

Universidad Mayor de San Andrés

Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica

Unidad de Post-Grado



CAUSAS QUE CONDICIONAN LA INASISTENCIA DE LAS MUJERES GUARANÍES PARA LA TOMA DEL PAPANICOLAOU. ÑAURENDA - 2011

Proponente: Virginia Pérez Aquino

Tutor: Oscar Velasco Hurtado

Entre Ríos, Tarija – Bolivia

2011

DEDICATORIA

*A mi esposo Milton, mis hijos: Zobeida, Zulma y Milton
Quienes me brindan a cada instante su apoyo incondicional
Para lograr una metas más en mi vida
Y en los cuales todo esfuerzo tiene sentido.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por tantas bendiciones otorgadas en el transcurso de mi vida.

*A la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo –AECID-
La Cooperación Belga por el apoyo financiero.*

A la doctora Nila Heredia Ministra de Salud y deportes, por tomar en cuenta mi nombre.

A los coordinadores departamentales, sin ellos no tendría la oportunidad de subir un peldaño más, en mi aprendizaje.

Índice general

I. INTRODUCCIÓN	6
I. .1 Antecedentes.....	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
II. a Pregunta de investigación.....	10
III. JUSTIFICACION.....	10
IV. MARCO TEORICO	
IV. b Marco situacional.....	12
IV. c Geográfico.....	14
IV. d Servicios Educativos.....	16
IV. e Servicios básicos de vivienda y saneamiento.....	16
IV. f Economía Guaraní	17
IV. g Población objeto de estudio.....	18
IV. h Salud prestación de servicios y gestión.....	18
IV. i Política.....	19
IV. j Historia.....	20
IV. k Organización actual.....	21
V. MARCO CONCEPTUAL	
V. I Cáncer cérvico uterino.....	23
V. II La prueba del PAP.....	24
V. m La técnica de inspección visual con acido acético.....	24
V. n Interpretación e informe citológico.....	25

V. ñ Consejería post Papanicolaou.....	25
VI. OBJETIVOS	
VI. o Objetivo general.....	26
VI. p Objetivos específicos.....	26
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	
VII. q Tipo de investigación.....	26
VII. r. Población y muestra.....	26
VII. s Muestra.....	26
VII. t Criterio de selección de la muestra.....	26
VIII. VARIABLES	
VIII. u Dependientes.....	27
VIII. v Independientes.....	27
IX. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	28
X. CRITERIOS DE INCLUCION Y EXCLUCION.....	29
XI. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	30
XII. INSTRUMENTO DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	30
XIII. CRONOGRAMA.....	31
XIV. RESULTADOS.....	32
XV. CONCLUSIONES.....	39
XVI. RECOMENDACIONES.....	41
XVII. BIBLIOGRAFIA.....	42
TABLAS	
Tabla N° 1.....	32
Tabla N° 2.....	33

Tabla N° 3.....	33
Tabla N° 4.....	34
Tabla N° 5.....	34
Tabla N° 6.....	35
Tabla N° 7.....	35
Tabla N°8.....	36
Tabla N° 9.....	36
Tabla N° 10.....	37
Tabla N°11.....	38

ANEXOS

MAPA N° 1.....	44
MAPA N° 2.....	44
MAPA N° 3.....	45
MAPA N° 4.....	46

XIV FOTOS

Foto N° 1.....	47
Foto N° 2.....	47
Foto N° 3.....	48
Foto N°4.....	48

XV. CUESTIONARIO.....	49
-----------------------	----

RESUMEN

El presente estudio es una investigación etnográfica, descriptiva, cualitativa y retrospectiva, que tiene la finalidad de conocer el comportamiento de la mujer guaraní en las atenciones médicas, siendo el principal objetivo “Determinar, analizar e interpretar los factores culturales por las que no asisten al Establecimiento de Salud para la toma del Papanicolaou (PAP).

Según las estadísticas, a nivel mundial la mortalidad por Cáncer Cervico uterino es alta en las mujeres que tienen una vida sexual activa, afectando mayormente a la población femenina que vive en condiciones de pobreza, situación que es evidente en nuestro Estado Plurinacional de Bolivia.

Los resultados encontrados en la investigación realizada resalta que la enfermedad del Cáncer Cervico Uterino no es conocida como tal en la población Guaraní, sino es considerada como una desobediencia a la naturaleza y debe ser tratado por medios naturales (baño en el río al amanecer y atardecer), previa consulta con el curandero.

Por otra parte el tratamiento que le dan a las enfermedades es por resolución propia en base a la experiencia transmitida de generación en generación por sus antepasados (madre abuela, etc.).

Dialogando con las mujeres manifiestan que no se hacen revisar sus genitales por el personal de salud ni se hacen tomar la prueba del Papanicolaou porque “no dejan ver sus partes ni a su pareja”.

En base a lo expuesto se recomienda al Personal del Establecimiento de Salud involucrarse en los factores culturales, según usos y costumbres de la comunidad de Ñaurenda para mejorar las condiciones de salud de la población guaraní.

I. TITULO

CAUSAS QUE CONDICIONAN LA INASISTENCIA DE LAS MUJERES GUARANÍES PARA LA TOMA DEL PAPANICOLAOU. ÑAURENDA GESTION 2011

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo presenta los resultados de una investigación realizada en la comunidad de Ñaurenda, Municipio de Entre Ríos del departamento de Tarija donde logramos describir los factores culturales, conocimientos y prácticas de las mujeres guaraníes y sus familias con respecto a su salud, identificando las barreras que impiden la asistencia al Establecimiento de Salud para hacerse tomar la prueba de Papanicolaou.

En esta investigación encontramos que la población Ñaurenda (de origen Guaraní) no está informada de la política pública de salud, como consecuencia, genera un tipo de resistencia que cruza con otros valores propios de la población, como ser su religión, su cultura, etc.

Conociendo que las mujeres bolivianas tienen un 6% de probabilidad de desarrollar un cáncer uterino, es decir que en Bolivia la probabilidad es de 5 por cada 100 mujeres, estos datos pueden resaltar con la aparición de esta enfermedad en esta comunidad en estudio que por el momento no se ha captado.

Es por esta razón el principal objetivo es de determinar, analizar e interpretar los factores culturales que influyen para que no asistan al Establecimiento de Salud y detectar oportunamente esta temible enfermedad.

Como resultado final se tiene que las mujeres guaraníes no conocen la enfermedad del cáncer cérvico uterino razón por la cual no lo consideran importante realizarse el examen del Papanicolaou, considerando como incumplimiento y castigo de los ancestros.

Por lo tanto el presente estudio está enmarcado en el nuevo modelo de salud que propone el Estado Plurinacional de Bolivia, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que se constituye en una nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, la familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de salud.

I.1 Antecedentes

En nuestro país, las características adoptadas con el modelo económico neoliberal, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de las mayorías, incrementando la desigualdad, la exclusión social y el desempoderamiento de la comunidad.

La depresión salarial, el incremento del desempleo, la flexibilización laboral y el replanteamiento de las políticas sociales han sido hechos centrales, influyentes y/o determinantes que ocasionaron la conformación de perfiles epidemiológicos diferenciados por grupos sociales, caracterizados por enfermedades de la pobreza y por elevados indicadores de morbi-mortalidad general y particularmente materno infantil. (Plan Nacional de Salud, 2004 – 2007)

“Siendo Bolivia un territorio plurinacional, multiétnico y pluricultural, el Sistema Nacional de Salud no asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, de muchas maneras ejerció represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. ¡Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes!” (Ídem Plan Nacional de Salud)

Dentro del Plan General de Desarrollo de la actual administración gubernamental, el objetivo del sector salud en el Plan Nacional de Salud es “eliminar la exclusión social sanitaria a través de la implementación del Sistema Único, intercultural y Comunitario de Salud” que asume la atención de la salud de bolivianos y

bolivianas como un DERECHO SOCIAL que el Estado garantiza (Ídem Plan Nacional de Salud).

Cotidianamente, los proveedores de salud atienden a mujeres con cáncer cervical avanzado e incurable, y en esta etapa ya es muy poco lo que se puede hacer para salvarles la vida. A menudo, ni siquiera se dispone de los medicamentos para aliviar los dolores que produce el cáncer.

El cáncer cervical, sin embargo, puede prevenirse fácilmente por medio de exámenes de detección y tratamientos que requieren de tecnologías relativamente sencillas, incluso en aquellas mujeres con alto riesgo de presentar la enfermedad. Cuando se detectan alteraciones de tipo pre canceroso en el tejido cervical y el tejido anormal es tratado con éxito, la mujer no desarrolla cáncer.

“Prevenir el cáncer de cuello uterino es responsabilidad de todos y todas”. Este es el mensaje que se ha elegido para comenzar a abordar el problema.

