeto hacia las usuarias, teniendo en cuenta su subjetividad, diversidad cultural y social. Cada taller o encuentro es preparado de acuerdo al destinatario, teniendo en cuenta un vocabulario acorde al sujeto de necesidad y derecho.

En caso de realizar consejería, es menester del educador brindarle un espacio confidencial y acogedor, de respeto y escucha activa, empíca, orientado para la toma de opciones saludable para su vida y fortaleciendo el autoestima para el autocuidado.

Desde este paradigma profesional adhiero a la estrategia de acogimiento y humanización, que posibilita un servicio de calidad y eficacia en atención integral a todas las personas de la comunidad georreferenciada.

En este sentido, es importante fortalecer los vínculos laborales de los equipos interdisciplinarios para mejorar el impacto en el cuidado y la atención .integral de los servicio de salud, promoviendo la accesibilidad, estrategias de trabajo para capacitaciones permanente para el abordaje integral de las mujeres que viven en el sector y de quienes se escuchamos estas voces con respecto la importancia de la quienes realizan el estudio ginecológico.

(..) Lo realizan los ginecólogos pero nunca hay turno, y la verdad no lo conozco.

(..) Ya no está la doctorcita y por eso no vengo.

(..) Lástima que no pusieron una doctora.

(..) Al doctor nuevo no lo conozco.

Para las mujeres es de suma importancia saber que al momento que toman la iniciativa de hacerse el test sean acompañadas por un servicio humanizado.

Para ellas es importa quienes las atienden, y por ende que los agentes de salud tengan un trato de respeto, garantizándole el derecho a ser atendido con quienes ellas se sientan más

cómodas, con horarios y turnos protegidos garantizar de esta manera la accesibilidad bajo el criterio de equidad, con una concepción preventiva, fundada en los principios de justicia social.

La importancia y el sentido de la representación social de las entrevistadas permiten reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además, nos aproxima a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales. (Araya Umaña, 2009, p. 211)

Los servicios y establecimientos de la salud se centra en la trascendencia del papel educativo que tofo el equipo de salud debe estar capacitado para ejércelo de la mejor manera, sin distinción de funciones o jerarquías. Los tres pilares para el Dr. Biocca (1983, p. 286) están en la Salud, Comportamiento y Educación que acompañaron la evolución histórica de la Educación para la Salud establecidas en las respectivas etapas:

- a. Cognoscitiva se indica lo que debe hacerse.
- b. La motivadora.
- c. La ecológica, que hace hincapié en el contexto social.

Es necesario valorar que las usuarias como sujeto de necesidades y derechos, animándolas a que expresar que les incomoda, como les gustaría ser atendidas, con quienes quieren realizarse el control ginecológico, horarios que les sean cómodos y seguros al momento de pasar por dicho estudio que no es fácil de realizárselo.

Intervienen cuestiones de verguiza y pudor, como así también una serie de requisitos para la toma del test del V.P.H.

## Conclusiones

Esta profesional se plantea como objeto de estudio a las mujeres del barrio Coronel Arias, entorno que influye en forma permanente sobre ellas y no solo en lo biológico y físico, sino también psicológico, social y cultural. El propósito es visualizar y orientar acciones dirigidas a mejorar los determinantes de la salud.

Las mujeres jujeñas conservan fuerte perfil social cultural, con costumbres arraigadas, cuenta con saberes que adquiridos por generaciones anteriores a cerca de cuidado de su salud-enfermedad y la de su familia, dándole un significado en relación a su cosmovisión. Las usuarias del Barrio Coronel Arias se encuentran viviendo unos de los primeros barrios fundantes de nuestra ciudad, con gran acervo cultural y épico. Ellas son conocedoras de cómo fue conformada su comunidad, miembros fundadores e instituciones con la que cuentan, con gran sentido de pertenencia y participación comunitaria.