En relación a la población en estudio, la comunidad de Ñaurenda, hasta la gestión 2010 se realizaron la toma del Papanicolaou solamente a 15 mujeres, de las cuales ninguna reporta lesión intraepitelial de bajo grado, por lo que, por lo menos en esas mujeres, no se establece una probabilidad de desarrollar la enfermedad del cáncer.

Sin embargo de ello, la población femenina de la comunidad muestra algunas situaciones que tienen relación con la posibilidad de desarrollar este tipo de cáncer. Una de ellas es de tipo cultural: el inicio precoz de la vida sexual, observable en que las adolescentes de 14 años en adelante ya pueden tener una vida sexual activa, pudiendo formar pareja marital estable y tener hijos. Otra de las situaciones de riesgo es que se han presentado cambios en las costumbres de las mujeres, que antiguamente mostraban prácticas de higiene muy rigurosas, y que actualmente se van perdiendo por causa de los cambios que ha tenido que enfrentar su cultura.

Un detalle que hay que hacer notar es que las mujeres de antaño tenían reputación de cumplir con normas y costumbres de higiene calificables como “muy avanzadas” para su época (debían bañarse mínimamente tres veces en el día y cada día), ahora no tienen esa posibilidad porque el río viene contaminado, está lejos de la comunidad, y en el pueblo no existe suficiente agua como para hacer según la costumbre, eso devino en una serie de enfermedades y afecciones que antes las mujeres no conocían o las afectaba poco.

Es en este sentido los datos proporcionados en el presente documento servirán de punto de partida para mejorar a futuro la calidad de vida para las pobladoras de la comunidad de Ñaurenda y por extensión del Chaco, buscando involucrar a las autoridades y coordinando con las demás instituciones comunales y organizaciones no gubernamentales que trabajan en la región.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

El cáncer de cuello uterino es una de las causas principales de muerte de mujeres en el estado plurinacional de Bolivia, cada día se presentan 8 casos nuevos. Su incidencia es mayor en mujeres pobres en edad productiva, afectando la calidad de vida de sus familias y frenando el desarrollo social de nuestro país.

Es indudable que la detección, el diagnóstico y la erradicación de las lesiones precursoras previenen el desarrollo del cáncer invasor de cuello uterino, por lo que es necesaria la realización de pruebas de Papanicolaou en servicio, en forma sostenible, con coberturas por encima del 80% para detectar y tratar el padecimiento en etapas iniciales. Esto generaría un importante impacto en la morbi-mortalidad de la mujer.

Para el caso de las lesiones que podrían corresponder al cáncer de cuello uterino, se ha sabido que las atribuyen al sentarse la mujer sobre una piedra caliente, esta concepción podría desviar la atención de personas y familias hacia un origen diferente del mal, lo cual debería ser un reto para la educación sanitaria.

En ese sentido, es que me planteo la siguiente pregunta científica:

II. a Pregunta de investigación

“¿CUÁLES SERÁN LOS FACTORES CULTURALES QUE DETERMINAN QUE LA MUJER GUARANÍ DE 25 A 49 AÑOS NO ASISTA AL SERVICIO DE SALUD PARA LA TOMA DEL PAPANICOLU EN LA COMUNIDAD DE ÑAURENDA EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA GESTIÓN 2011?”

III. JUSTIFICACIÓN

Más de 288.000 mujeres mueren cada año en el mundo a causa del cáncer cervical y, en muchas regiones, este cáncer afecta en forma desproporcionada a las mujeres más pobres y más vulnerables. Al menos el 80 por ciento de estas muertes se producen en los países en desarrollo, y la mayor parte ocurre en las áreas donde existe más pobreza, como África al Sur del Sahara y algunos países de América Latina.

A pesar de ser un cáncer, el de cuello uterino es fácilmente prevenible mediante la detección y tratamiento oportuno de las lesiones pre-cancerosas. Sin embargo, en algunas regiones, la cobertura de citologías de cuello uterino es muy baja, no llega a 5% de las mujeres entre 25 y 49 años.

Bolivia tiene una de las tasas más altas de incidencia de este cáncer con 581/100.000, lo que significa un total de 661 muertes por año atribuidas al cáncer de cuello uterino siendo una de las primeras causas de muerte de mujeres que tienen una vida sexual activa, e incluso de las que no la tienen, que afecta sobre todo a una gran parte de la población en condiciones de pobreza y pobreza extrema^a.

^aEs posible que las cifras presentadas por el ministerio de Salud sean mas bajas que en la realidad, ya que hay mucha sub información sobre problemas de salud.

Las mujeres bolivianas tienen un 6% de probabilidad de desarrollar un cáncer uterino, que comparado con un país desarrollado como España es alto. En España las mujeres tienen una probabilidad entre 0,5 a 1%, es decir que en Bolivia la probabilidad es de 5 por cada 100 mujeres mientras que en España es de 1 por cada 100-200 mujeres.

Hay una voluntad política desde el Gobierno para lograr disminuir la inequidad de la que son sujetos las mujeres para acceder a los servicios de salud, tanto es así que, el Plan Nacional de Salud y Equidad de Género del Ministerio de Salud y Deportes 2004-2007, tiene como propósito: “Contribuir al desarrollo de la política nacional de salud promoviendo el mejoramiento de la salud particularmente de las mujeres, mediante la integración de consideraciones de equidad de género que permitan cimentar la salud como un derecho, responsabilidad de todos y todas con una expresión de la calidad de vida durante todo el ciclo vital”

Las consecuencias de esta enfermedad afectan no sólo a las propias mujeres, sino a sus familias, a sus comunidades y al tejido productivo del país. Una enfermedad prevenible fácil y económicamente, resulta en el caso Boliviano un problema de enorme magnitud y costos inadmisibles tanto sociales como económicos.

Sin embargo, en esta terrible historia no basta con expresar estadísticas o los enormes daños sociales y económicos de esta enfermedad. Encontramos que en esta dramática ecuación falta lo más importante: sus protagonistas. Mujeres que viven con cáncer de cuello uterino, familiares de estas mujeres y familiares de las que ya fallecieron a consecuencia de este mal.

Queremos preguntarnos de quién es la responsabilidad en este asunto y, al menos nosotros, pensamos que ésta recae en cada uno de los actores involucrados, es decir, la sociedad en su conjunto.

Y para comenzar con ella, nos ponemos a pensar en lo estremecedor que resulta la indiferencia; mirar hacia otro lado cuando de lo que se trata es de la salud de las mujeres; organizar nuestras agendas de trabajo en función de intereses “masculinos”; achacar a causas divinas las situaciones que nosotros y nosotras hemos contribuido a generar y seguimos contribuyendo a que no se solucionen.

IV. MARCO TEÓRICO

IV. b Marco situacional

El pueblo Guaraní en Bolivia forma parte del grupo lingüístico Tupí-Guaraní. Este grupo tiene una gran extensión desde el norte de Brasil, Paraguay, Argentina y Bolivia.

El territorio tradicional de los Ava Guaraní o los Chiriguano como eran llamados antiguamente^b, era un territorio vasto y extenso que ocupaba gran parte de los departamentos de Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija. Debido a la gran extensión de este territorio tradicional, se han marcado diferencias culturales entre diferentes grupos. Identificamos como principales:

- **Isoseño**
- **Ava**
- **Simba**

Los primeros, como su nombre indica, se encuentran en la zona de los bañados del Isoso y tienen un origen diferente del resto de los guaraníes, de mayor procedencia Chané.

Los Ava Guaraní de la provincia Cordillera (región de Camiri), tienen que ver con la fundación de las misiones franciscanas y con algunas comunidades libres.

^bTérmino que fue rechazado por la Asamblea del Pueblo Guaraní (APG) por ser la denominación impuesta por la colonia (EINE, 2000. pp. 15-16).

Los Simba son una agrupación de comunidades en la región de Ingre – Iguembe y las márgenes del río Pilcomayo los que habitan en la provincia O'Connor. (Mapa N° 1 ver pág. 44)

La educación tradicional del pueblo Guaraní es mediante la palabra. A través de relatos místicos-históricos los niños y jóvenes llegan a comprender su mundo y la naturaleza de las cosas y como cultura, los guaraníes tienen un vasto conjunto de concepciones y explicaciones, que configuran su particular cosmovisión.

Los ancianos son los portadores del conocimiento y encargados de la transferencia de ello a las nuevas generaciones, hoy en día sobre todo las mujeres son quienes portan el idioma y las tradiciones. El guaraní es actualmente un pueblo sedentario, que practica la agricultura, pero continúan con su costumbre de caza, pesca y recolección de miel y frutos del monte, su alimentación está basada en el maíz y otros cultivos tradicionales como el poroto, zapallo y el camote.