Se propone con la intervención del educador para la salud, un modelo sanitario integrado y equitativo para las mujeres de sector, consideradas sujeto de derechos, persiguiendo empoderarlas y motivándolas a realizar la consulta a cerca de la salud de la mujer y a la atención con el profesional y así lo desea, que tengan la amplia accesibilidad a ingresar al sistema de atención primaria. Concretar derechos es más que combatir enfermedades. La salud es un derecho fundamental.

Es necesario valorar que las usuarias como sujeto de necesidades y derechos, animándolas a que expresen que les incomoda, como les gustaría ser atendidas, con quienes quieren realizarse el control ginecológico, horarios que les sean cómodos y seguros al momento de pasar por dicho estudio que no es fácil para ellas tomar dicha decisión, puesto que intervienen cuestiones de vergüenza y pudor, como así también una serie de requisitos para la toma del test del V.P.H. Con participación activa de todos los involucrados.

Se observa que las mujeres del sector son las responsables de la salud de sus hijo y familia, como así también de la educación y todo lo que implica los procesos de escolarización desde el nivel inicial y pasando por niveles superiores.

Lo expresado se puede visualizar en los estilos de vida que las mujeres adoptan, priorizando la salud del hijo con actitud protectora, totalmente admirable y muy adecuado crecimiento y desarrollo de los niños. A diferencia de esto, las mujeres tienen para si una actitud de poco cuidado, no concurriendo a las consejerías para la salud de la mujer, consulta ginecológica, etc. Dicha actitud es muy común en ellas, dejando para después el cuidado de la salud, atribuyéndole a los factores externos y excusar que ponen en riesgo su salud.

Es sabido que el rol del educador sanitario fundamental, puesto que el virus del papiloma humano detectado a tiempo se evita contraer cáncer de cuello uterino. Esta enfermedades esta relacionadas repetidamente con grupos vulnerables; pobreza y mujeres, para tal abordaje se debe conocer a la población, con tecnología apropiada, haciéndola participar a la comunidad en las determinaciones de sus procesos de desarrollo en post de valorar su vida, denotando que es un bien que debe proteger y conservar mediante responsabilidades compartidas.

Adhiriendo a la O.M.S. el objetivo es alcanza “El goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Una salud integral impregnada en los derechos de las personas para merecedora de obtener equidad y justicia social para las mujeres de nuestro norte argentino.

El cáncer cérvicouterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, entre los 35 y 64 años, es una perdida e innecesaria para su familia y su comunidad, con repercusiones enormes para el bienestar de ambas. Estas defunciones son intempestivas porque hay datos científicos irrefutables de que el cáncer cérvicouterino es una de las formas más prevenibles

y tratables de cáncer si se detecta precozmente y se atiende eficazmente. (Necchi, 1992, p. 13-14).

Es preocupante y absurdo el abandono del tratamiento, por diversos factores entre los que resaltan, con mandatos autoritarios y estereotipado heredados y sustentados actualmente. Las mujeres sostienen la responsabilidad del cuidado de su familia, que está asignada socialmente y culturalmente, y que aún es incuestionable.

Por esta razón es necesaria la participación del equipo de salud, en la sensibilización a cerca de la problemática de la salud de la mujer y la importancia de instancias educativas que se desarrollen en espacios formativos pensados para favorecer el autocuidado de la salud de las mujeres de nuestra comunidad. Reflejándose la existencia de inequidad que atraviesan a las mujeres más pobres corren mayor riesgo de contraer enfermedades cáncer cérvicouterino que es prevenible con controles regulares.

Se debe visualizar a la atención primaria de la salud con de puertas abiertas, con mejor accesibilidad y oportuna. El propósito es acercar a las mujeres un servicio de mayor calidad, efectivizando derechos en las usuarias del centro de salud y el educador para la salud acompañar dichos procesos.

## Bibliografía

- Araya Umaña, Sandra (2009). Las Representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. En: [www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/cuaderno127.pfd](http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/cuaderno127.pfd).
- Arrosi, Silvina (2010). ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cérvicouterino - auge del servicio de salud metropolitano sur oriente. Rev. Chile. Obstet. Ginecol. 75(5):284-289.
- Banchs, M (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. Revista costarricense de psicología (89). 27-40.
- Biocca, S, (1983) “Educación para la Salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de programación” UBA- Escuela de Salud pública, Curso de Diplomados de Salud Pública.
- Capote N. (1998). Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Venezuela. Registro Central del Cáncer de la Dirección de Oncológica. Caracas, Venezuela.
- Eductrade (2008). “La educación para la salud en la escuela”. Cartilla del curso de capacitación.
- Fhiser, Ch; Altman DG (1994). Estadística practica para investigación médica. Editorial Chapman y Pasillo. Londres.
- Gaggero, D.; M. Montenegro (1996). La Educación para la Salud: Una Estrategia de Transformación Permanente. Panel Nacional “Experiencias en Educación para la Salud” – “Seminario Internacional Educación y Calidad de Vida”. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación Argentina.
- García Hoz, Víctor (1989). Tratado de educación personalizada. Iniciativas sociales en Educación Informal. Ediciones Rialp, S.A. Madrid
- Ibáñez Tomás. (1988). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona, España. Sendai

- Jodelet D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Bs. As- México. Paidós.
- Moscovici, S (1979). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina. Huemul S.A.
- OMS (1981) Atención Primaria de Salud, Alma Ata, 1978. OMS, Ginebra.
- OPS (1984). Acerca de definir la salud. Publicación de la OPS 23. Washington D.C.
- Paeriago, Mirta Roses (2011). Cáncer de cuello uterino en el mundo. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Paolino, Melisa; Silvina Arrossi (2012). La relación entre los conocimientos de las mujeres acerca del Papa Nicolau y el cáncer de cuello de útero. Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología. Ministerio de Salud de la Nación.
- Reyes, Román (2009). Diccionario crítico de Ciencias Sociales.  
[www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones\\_sociales.htm](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones_sociales.htm)
- Rodríguez H.; Surga RB. (2000). Cáncer de cuello uterino en el registro regional de tumores del Estado de Sucre en el período 1979/ 1993. Rev. Obstet. Ginecol. 601:31-34. Caracas, Venezuela.
- Sandoval, C. (1997). Sueños y sudores en la vida cotidiana de trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Sierra Bravo, R. (1998). Técnicas de investigación social. Editorial Paraninfo. Madrid, España.



- Sirvent, M.T. (1995). El Proceso de Investigación, las dimensiones de la Metodología y la Construcción del dato científico. Ficha de Cátedra Investigación I y Estadística II. Universidad Nacional del Litoral.
- Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento: la investigación cualitativa en salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.
- Tamayo, Lucía Stella; Ma. Guadalupe Chávez, Liliana María Henao F. (2008). La percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). Publicación de la Universidad de la Colima, México.
- Taylor, S.; Bogdan R (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial PAIDOS. Barcelona, España.
- Testa, M. (1997). La construcción del conocimiento en salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.
- Triviños, A. (1998). Introducao á pesquisa em ciencias sociais. Editorial Atlas. Sao Paulo, Brasil.
- Urrutía, María Teresa; Alejandra Araya, Lauren Poupin (2012). Enfermera Matrona, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Departamento de Salud de la Mujer, Universidad Católica de Chile.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1993). Métodos Cualitativos II: la práctica de la investigación. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, Argentina.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International vol. 11, Pág. 11-18.
- Sandoval, C. (1997). Sueños y sudores en la vida cotidiana de trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

-Sánchez, D.Y., Lineros C. & Hernán M. (2009). Potenciales activos para la salud de la juventud Nicaragüense captados por la primera encuesta nacional de juventud.

-Gaceta Moscovici, S (1979). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina. Huemul S.A. Sanitaria. 33, 303.

-Huerdo, Jorge y Col.; “Cultura y Culturas”. En: Fundamentación de los procesos educativos.