Gracias a su organización como es la Asamblea del Pueblo Guaraní- APG, el guaraní de hoy mantiene su identidad como pueblo indígena, con una misión un futuro importante: “mantener su identidad como pueblo indígena y como ciudadanos de un país multiétnico y plurilingüe”. (Mapa N° 2 ver pág. 44)

A partir de los años 80 muchas comunidades empiezan a organizarse para salir del sistema de la hacienda y empieza a surgir la Asamblea del Pueblo Guaraní como organización matriz de las diferentes regiones del pueblo Guaraní en Bolivia.

Hoy en día, la mayor parte de las comunidades está organizada y en proceso de recuperación de algunas de sus tierras ancestrales. Sin embargo, todavía hay comunidades que siguen empatronadas dentro de haciendas de terratenientes.

La comunidad de Ñaurenda está ubicada al norte de la provincia O'Connor del departamento de Tarija considerándose la zona más organizada donde se encuentran los centros de concentración del maíz (avatirenda = deposito de maíz; maíz =avati,)

IV. c Geográfico

La Zona Guaraní de Itika Guasu donde está ubicado la comunidad de Ñaurenda se encuentra ubicada al norte de la Provincia O'Connor, sobre el río Pilcomayo. Tiene una extensión territorial de 216.002 has., de las cuales hasta ahora sólo fueron tituladas 68.000 hectáreas.

Las comunidades utilizan de acuerdo a su ubicación geográfica y contexto ecológico, distintas estrategias productivas basadas, principalmente, en la agricultura y la pesca, por lo que están divididos en 3 zonas:

En la zona 1, las estrategias son principalmente agrícolas, debido a la distancia que se encuentran del río Pilcomayo, su tierra es relativamente fértil y poseen un nivel aceptable de precipitación.

En la zona 2 se utiliza un patrón que combina la pesca con la agricultura.

En la zona 3, donde los terrenos son pobres, la comunidad vive casi exclusivamente de la pesca. Los pescadores intercambian pescado con otras comunidades que están distantes del río, por maíz. **(Mapa Nº 4 ver pág. 46).**

Adicionalmente, los guaraníes venden su fuerza de trabajo a los ganaderos de la zona y trabajan en la producción de artesanías, ollas de barro, y algunas prendas de hilo vegetal, actividad realizada casi exclusivamente por mujeres.

De habitación utilizan una sola pieza pero bien espaciosa en forma de cola de pato, semicircular en la parte posterior y recta hacia la GRAN PLAZA del RANCHERIO en cuyo centro hay juegos deportivos. En el interior de la pieza, que debe tener casi unos 100 metros cuadrados, están las hamacas, los encontrados o catres, el ropero sobre un tiento en la esquina para colgar las prendas de vestir, los utensilios los colocan en las hendidias del techo de palma y UN GRAN FUEGO TATAGUASU en el centro el rancho, sitio donde a veces hay enterrado un difunto. EL ZARZO o granero esta

fuera de la habitación, en la parte interior del predio. Llama la atención como colocan el maíz en zoca (mazorca), en forma simétrica y ordenada que da el aspecto de un panal de abejas. Todos los ranchos están en el círculo de la gran plaza donde hay un frondoso algarrobo.” (**Foto N°1 ver pág. 47**).

Los guaraníes han establecido una relación íntima y de armonía con el monte, de donde provienen los animales, los frutos silvestres, la miel, la madera para la construcción y las plantas medicinales. Gracias a sus prácticas y conocimientos tradicionales, han realizado importantes contribuciones a la conservación y el uso sostenible de la biodiversidad.

Según el eminente Dr. Moisés Bertoni, en su obra "La civilización Guaraní", ningún pueblo en el mundo ha sabido resolver como el guaraní las cuestiones referentes a la higiene, y con un resultado tan brillante. Tampoco hubo, ni existe actualmente pueblo cuya higiene práctica y popular esté en todo tan de acuerdo con los más recientes progresos de la ciencia, como los pueblos genuinamente guaraní.

Para el guaraní cada enfermedad y muerte es causa del actuar dañino de otros^c; este pensamiento causa constantemente problemas en la comunidad y puede tener como efecto que familias enteras tengan que dejar la comunidad. Los guaraníes son grandes concedores de medicamentos naturales, sean de origen vegetal o animal. Todos los guaraníes conocen los medicamentos más comunes y aplican éstos sin consultar a un especialista.

V. d SERVICIOS EDUCATIVOS

^cPor ejemplo, dicen que pueden enfermar por “mal de ojo”, cuando otra persona les mira de mala manera, o cuando está llegando el río con espuma les ataca a la vista, produciendo enrojecimiento de la conjuntiva y lagañas.

Establecimiento Educativo	Inicial		Primario		Secundario	
	M	F	M	F	M	F
Unidad Educativa Ñaurenda	6	3	83	83	4	32

FUENTE: Dirección Distrital de Educación

IV. e SERVICIOS BASICOS DE VIVIENDA Y SANEAMIENTO

La comunidad de Ñaurenda al ser un pueblo muy bien organizado, realizado las gestiones donde se puede percibir la instalación de agua por cañería en todas las viviendas, faltando la construcción de alcantarillado para la conexión a sus domicilios.

En relación a la electricidad en todos los domicilios cuentan con la luz eléctrica enviada desde la red de Entre Ríos, que en algunos casos no es permanente por los cortes intempestivos que se produce influidos por el factor climatológico o en algunos casos por fallas humanas.

La estructura del territorio guaraní se divide en cuatro espacios principales: la casa y el patio (*oka*),^d la tierra fértil (*koo*),^e el agua (*l*)^f y el monte (*kaa*)^g.

La extraordinaria longevidad de los guaraníes, es seguramente la circunstancia que más claramente pone de manifiesto la excelencia de su higiene. La sobriedad es condición necesaria para una prolongada longevidad. Los guaraníes puros fueron dueños de una notable salud mental, mantuvieron el ánimo sereno y tranquilo y conocieron la alegría de vivir. La vida feliz que todavía llevaban hace poco, es la prueba. Ahora bien, hablando de verdaderos guaraníes, ellos nunca cometen excesos, ni en el comer ni en el beber. Thevet escribía "nunca comen fruta alterada, ni que no esté bien madura, ni comida que no esté bien cocida". Su sobriedad

^dPalabra guaraní

^ePalabra guaraní

^fPalabra guaraní

^gPalabra guaraní

no se limitaba al comer poco o comedidamente. Se esmeraban también en combatir el vicio de la gula.

IV. f ECONOMIA GUARANI

Por su condición de agricultores, los guaraníes eran un pueblo básicamente vegetariano. La carne ocupaba un lugar secundario en la alimentación y dependía de la cacería de animales y aves silvestres y de la pesca. La producción agrícola era muy variada destacándose el maíz, la mandioca, zapallo, tabaco, batata dulce y una gran variedad de porotos.

Ibirá-cuá^h del guaraní, Ibirá (palo, madera) y Cuá (hoyo, agujero). Era un método de cultivo utilizado por el pueblo guaraní consistente en la perforación del terreno mediante un palo con punta que servía para hacer el hoyo donde se sembraba la semilla. Usualmente constituía un trabajo propio de la mujer.

IV. g POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

La población originaria guaraní representa el 15% (1.645 habitantes) de la población total de la provincia O'Connor, La comunidad en estudio es Ñaurenda, cuenta con una población de:

EDAD	Femenino	Masculino	TOTAL
Menores de 1 año	2	2	4
De 1 año	4	2	6
De 2 a 5 años	12	8	20
De 5 a 9 años	28	23	51
De 10 a 24 años	42	33	75
De 25 a 49 años	79	78	157

^hPalabra guarani

De 60 a mas	5	3	8
POBLACION TOTAL	172	149	321
Mujeres en edad fértil (15 - 49 a)	90		90
Embarazos esperados	5		5
Nacimientos esperados	5		5
Partos esperados	5		5

Fuente: Modulo de información Básica del Establecimiento, cuadro
Elaboración propia

Del total de la población, el 80% (257) son indígenas guaraníes.

IV. h SALUD PRESTACION DE SERVICIOS Y GESTION

Para controlar su salud la población acude a los servicios de salud de Ñaurenda. De acuerdo a la información obtenida de la consulta externa las principales causas fueron las infecciones respiratorias agudas como primera causa de consulta (comparando con el nivel central), le sigue las enfermedades del aparato digestivo que engloban a las infecciones gastrointestinales, ocasionados por los alimentos y aguas contaminadas como principal causa, luego de las cuales se tiene una diversidad de causas de consulta.