-González García, Ginés. –Tobar, Federico. Salud para los argentinos, Buenos Aires, Ediciones I. Salud, Págs. 116-117-2004.

Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático / Silvina Arrossi... [Et al.]. - 1a Ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2016. Arrossi, S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: OPS; 2008. OPS-OMS. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cérvicouterino. Washington DC: OPS-OMS; 2013.

# PROYECTO FINAL

“CREACION DE UN ESPACIO EDUCATIVO E  
ITINERANTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD  
INTEGRAL DE LA MUJER”.

## MUJER ELIGÍ SABER

ALUMNA

DURAN ROSANA LUCRECIA

L.U. E-597

TUTORES

DIRECTOR LIC. LIQUITAY HÉCTOR D.

CODIRECTOR LIC. BEJARANO IGNACIO F.

SAN SALVADOR DE JUJUY, DICIEMBRE 2019

## Introducción

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer cérvicouterino tiene como objetivo fortalecer los programas provinciales a partir del establecimiento de una estrategia de prevención organizada que unifique los criterios de acción a la vez que contemple las necesidades particulares de cada provincia.

Actualmente dicho Programa depende de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación aprobado la incorporación en el año 2011, comenzó la introducción del test de V.P.H. mediante un proyecto demostración en la provincia de Jujuy.

La evidencia científica indica que el cáncer cérvicouterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 30 años, llegando a un pico entre los 50 años y 60 años. El presente propuesta de intervención refiere a la creación de un espacio educativo a través de propiciar el encuentro de mujeres del sector para el cuidado de la salud integral. La misma se desprende de las conclusiones respecto de las representaciones al tema en cuestión.

Con la particularidad que este espacio creado para las mujeres sea de carácter itinerante. Propuesta como una estrategia, de una Atención Primaria Renovada de puertas abierta a la comunidad , saliendo a terreno, acercándose a la comunidad, habilitando otros espacios como Centros Vecinales, Copa de leche, banquito de la buena fe, grupo de emprendedoras, entre otras organizaciones del Barrio Coronel Arias. Es decir brindar un horizonte de posibilidades, logrando que las mujeres puedan acceder a servicios más acogedores y humanizados.

La información y educación brindadas están orientadas a una perspectiva de promoción de la salud, con un enfoque de derecho que propone estrategias para revertir las

desigualdades sociales, prácticas discriminatorias y relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales y que redundan en la salud de las mujeres del sector seleccionado.

La metodología que se utiliza para llevar a cabo esta tarea es brindar educación para la salud a través de diversas técnicas como dialogo dirigido, escucha activa, indagaciones a cerca de saberes previos, entre otras que se considere pertinente.

La comunicación es una dimensión clave a considerar por los programas ya que posibilita incrementar el conocimiento, la sensibilización, construir el conocimiento, percepciones, creencias, actitudes además de promover vínculos entre las mujeres, los equipos y servicios de salud

Las realizaciones de las actividades previstas en la propuesta para el logro de los objetivos propuestos, a partir de la aprobación del proyecto final.

### Objetivos

- Evaluar los factores determinantes de la salud de la comunidad.
- Conocer las características que tienen los destinatarios: edad, nivel educativo/ingresos, ocupación, lenguaje, conocimientos, consumos culturales, fuentes de información y modos de comunicarse.
- Conocer los mitos y creencias de las mujeres respecto a los cuidados de la salud.
- Promover hábitos saludables atentos a las diversidades socioculturales de las mujeres en relación a la etapa de la vida que trascurren.
- Sensibilización a cerca de la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Ayudar a reorientar comportamientos negativos para la salud a partir de realizar educación sanitarias preventiva.
- Fomentar en las mujeres habilidades para la toma de decisiones en el proceso de la salud.