Además es importante tomar en cuenta otro tipo de patologías como las emergentes y re emergentes (dengue, varicela) que condicionan una serie de problemas de salud, para lo cual el establecimiento de salud no está capacitado para brindar una respuesta adecuada. La falencia de programas para grupos importantes de población, como la escolar y adolescente muestran que se los debe tomar como prioridad a fin de brindar atención integral a la población.

IV. i Político

El territorio Guaraní estaba dividido en una especie de provincias en las que se agrupaban las comunidades (*tenta*) que en realidad eran familias extensas. Estas *tenta*ⁱ generalmente no agrupaban a más de 200 personas diferentes generaciones, todos bajo el mando del *mburuvicha*^j, el capitán o máxima autoridad de la comunidad. Estas comunidades formaban unidades relativamente autosuficientes que temporalmente se podían aliar con otras comunidades vecinas en momentos de crisis o de conflicto.

Una comunidad se denominaba con la palabra de pertenencia *ore*, que tiene un significado de “nosotros”, excluyendo a los que no formaban parte de la comunidad. El siguiente nivel de organización se identificaba con la palabra *ñande*, que significa nosotros que identifica a los guaraníes de diferentes comunidades aliadas. La alianza de varias comunidades se identificaba con la palabra *guasu*, que se podría traducir como provincia o región. El líder de *unguasuo* provincia era el llamado *mburuvicha guasu*, que en realidad sólo tenía poder efectivo en momentos de crisis, cuando las comunidades estaban en guerra con otra *guara*, otra tribu o con los *karai* (el hombre hispano hablante). En conflictos mayores también se podían aliar diferentes regiones, que en una asamblea escogían su líder común.

IV. j Histórico

En la época después de la conquista, el objetivo de las incursiones españolas al territorio Guaraní era establecer una conexión entre Charcas y Asunción y es desde esta perspectiva que el mismo Virrey Francisco de Toledo decide organizar una campaña de guerra contra los “Chiriguano”. Esto significa el inicio de las guerras chiriguanas que duraron más de 300 años hasta derrotar la última resistencia guaraní en la matanza de Kuruyuki en 1892, donde murieron más de 2.000

ⁱTENTA , palabra guarani que significa casa y/o comunidad.

^jPalabra guarani que significa el lider de la agrupacion o comunidad

guerreros, mujeres y niños guaraníes, se rompió la resistencia armada y comunidades enteras fueron avasalladas en haciendas mientras otras migraron al norte argentino para trabajar en la zafra del azúcar.

Un detalle importante a tenerse en cuenta es que los guaraní eran hasta los `60 del siglo pasado de carácter nómada, es decir que los grupos comunitarios migraban temporalmente dirigiéndose hacia terrenos situados en Paraguay, Brasil o Argentina, siguiendo antiguos patrones de costumbre de pesca y caza. Se dice que dichos movimientos migratorios les permitían una alimentación equilibrada y abundante, porque si había sequía o disminuía la alimentación en un lugar entonces era tiempo de trasladarse a otra zona. A finales de los ´70, una iglesia evangélica europea “decidió” dar a los matacos nacionalidad boliviana y por tanto compraron una cantidad de terrenos y movilidades, para que en adelante se dedicaran a la pesca y venta de pescado. Desde entonces los guaraníes dejaron su carácter nómada y se asentaron en terrenos fijos, con lo que sus costumbres de alimentación, uso del agua y del terreno cambiaron.

La consecuencia fue una seria crisis de identidad, cambios en la composición de la dieta, conformación del grupo familiar y mucho stress. De ese modo, se nota que los guaraníes se dedican al alcoholismo y que están perdiendo muchas de las mejores características que tenían antes de este cambio.

IV. k Organización actual

La sociedad guaraní, en el transcurso de su historia, ha transitado por diversos cambios en su estructura organizativa, pasando de una organización tradicional (originaria), a una estructura funcional a los intereses de los propietarios de haciendas, hasta llegar a la actual estructura, en la que la Asamblea del Pueblo Guaraní (APG) juega un rol fundamental. El año 1989 se creó la APG-Tarija, y se organizó la capitanía guaraní en la comunidad de Ñaurenda. Posteriormente la

APG vio la necesidad de descentralizar su gestión en capitanías que pudieran atender a sus zonas: así nació la APG del Itika Guasu que se divide en tres niveles: comunal, zonal y regional.

Actualmente, la APG, es la instancia legal que representa a los guaraníes.

ZONA 1	ZONA 2	ZONA 3
Agua Rica	Alto los Zarzos	Alto los Zarzos
Itayuro	Lagunitas	Lagunitas
Potrerillos	Chimeo	Chimeo
Mokomokal	Mboypitarendá	Mboypitarendá
Saladito de Ñaurenda	Zapaterambia	Zapaterambia
Ñaurenda	Itaparara	Itaparara
Tomatirenda	Yuati	Yuati
Yukiporo	Kumandaroti	Kumandaroti
Agua Buena Yukupita		
Tambasay		

Los guaraníes han adoptado una estructura orgánica que comienza en las comunidades, donde la autoridad es el *Mburuvicha* o capitán y la *kuña mburuvicha*^k. Junto a ellos se suman los responsables del PISSET, que quiere decir:

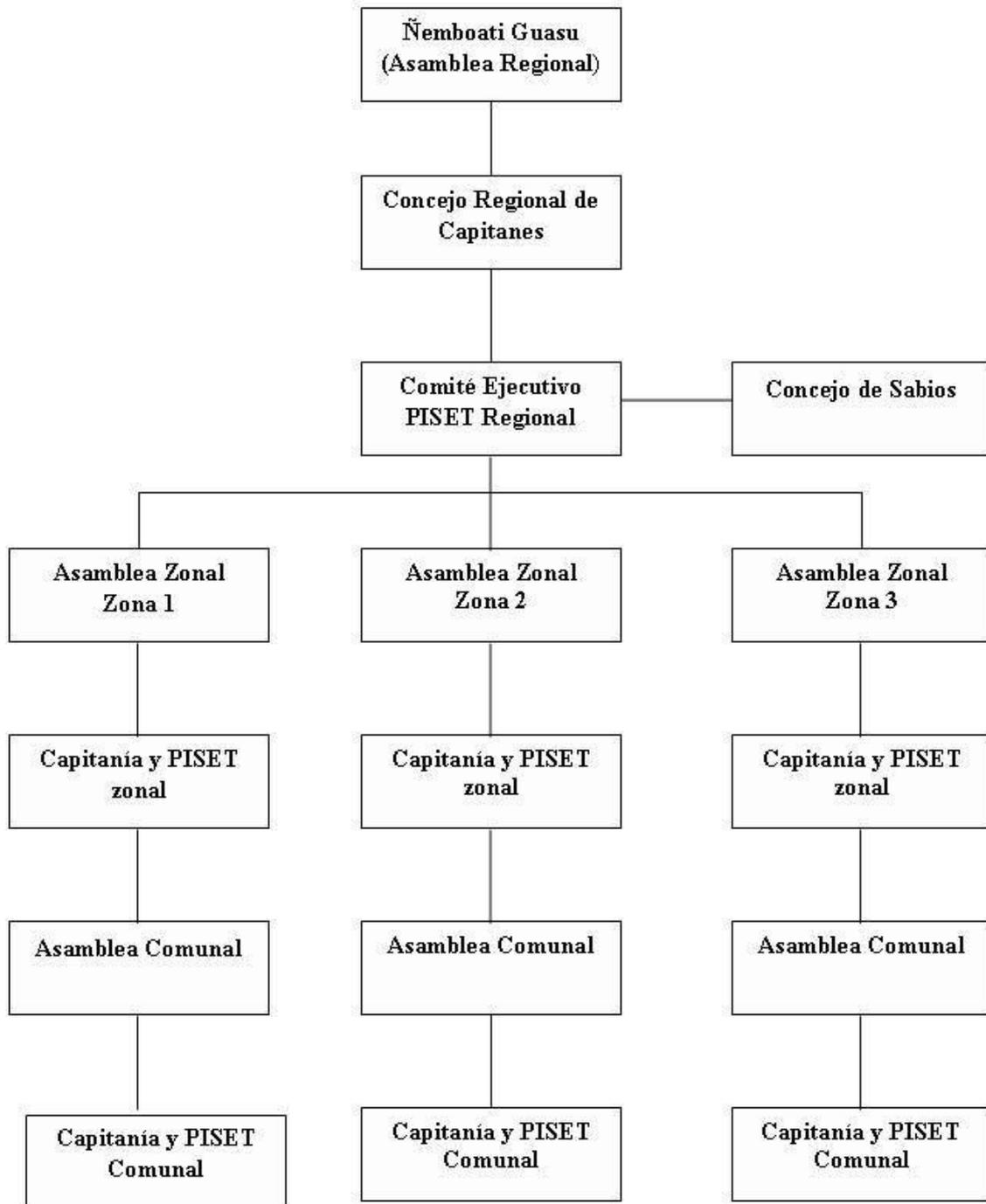
- P = Producción**
- I = Infraestructura**
- S = Salud**
- E = Educación**
- T = Tierra – Territorio**

^kPalabra guaraní que significa la líder de las mujeres

Un conjunto de comunidades por afinidad espacial han conformado las denominadas Zonas, y a esta estructura se denomina la Asamblea del Pueblo Guaraní (APG). El conjunto de las Zonas a su vez forman una APG regional y las regiones forman a su vez la APG nacional, que aglutina a todos los guaraníes que viven en los departamentos de Tarija, Chuquisaca y Santa Cruz.”.

El siguiente organigrama demuestra la composición de la APG de Itika Guasu, en la provincia O'Connor:

**Estructura organizativa de la Asamblea del
Pueblo Guaraní de Itika Guasu**



V. MARCO CONCEPTUAL

V. I Cáncer Cervicouterino

El cuello uterino es una frontera de epitelios, uno plano (poli estratificado) y otro cilíndrico, que cambia a lo largo de la vida: con el desarrollo, con el ciclo menstrual, con el embarazo, con el parto y con el posparto. Además, es una zona donde aun llegan gérmenes del exterior y está sujeta a noxas e inflamación.

La detección, el diagnóstico y la erradicación en las lesiones anteriores previenen el desarrollo del cáncer invasor del cuello uterino por lo que es necesaria la realización de pruebas de Papanicolaou en servicio en forma sostenible, con coberturas por encima del 80% para detectar y tratar el padecimiento en etapas iniciales.

V. II La prueba del Papanicolaou

Es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico.

V. m La técnica de Inspección Visual con Acido Acético (IVAA)

Es otra técnica que consiste en la observación del cérvix para detectar anomalías después de aplicar el ácido acético al 5%.

El cáncer de cuello uterino empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales.

Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.



FUENTE: Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos.

La pesquisa mediante la citología de Papanicolaou y el tratamiento consecutivo de las lesiones pre invasoras aseguran una alta curación, e impiden el desarrollo a cáncer invasor, son pilares fundamentales del enfrentamiento y manejo de esta patología.

Para el cáncer Cervico Uterino, hay un centro de lectura del PAP donde técnicos entrenados en la labor observan las placas e informan según un protocolo de identificación de tejido normal o de lesiones.

V. n Interpretación e informe citológico.

Desde su introducción por Papanicolaou, la citología para el tamizaje del cáncer del cuello uterino ha tenido varias modificaciones. La más reciente, es la clasificación de Bethesda, o CB (1988, modificada en 1991), la cual ha ganado amplia aceptación, ya que establece una mayor correlación entre los hallazgos citológicos, los datos clínicos y los correspondientes cuadros histológicos, e incluye, además, criterios sobre la calidad de la muestra.

CLASIFICACION DE BETHESDA

I. Informe de adecuación	II. Diagnostico descriptivo
A. Satisfactorio B. No satisfactorio	A. Infección B. Inflamación C. Miscelánea
III. Anomalías de células epiteliales	
A. Células escamosas	B. Células glandulares,

endometriales o endocervicales	
1. Células escamosas atípicas	1. Presentes, ausentes de significado incierto(ASCUS)
2. Lesión Intraepitelial Escamosa - de bajo grado LIE-B VPH - de alto grado LIE-A	2. Atípicas
3. Carcinoma escamoso celular	3. Carcinoma (adenocarcinoma)

FUENTE Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y control del Cáncer de Cuello Uterino.

V. ñ Consejería Post PAP.

Las mujeres que se hacen una prueba de Papanicolaou deben recibir una consejería de parte de la enfermera, de manera de estar apercibidas de la necesidad de retornar en el futuro para repetir la prueba. En los casos en que el reporte señala alteraciones, la consejería puede dar lugar a una referencia a consultorio ginecológico a fin de que el médico decida el proceder concreto para esa mujer. La consejería además debe brindar educación preventiva, considerando aspectos de la vida reproductiva de la paciente.

VI. OBJETIVOS

VI. o General

“Determinar, analizar e interpretar cuáles son los factores culturales que influyen en la mujer guaraní de 25 a 49 años para que no asistan al Establecimiento de Salud para la toma del Papanicolaou en la comunidad de Ñaurenda provincia O’Connor– Tarija, entre los meses de enero a junio 2011.”

VI. p Específicos

“Identificar y analizar las explicaciones culturales por las que la mujer guaraní de 25 a 49 años no asiste al Establecimiento de Salud para la toma del Papanicolaou en la comunidad de Ñaurenda provincia O’Connor, según procedencia, durante los meses de enero a junio de 2011”.

“Determinar el grado de conocimiento de la enfermedad en mujeres de 25 a 49 años de la comunidad de Ñaurenda provincia O’Connor Tarija”.

“Recuperar la terminología relativa a las enfermedades de la mujer, enfocando en cáncer Cervico uterino que emplean las mujeres guaraníes en Ñaurenda”.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

VII. q. Tipo de investigación

El presente trabajo es una investigación etnográfica, descriptiva, cualitativa y retrospectiva.

VII. r. Población y muestra

Comprende a las mujeres en edad fértil de 25 a 49 años, que alcanzan al número de 79.

VII. s. Muestreo

Se tomara en cuenta a 59 mujeres comprendidas en las edades de 25 a 49 años.

VII. t. Criterios de selección de la muestra

La muestra ha considerado al total de las mujeres en edad fértil de 25 a 49 años.

Se ha considerado una probabilidad del 80% de encontrar personas que brindan información y un 20% de no hacerlo. Para el nivel de confianza se ha considerado 95% con esto criterios y basados en una hoja de cálculo Excel propuesta por el Lic. Pablo Sánchez Villegas logramos un total de 79 personas como el tamaño muestral definitivo.

VIII. VARIABLES

VIII. u. Dependiente

Mujeres guaraníes de 25 a 49 años que no se realizaron la toma del PAP.

VIII. v. Independiente

Factores culturales, analfabetismo

IX. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE 1 Mujeres en general que no se realizaron el Papanicolaou	
Definición conceptual	Examen complementario para la detección del cáncer y en base a los resultados la adopción de las medidas de prevención o intervención.
Definición operacional	Mujeres en riesgo de mostrar señales de cáncer en su vida
Indicador	Cantidad de muestras tomadas / cantidad de muestras programadas. Mujeres de 25 a 49 años que se realizaron el Papanicolaou / Total de mujeres de 25 a 49 años.
Escala de medición	Cuantitativamente, porcentual
Análisis	% de mujeres que tienen el examen del Papanicolaou y cumplen con el programa del Ministerio de Salud
Fuente	Encuesta y registros

VARIABLE 2 Mujeres guaraníes que no se realizaron el Papanicolaou	
Definición conceptual	Examen complementario para la detección del cáncer y en base a los resultados la adopción de las medidas de prevención o intervención.
Definición operacional	Identificar los factores culturales de la mujer guaraní para no asistir a la toma del PAP el resultado, se calcula en días.
Indicador	Mujeres guaraníes de 25 a 49 años que se realizaron el Papanicolaou / Total de mujeres guaraníes de 25 a 49 años.
Escala de medición	Cuantitativamente
Análisis	% de mujeres que tienen Papanicolaou y que cumplen con el programa del Ministerio de Salud.

Fuente	Encuesta y registros
---------------	-----------------------------

VARIABLE	Analfabetismo en las mujeres de 25 a 59 años
Definición conceptual	Que no sabe leer ni escribir y en base a los resultados se planificara para elaborar folleteria para ampliar sus conocimientos en la toma del Papanicolaou.
Definición operacional	Acto de observar los folletos que distribuye el Establecimiento de Salud, sin comprender su contenido.
Indicador	Categoría
Escala de medición	Si - No
Análisis	En tablas de contingencia y frecuencias
Fuente	Encuesta

X. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

<i>Criterios de Inclusión</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres guaraní de 25 a 49 años con residencia en la comunidad de Ñaurenda. • Mujeres guaraní de otra procedencia que no asisten al examen del PAP. • Mujeres con hijos. • Mujeres con unión estable o con vida sexual activa 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mujeres con permanencia temporal</i> • <i>Mujeres no comprendidas en el grupo de estudio.</i> • <i>Mujeres solteras sin actividad sexual.</i>

XI. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó básicamente una copia de las tomas del PAP realizados en el Establecimientos de Salud. A estos datos se complemento con una encuesta complementaria cuya estructura es la siguiente:

- a) Consentimiento Informado,
- b) Datos generales
- c) Factores que indican la no asistencia al Establecimiento para la toma del PAP.
- d) Conocimiento de la enfermedad.
- e) Recuperación de la terminología por la que reconocen a la enfermedad

XII. INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El cuestionario se realizó en base a los objetivos específicos y para el lenguaje se tomó previamente un sondeo de opiniones a mujeres de una comunidad con población guaraní y no guaraní. El cuestionario es semi estructurado con preguntas cerradas y abiertas con la validación planteada en mujeres que acuden a consulta, previa aceptación por las autoridades de la asamblea del pueblo guaraní APG, fijando el día determinado para la vista a la comunidad dejando encargados a comunicar a la población como objeto de estudio.