- Reconocer y manejar los propios prejuicios y temores ante situaciones de crisis y conflictos de valores.
- Diferenciar las posturas personales (religiosas, morales e ideológicas) del rol profesional del Educador para la salud.
- Desarrollar habilidades de escucha para evaluar la información del otro y los problemas que enfrentan.
- Desarrollar disposiciones para actuar y reflexionar sobre la propia intervención., etc.
- Identificar los espacios en los que circularán esos mensajes: consultorios, médicos, casa de la mujer, salas de espera, espacios de capacitación, talleres, jornadas comunitarias, etc.

### Temas a tratar

#### Contenidos Científicos de Salud

- Cuidado de la higiene.
- Chequeo ginecológicos: Importancia de controles periódicos.
- Alimentación saludable: Importancia de los nutrientes en la distinta etapa de la vida y acorde a la actividad de cada persona.
- Las enfermedades crónicas no trasmisibles y complicaciones en la salud de la mujer.
- Las enfermedades de transmisión sexual y complicaciones en la salud de la mujer.
- Realización de examen mamario, la importancia del autoexamen.
- El cáncer de mama.
- El cáncer de cuello de útero.
- Los Cambios hormonales y la salud femenina a partir de los 40 años.
- La sexualidad de la mujer.
- Los derechos en salud sexual y reproductiva.

- Métodos anticonceptivos.
- La inmunización.

Contenidos para transmitir a las mujeres sobre el cáncer cérvicouterino, el V.P.H. y el test de V.P.H.

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cáncer cérvicouterino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El C.C. es posible prevenir ya que desde que se producen los primeros cambios en las células hasta que se genera cáncer transcurren en promedio 10 a 15 años.</li> <li>● Los cambios en las células son producidos por la infección persistente por algunos tipos de V.P.H. Los cambios en las células no son perceptibles a simple vista ni tampoco se sienten.</li> <li>● La presencia de cambios en las células en el cuello del útero <b>no significa cáncer.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● VPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El V.P.H. es un virus muy común entre varones y mujeres. Se transmite por contacto sexual a través de la piel y la mucosa. Puede permanecer en el cuerpo por muchos años sin generar ningún tipo de manifestación</li> <li>● En el varón y la mujer, algunos tipos de V.P.H. pueden generar verrugas genitales. Las verrugas no están vinculadas al cáncer.</li> <li>● En las mujeres, algunos tipos de V.P.H. pueden generar cambios en las células del cuello del útero. En la mayoría de los casos, esos cambios celulares suelen desaparecer espontáneamente en un lapso de dos años. En pocos casos, los cambios en las células permanecen y, si no se detectan y tratan, con el paso del tiempo pueden producir cáncer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Test de V.P.H.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● - El test de V.P.H. es un método eficaz para prevenir el C.C., ya que posibilita detectar si la mujer tiene los tipos de V.P.H. que pueden generar cambios en las células del cuello del útero.</li> <li>● - Un resultado V.P.H.+ no significa cáncer.</li> </ul>

Consejería de Salud Integral a la mujer

Encuentro de escucha activa





## Contenidos Transversales

- Valores.
- Autoestima y autoconocimiento.
- Resiliencia.
- Habilidades para la vida; cognitivas, sociales y emocionales.
- Comunicación asertiva.

## Líneas Generales de Acción

Consejería individual en consultorio y ambulatorio con instancias para el abordaje integral.

## Dos momentos importantes para el profesional al comunicar a la mujer sobre el test del Virus del Papiloma Humano

- 1) Primer Momento: Antes del tamizaje: educar a las mujeres en esta instancia puede facilitar la comprensión de la finalidad del test de V.P.H. para la prevención del C.C., la adherencia al tamizaje y la disminución de los efectos negativos del testeo como el pudor de exponer el cuerpo desnudo y la ansiedad de esperar los resultados.
  - 2) Segundo Momento: Después del tamizaje informar resultado, contener y asesorar a la mujer (especialmente en el momento de la entrega de los resultados) es fundamental para disminuir el miedo y la angustia de recibir un resultado V.P.H.+ y brindar un mensaje claro sobre los significados de los resultados en esta instancia es clave para evitar abandonos durante el proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Encuentros de promoción de salud, conversatorio, lectura saludable, manualidades con mujeres del sector en espacios comunitarios.
  - Asesoría en salud integral de la mujer con un enfoque preventivo.
  - Talleres con contenidos de interés para la mujer y la familia.

## Metodología de Trabajo

Los soportes de comunicación son las diversas formas en las que pueden circular los mensajes que se elaboren sobre el test de V.P.H.

Dentro de los diferentes soportes, los materiales gráficos son útiles para vehicular la información relevante sobre el tamizaje y sus resultados a las mujeres ya que tienen un bajo costo económico, pueden guardarse, compartirse y permiten ser releídos las veces que las mujeres lo necesiten (ej. folletos, volantes, afiches, etc.).

Distinguir la impronta participativa, con análisis de situación actual específica a cada grupo.

Técnica de Payamedico, estrategia pedagógica que se puede realizar tanto en ámbito sanitario como en espacios comunitarios e inter-barriales, que permita acercamiento a la madre y/o mujeres en compañía con la familia con presentaciones de hechos cotidianos recreando situaciones por las que trascurren las mujeres para acceder a los servicios de salud.

Propuesta que genere alternativas para la reflexión de sus prácticas cotidianas, sorteando posibles soluciones, reorientando decisiones con otros desenlaces.

Técnicas de investigación cualitativa, técnica de taller, capacitaciones específicas de la realización de las consejerías individuales o grupales, encuentros, talleres comunitarios, para ello se trabajara con entrevista cara a cara, dialogo dirigido, relato de experiencias, observaciones, sistematización, entre otros.

## Recursos

Folleterías, afiches, videos, libros, fibrones, guía prácticas para el abordaje de temáticas de salud, manual de consejería, actualización de nuevos aportes en el campo de la salud, antecedentes, investigaciones, etc.

## Cronograma

Se desarrollara la presente propuesta durante 10 meses. De lunes a viernes en ambos turnos, mañana y tarde con horarios accesibles a la necesidades de las mujeres del área de influencia del Centro de Salud Coronel Arias y el Anexo que es el Centro de salud Fca. Sacro.

## Evaluación

El monitoreo es fundamental para los programas de prevención dado que permite determinar si el proyecto se está realizando, así como identificar cuáles son los puntos problemáticos, identificando las dificultades y redefinición de acciones para lograr lo propuestos.

Para lo cual es importante contar con un sistema de información que posibilite registrar, analizar y evaluar los datos. Esto permitirá corregir o mejorar los aspectos de los componentes programáticos que no estén teniendo un buen desempeño.

El uso del sistema informativo online nos permite conocer a través de la base datos a las mujeres que no se realizaron aún el test V.P.H., y realizar el seguimiento y tratamiento oportuno de las mujeres que lo requieran.

Asimismo la evaluación de proceso y de resultado a partir de seguimiento permanente de la condiciones y requerimientos de salud por partes de las usuarias, consignándolo en la Historias Clínicas para poner en conocimiento a los demás profesionales la situación de salud del beneficiario y las intervenciones que se realizan, además de los resultados progresivos a partir de una constante evaluación sanitaria.

## Bibliografía.

- Arrossi. 1a Ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2016.
- Arrossi, S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: OPS; 2008.
- OPS-OMS. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cérvicouterino. Washington DC: OPS-OMS; 2013.
- Gabaldon y Guerreiro: Equipo editorial, redacción y selección de texto. Valores y Actitudes . Montevideo Rep. Oriental del Uruguay. Editorial S.A. 2005.
- Julián Pérez Porto. Publicado: 2019. Definición de autoconcepto (<https://definicion/autoconcepto/>).
- Declaración de los Derechos Humanos. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948.
- <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-resiliencia-12-consejos-sencillos-dia-dia-20140316100133.html>.
- Autoestima: <https://www.significados.com/autoestima/> Consultado: 8 de agosto de 2020, 07:22 pm.
- Banchs, M (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. Revista costarricense de psicología (89). 27-40.
- Biocca, S, (1983) “Educación para la Salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de programación” UBA- Escuela de Salud pública, Curso de Diplomados de Salud Pública.
- Capote N. (1998). Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Venezuela. Registro Central del Cáncer de la Dirección de Oncológica. Caracas, Venezuela.