La entrevista se organizó en base a coordinación con líderes comunitarios de la comunidad de Ñaurenda donde se llevo a cabo la aplicación de la encuesta considerando los horarios de permanencia de las mujeres en sus domicilios, días de reunión de la comunidad y otras actividades educativas por otras instituciones.

Al ser una comunidad concentrada para iniciar la encuesta visité casa por casa a iniciando la entrevista con un saludo en el idioma nativo para establecer una relación de confianza y de concientización sobre la importancia del intercambio de la información, con el propósito de aplicar medidas prevención y, tratamiento de sus problemas de salud de acuerdo a sus usos y costumbres. **(Ver anexo pág. N°56)**

XIII. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA POR ACTIVIDAD Y POR MES														
Nº	ACTIVIDAD	MESES DEL AÑO												
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Observación
1	Elaboración de borradores de instrumentos de encuesta.	X												
2	Visitas a comunidades para informar de encuesta.		X											
3	Validación de cuestionarios.			X										
4	Recolectar los datos (encuesta)			X	X									
5	Digitalización de los datos de la encuesta				X	X								
6	Obtener resultados de salida						X							
7	Reunión de análisis						X							
8	Elaborar el informe							X						
9	Revisar del documento						X	X						
10	Aprobar el documento final								X					
11	Presentación de la investigación									X				

XIV. Resultados

El resultado de la recolección de datos fue vaciado en tablas mediante la agrupación de las variables contenidas en los formularios de la encuesta realizadas.

El manejo estadístico se realizó mediante el cruce de variables, utilizando los paquetes de computación Word y Excel.

La interpretación se efectuó de acuerdo a la frecuencia de los resultados encontrados, enfatizando las respuestas más enfocadas que obtuvieron mayor porcentaje de acuerdo al tema y explicando en forma adicional los comentarios a cada una de ellas.

Los resultados se presentaran en tablas con distribución de frecuencias de acuerdo a las respuestas obtenidas de cada participante:

TABLA N° 1
¿Cuánto tiempo vive en esta Comunidad?

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1 año	2	3
2 años	8	14
3 años y más	49	83
TOTAL	59	100

El 83% de las mujeres tienen radicativa desde la conformación de esta comunidad, el 14% son mujeres que llegaron de otras comunidades y conformaron una familia con los varones de esta comunidad y 3% son familias que visitaban y radicaron en Ñaurenda.

TABLA Nº 2
Usted visitó un Establecimiento de
Salud durante el primer trimestre de la gestión 2011

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	12	20
NO	47	80
TOTAL	59	100

El 80% de las mujeres encuestadas no visitó un Establecimiento de Salud durante el primer trimestre de la presente gestión. De las 12 mujeres (20%) que responden que sí visitaron, sin embargo lo hacen por motivo ajeno a su salud personal (mujeres añosas que llevaron a sus hijos y/o nietos)

TABLA Nº 3
¿Cuándo está enferma donde acude?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Establecimiento	2	3
Curandero (a)	15	26
Comadre	10	11
Vecino	3	5
Sola	29	49
TOTAL	59	100

El 49% de las mujeres se curan solas, especialmente las mujeres de 40 a 49 años, y el 26% acuden al curandero por ser persona muy conocida y con buenas referencias dadas por las personas mayores, el resto de las mujeres toman consejos de sus comadres y pocas son las mujeres (sólo 3%) que acuden al Establecimiento de Salud.

TABLA N° 4

Usted asiste al Centro de Salud cuando está Enferma de su imembijiru matriz

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	2	3
NO	57	97
TOTAL	59	100

No asisten al Establecimiento de Salud las mujeres casi en su totalidad (97%), porque los problemas que presentan las mujeres en sus partes intimas no lo consideran como una enfermedad, mas al contrario correspondería a un mal por no cumplir algunos rituales dentro de sus costumbres.

TABLA N° 5

Usted recibió información sobre el Papanicolaou

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
SI	7	12
NO	52	88
TOTAL	59	100

La mayor parte de las mujeres (88%) no conocen sobre el Papanicolaou o no han sido informadas y el 12% recibieron información en forma superficial o recibieron comunicación de persona a persona porque visitaba la ginecóloga.

TABLA Nº 6
¿Es normal eliminar secreción *harto* por sus partes nde imembijiru ?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	44	75
NO	15	25
TOTAL	59	100

El 75% de mujeres entrevistadas dice que es normal tener secreción por sus genitales, de las que respondieron, la mayoría son mujeres del grupo de 30 y mas años, todas de origen guaraní.

TABLA Nº 7
Usted sabe ¿cómo se detecta el cáncer en la matriz o útero?

	Examen del PAP	%	No sabe	%	TOTAL MUJERES
25 a 30	4	7	1	2	5
31 a 35	2	3	5	8	7
36 a 40	1	2	9	15	10
41 a 45	0	0	14	24	14
46 a 49	0	0	23	39	23
TOTAL	7	12	52	88	59

Este cuadro nos demuestra que las mujeres de 31 a 49 años desconocen de la enfermedad, porque antes no sabían que esta enfermedad como existiera tal, atribuía a hechos de la naturaleza o por desobedecer a sus antepasados.

TABLA Nº 8
Quien piensa que le va a curar su enfermedad
si tuviera *flujo*.

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
El medico	2	3
Curandero	25	43
Sola	32	54
TOTAL	59	100

Como consideran que es algo normal o por desobediencia a la naturaleza, el 43% acuden al curandero y el 54% “soluciona sola”. Una mínima parte de las mujeres acudiría a un médico (3%), lo que supone una clara desventaja del médico ante el curandero en estos casos.

Hablando de razones por las que se curan solas, las entrevistadas dicen que los flujos o secreciones que bajan por sus genitales no serian señal de enfermedad, pues “cuando tenían el flujo corríamos al rio en horas de la madrugada a bañarse, con lo que se perdía el problema”. Es claro que no se están refiriendo a un posible caso de cáncer de matriz.

“A veces no se perdía y se quedaba como un escozor, entonces las mujeres volvíamos al rio en horas de la tarde con lo que esperábamos que se solucione el caso.....”. Posiblemente se están refiriendo a caos de un flujo temporal, consecuente a otra condición, y no a un cáncer, que evidentemente no lo

conocen, y por tanto, no tendrían una actitud para cuidarse o acudir a controles o hacerse la prueba de Papanicolaou.

TABLA N° 9
Se realiza el examen del Papanicolaou

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
SI	5	8
NO	54	92
TOTAL	59	100

Según la pregunta 7, hay 7 mujeres que conocen cómo detectar la enfermedad, de ellas solamente 5 mujeres se realizaron el examen, lo que representa el 8%. De ellas aceptaron voluntariamente 3 porque recibieron explicación, y 2 de ellas se sometieron a las decisiones del personal de salud, posiblemente sin un convencimiento personal.

TABLA N° 10
¿Por qué no se realiza el examen del Papanicolaou?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Por vergüenza	12	22
Por no tener confianza con el personal de salud	13	24
Es sagrado (“sólo es para mi pareja”)	29	54
TOTAL	54	100

Más de la mitad de las encuestadas no lo hace por no mostrar sus genitales o por vergüenza. Una acotación que surgió al final de los comentarios sobre esta pregunta, es que las mujeres no se hacen revisar por el personal de salud ni se hacen tomar la prueba del Papanicolaou porque “no dejan ver sus partes ni a su pareja”, y por vergüenza tampoco preguntan ni se preocupan por lo que el personal sanitario realiza a algunas mujeres, ni consultan alas que se hace la prueba para saber en qué consiste.

TABLA N° 11
Observación de
Folletos que distribuye el Servicio de Salud

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si observa	12	20
No observa	47	80
TOTAL	59	100

El 80% de las mujeres manifiestan que no observan por que las personas que están en el folleto “no están con nuestra propia vestimenta (tipoy)”, “por eso pensamos que es otra cosa...”, dando a entender que esos materiales no les atraen porque no tienen elementos (culturales) que ellas reconozcan.

Pude observar que efectivamente, los folletos educativos sobre salud sexual y reproductiva que había en el puesto de salud congenian fotografías de mujeres de pollera, típicas de gente de las tierras altas, y diferentes a las del Chaco.

RECUPERACION DE PALABRAS GUARANÍES RELATIVAS A ORGANOS SEXUALES.-

Originalmente la idea era recuperar palabras que estén relacionadas con el Cáncer cérvico uterino, sin embargo, como se mencionó, las mujeres no tendrían un concepto que se parezca al de esta enfermedad. Por tanto, las palabras que

se recuperaron tienen relación con órganos sexuales y la patología de los flujos genitales. De todas maneras, hasta que se logre un concepto útil sobre cáncer, estas palabras guaraníes pueden servir para las sesiones educativas, con el fin de enfocar la atención de las mujeres guaraníes en conceptos que conocen y pueden entender.

Palabra guaraní	Significado en castellano
Imembijiru	Matriz o útero
Cuña imembijiru	Útero de la mujer
Aembarase	Enfermedad
Che aembarase	Yo estoy enferma
Oporomboevae	Persona que enseña
Oporopianovae	Persona que cura

XV. Conclusión

Un detalle importante que caracterizó a esta encuesta es que, si bien las preguntas eran para las mujeres, en realidad la mayor parte respondieron sus esposos o parejas, y sin embargo, estoy consciente de que las respuestas reflejan el sentir y lógica de las mujeres. Por tanto, las conclusiones que detallo a continuación tienen consistencia.

- El 83% de la población femenina tiene radicatura muy antigua en la comunidad de Ñaurenda, que son descendencia de 3 a 4 familias antiguas, porque respondían “nosotros nomas conformamos la comunidad de Ñaurenda....”. Hay que aclarar que antes de la creación del poblado de Ñaurenda, el grupo posiblemente no tenía radicatura fija debido a su carácter nómada.
- El servicio de salud no es visto por las mujeres como un centro para atenderse en sus casos de salud o enfermedad. El 20%, de la asistencia al

servicio de salud es porque llevan a sus hijos y/o nietos para su curación de ellos y no así para la valoración o curación de su salud.

- El 49% de las mujeres se curan solas y a su familia porque adquirieron experiencia transmitida de generación en generación de sus antepasados (madre abuela, etc.), y el 26% acude al curandero porque creen que es su experiencia, ya que son enfermedades que son castigos de la naturaleza o por desobediencia. “Nosotras utilizamos las plantas que son más efectivos y buenos porque son puros y no dañan nuestro cuerpo....”
- El 97% de las mujeres no asisten al Establecimiento de Salud cuando están enfermas de su matriz porque no consideran que los flujos sean enfermedad, y cuando se presentan, su tendencia es a tratarse solas.
- Estando en la comunidad yo observé que el personal de salud realiza actividades en forma mecánica y sin explicación a las mujeres que son atendidas. Es tal vez por ello que las mujeres no mencionan que se harían atender por personal de salud si tuvieran señales de enfermedad en su matriz, prefiriendo el cuidarse solas o acudiendo a un curandero.
- Les pregunte a las señoras si habían oído antes la palabra *cáncer* y si entendían su significación, respondiendo me dijeron que no, y me obligaron a replantear la pregunta en términos que ellas me pudieran entender según su contexto cultural. Cuando usé la palabra *tumor de la matriz* la respuesta fue que tampoco entendían ni conocían. Llegamos a la palabra “flujo” que para ellas en alguna medida contenía la significación grave de la enfermedad de la matriz. Solo algunas mujeres jóvenes de menos de 30 años de edad captaban el término de cáncer de la matriz. Esto muestra un elemento importante a tener en cuenta: ¿Cómo se puede motivar a prevenir, a reconocer el nivel de gravedad de una enfermedad que ellas no conocen, y para la cual parecen no tener conceptos que les orienten a considerar como un peligro para su salud? En este punto, se hace necesario aplicar

estrategias de interculturalidad a fin de encontrar elementos de su cosmovisión que les permitan captar mejor el concepto de *cáncer* como enfermedad, y el daño que este cuadro ocasiona en la matriz de una mujer, dando lugar a signos y síntomas que revelan su gravedad, con la posibilidad de muerte.

- Las jóvenes, menos embebidas en su contexto cultural, tienen una idea bastante adecuada respecto a la gravedad del cáncer y ellas tienden a hacerse la toma del Papanicolaou por conocimiento del mismo, pero que sin embargo no tuvieron una experiencia personal o familiar sobre la enfermedad.
- Respecto de la información de los folletos que reciben está visto que es importante que contengan imágenes y fotografías relacionadas con su grupo cultural. En oportunidad de la presente encuesta y en otras actividades de salud la autora pudo comprobar que las mujeres y varones guaraníes rechazan las imágenes y fotografías de los folletos mostrando personas del altiplano quechuas y aymaras por la evidente diferencia que tienen en aspecto somático y en vestimenta.
- Hay un lenguaje del idioma guaraní bastante extenso, que sirve a esta gente para referirse a su cuerpo, sus genitales y las enfermedades que pueden afectarlos. PERO NO SE ENCONTRÓ NINGUN CONCEPTO UTIL PARA REFERIRSE AL CANCER UTERINO.

XVI. Recomendación

En base a los detalles de la encuesta, y con otra información obtenida por observación durante las entrevistas en los hogares de la comunidad, se pueden configurar las siguientes:

- Realizar actividades grupales donde se note la mayor participación de las mujeres, debido a que habitualmente, las actividades de tipo educativo son tomadas de manera natural por los varones (aunque hubieran sido temas para el sector femenino).

- Se ve como necesaria una educación sexual, que debe ser tratada en la comunidad como una educación afectivo-sexual y dentro del contexto de crecimiento y desarrollo del individuo. pero, por la experiencia de esta encuesta, los temas educativos deben ser adecuados al lenguaje y cosmovisión de los guaraníes, que tienen su modo particular de observar y vivir su sexualidad. De otro modo no se internalizan, y no desencadenan acciones para cuidar la salud.

- A fin de contar con un léxico adecuado para las actividades educativas, se debe rescatar más profundamente el lenguaje y conocimiento de las mujeres sobre su cuerpo y fisiología, fortaleciendo así sus conocimientos y buscando una mejor contextualización para entrelazar la población de Ñaurenda con el Establecimiento de Salud.

- Realizar gestiones para la elaboración de trípticos, folletos y otros documentos de información a la población de acuerdo al contexto o ámbito jurisdiccional y/o cultural.

Bibliografía

Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud, VIGILANCIA DEL CANCER EN BOLIVIA, PUBLICACIÓN N° 1, GESTION 2002, Bolivia - 2004

Unidad de Planificación Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” Diciembre 2009 Bolivia pp 39.

Agostino Mabota da Costa Flora, UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA, Fac. de Medicina, “Comparación de la variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix de las ciudades de Maputo (Mozambique) y Barcelona (España), Tesis doctoral, Barcelona 2005, pp 25

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES , “Salud y Equidad de Género: documento de Trabajo, Plan Nacional 2004 – 2007, La Paz Bolivia 2003:

Santiago Barrientos, Darío Flores y Pairema Segundo D, HISTORIA EL PUEBLO GUARANI DEL ITIKA GUASU, Editor ANTROPOLOGO Raf Stassen, ed.1º país Bolivia 2005.

UNIDAD NACIONAL DE ATENCION A LAS PERSONAS MSPS “Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino” Bolivia 2004.

Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino. Bolivia 2004. pág. 25

Castro A. Elementos Socioculturales en la prevención de cáncer Cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. Región y Sociedad. Vol.XIV. N° 22. México. 2002.

Cabrera J., Villanueva J., Heredia F. y Col. Escisión De La Zona De Transformación En Lesiones De Cérvix: Análisis De 1.141 Casos. Rev. Chile. Obstet. Ginecol;73(5):308-312, 2008.

10Juan de Dios Paz Echazú, LA CELEBRE ETNIA CHIRIGUANA-GUARANI

11Armijo F.:INDICADORES DE SALUD, documento metodológico, Bolivia. Edt. INE-BOLIVIA ed. Versión Final 1999 Págs., Inext.

SEGUNDA PARTE

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En este acápite se plantearán los mecanismos a emplear para intervenir y lograr concientizar a la población femenina para cuidar su salud, y concretamente prevenir el cáncer cérvico uterino. Debido a su utilidad, deberían usar el seguro del SUMI, evitando afectar su ingreso económico, mejorando así la salud de la población más vulnerable de la comunidad de Ñaurenda.

Análisis de beneficiarios.- Los beneficiarios de la propuesta de intervención serán los 4 tipos de participantes:

- Beneficiarios directos.- Las mujeres de 25 a 49 años.
- Beneficiarios indirectos.- La familia y por ende la comunidad.
- Neutrales.- Población masculina que no está dentro la edad y/o esposos, parejas o *compañeros* como ellas los llaman.
- Oponentes.- Las instituciones cooperantes.