- Eductrade (2008). “La educación para la salud en la escuela”. Cartilla del curso de capacitación.
- Fhiser, Ch; Altman DG (1994). Estadística practica para investigación médica. Editorial Chapman y Pasillo. Londres.
- Gaggero, D.; M. Montenegro (1996). La Educación para la Salud: Una Estrategia de Transformación Permanente. Panel Nacional “Experiencias en Educación para la Salud” – “Seminario Internacional Educación y Calidad de Vida”. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación Argentina.
- García Hoz, Víctor (1989). Tratado de educación personalizada. Iniciativas sociales en Educación Informal. Ediciones Rialp, S.A. Madrid.
- Ibáñez Tomás. (1988).Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona, España. Sendai.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes.
- Edex (2018). Las 10 habilidades: Habilidades para la vida
- Cuartero, N. (Febrero de 2014). De la autoconciencia a la destreza social. Cuadernos de Pedagogía (442), p. 65.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid, España: Santillana, ediciones UNESCO.
- Mantilla, L. y Chaín, I. Habilidades para la vida: manual para aprenderlas y enseñarlas. Bilbao: Edex, 2006.
- O.M.S. (1981) Atención Primaria de Salud, Alma Ata, 1978. OMS, Ginebra.
- O.P.S. (1984). Acerca de definir la salud. Publicación de la OPS 23. Washington D.C.
- Paeriago, Mirta Roses (2011). Cáncer de cuello uterino en el mundo. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Paolino, Melisa; Silvina Arrossi (2012). La relación entre los conocimientos de las mujeres acerca del Papa Nicolau y el cáncer de cuello de útero. Centro de Estudios de

Estado y Sociedad – CEDES. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología. Ministerio de Salud de la Nación.

- Reyes, Román (2009). Diccionario crítico de Ciencias Sociales. [www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones%20sociales.htm](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones%20sociales.htm).

- Rodríguez H.; Surga RB. (2000). Cáncer de cuello uterino en el registro regional de tumores del Estado de Sucre en el período 1979 – 1993. Rev. Obstet. Ginecol. 601:31-34. Caracas, Venezuela.

- Sirvent, M.T. (1995). El Proceso de Investigación, las dimensiones de la Metodología y la Construcción del dato científico. Ficha de Cátedra Investigación I y Estadística II. Universidad Nacional del Litoral.

- Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento: la investigación cualitativa en salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.

- Concluye una etapa del proyecto E.M.A. en Jujuy Todo Jujuy de trabajo de campo del Proyecto Evaluación Modalidad Autotomía y 7.800 pruebas de detección del Virus del Papiloma Humano (V.P.H.). [www.treslineas.com.ar/esta-semana-lanza-jujuy-primer-proyecto-auto-toma-test-n-659...](http://www.treslineas.com.ar/esta-semana-lanza-jujuy-primer-proyecto-auto-toma-test-n-659...) 2 Jul. 2012 - Las actividades que desarrollarán durante el trabajo de campo. Para evaluar la estrategia de la auto-toma del test del V.P.H. en Jujuy, el I.N.C. [www.todojujuy.com/concluye-una-etapa-del-proyecto-ema-jujuy-n9513](http://www.todojujuy.com/concluye-una-etapa-del-proyecto-ema-jujuy-n9513) Mayo 2013.

- Tamayo, Lucía Stella; Ma. Guadalupe Chávez, Liliana María Henao F. (2008). La percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). Publicación de la Universidad de la Colima, México.

.

.