De acuerdo a experiencias previas, se puede asegurar que las mujeres asistirán a las actividades destinadas a promover, enseñar y aplicar medidas preventivas y de control para evitar o detectar el Cáncer Cérvico Uterino. Pese a la tendencia cultural a estar acompañadas por su esposo o conviviente, esto más que un problema podría ser una oportunidad de hacer conocer a las parejas sobre la enfermedad y las formas de prevenirla. Adicionalmente se tendrá que aprovechar para difundir temarios del resto de la salud sexual y reproductiva.

Análisis de factibilidad.- Considerando la importancia del problema analizado en la primera parte de este trabajo, se concluye que desarrollar acciones a fin de motivar a las mujeres de 25 a 49 años de la comunidad de Ñaurenda para la prevención del cáncer cérvico uterino es un objetivo de importancia crítica, debido a que la información recogida muestra que la actitud de las mujeres guaraníes es a no tomar esta patología como un riesgo que reconozcan. Sobre todo, debe preocupar el que por su enfoque cultural, ellas tiendan a no aceptar o finalmente rechazar el examen ginecológico y la prueba de Papanicolaou, lo que evita que el personal de salud pueda ofrecerles una alternativa concreta para su salud.

Se considera que un programa educativo de carácter informativo, preventivo y que promocióne el examen de Papanicolaou en mujeres guaraníes de la comunidad de Ñaurenda es factible por los siguientes argumentos:

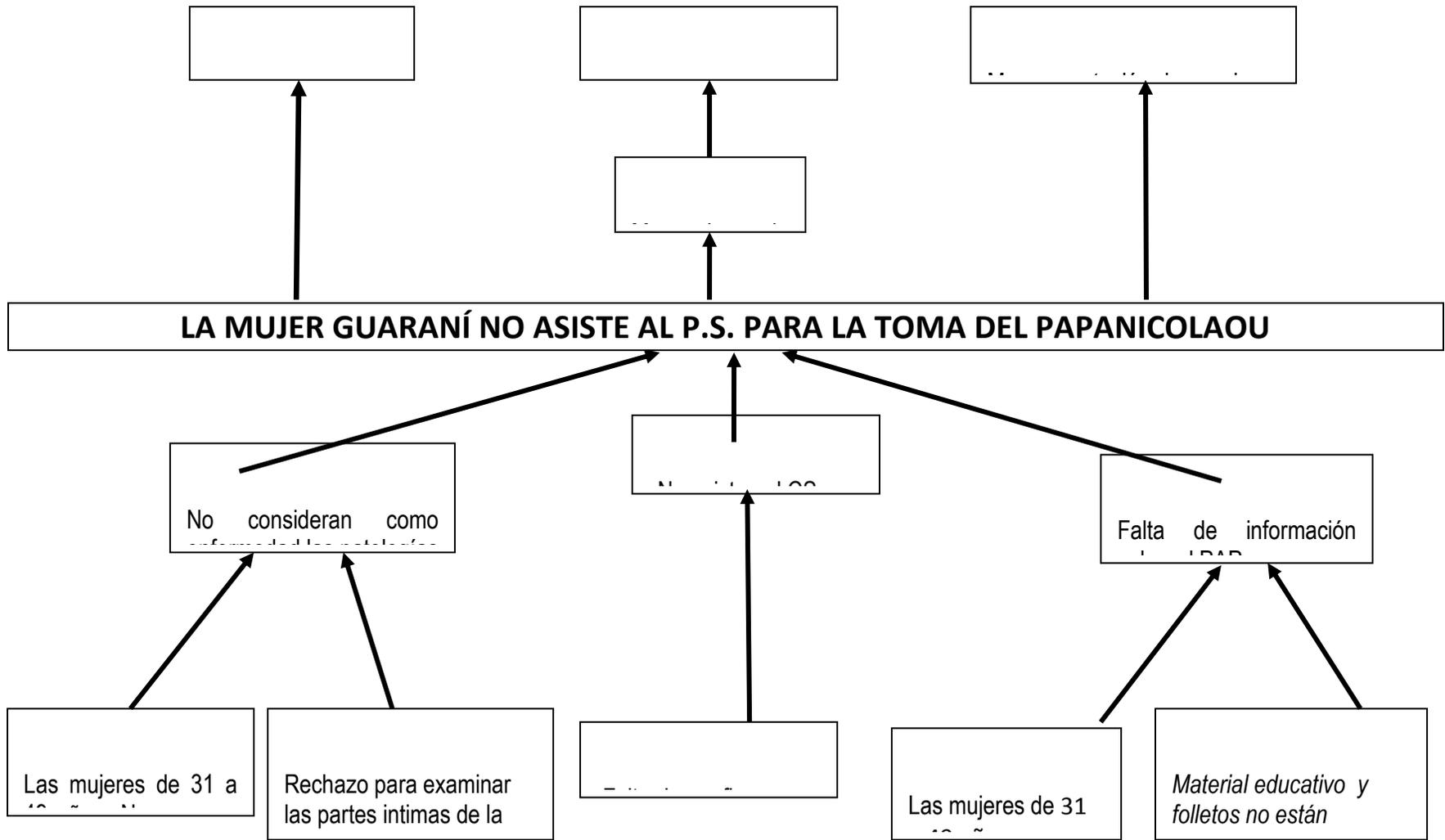
1. **Infraestructura sanitaria.-** Se tiene ambientes exclusivos, luz eléctrica, agua corriente, baños higiénicos brindando las condiciones adecuadas para realizar toda las actividades, para prevención y promoción de la salud cuenta con una sala amplia con techo, sin paredes al aire libre y espacios donde puedan descansar para recibir cómodamente las actividades educativas este tipo de ambiente se lo construyo por tener un clima muy cálido; debido a la gran debilidad de conocimiento cuenta con medios audio visuales (televisor) apara obtener mayor comprensión; para los controles de salud a niños y niñas cuentan con balanza para lactantes y balanza de pie con tallímetro, mantienen funcionando la cadena de frio con todas las vacunas que debe recibir las mujeres y población en general, tiene un ambiente exclusivo para realizar las atenciones de salud a la mujer gestante y no gestante, el material disponible para las tomas del Papanicolaou, una camilla acolchonada con gradilla, ambiente para farmacia con los medicamentos básico como para un establecimiento de primer nivel y toda el área está protegida con una pared y

una puerta de entrada con seguridad, el material educativo que tiene el Establecimiento de salud es el que distribuye el Ministerio de Salud mediante el SEDES de Tarija y la coordinación de la Red de Entre Ríos.

2. **Personal de salud como educador.** Como es un Establecimiento de primer nivel está a cargo de una Auxiliar de Enfermería, donde la funcionaria puede coordinar con el área de Potrerillos para que el médico o la Licenciada colabore para brindar actividades educativas, de igual forma puede coordinar con el programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital de Entre Ríos para asistir con la especialista de Ginecología e intervenir en todas las actividades educativas programadas por el personal del Establecimiento de Salud.
3. **Relaciones con la comunidad.** El servicio de salud mantiene una relación permanente con la comunidad, asistiendo a las reuniones programas por el mburuvicha guasu y/o capitán de la comunidad, asimismo cuando convoca para realizar actividades educativas, atención medica o por especialidad cuando visitan los médicos, podemos estacar que no se observa mucho o casi nada la ausencia de los participantes porque se presentan las familias completas es decir el esposo, la esposa y los hijos por lo que se puede conseguir otras actividades a parte de lo programado.
4. **Oportunidades para la educación.** Se tiene conocimiento que las mujeres pueden asistir a actividades educativas, reuniones de promoción y actividades de consejería en cualquier momento del día o la noche aprovechando la luna o la luz eléctrica según manifestaciones de ellas mismas, las mujeres no tienen inconveniente para cumplir a la convocatoria por lo que se puede planificar dichas actividades; los horarios de atención que cumple el Establecimiento de Salud igualmente son aceptadas, y tienen esa facilidad de adecuarse a diferentes horarios ,por lo que se puede programar actividades

para la controles de salud, tomas de muestra y visitas medicas multiprogramaticas.

ARBOL DE PROBLEMAS



~~d. Matriz lógica = marco lógico~~

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
<p>Objetivos globales: Contribuir a reducir las altas tasas de mortalidad de la enfermedad del cáncer cérvico uterino.</p>	<p>39% de las mujeres aceptan el examen del PAP para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.</p>	<p>CAI de Red semestral. Actas de reuniones informativas. Registro de actividades de la toma del Papanicolaou.</p>	
<p>Objetivos específicos: La mujer guaraní concientizada acude al PS para la toma del PAP</p>	<p>23 mujeres se realizaron el Papanicolaou en el servicio de salud de Ñaurenda al final del 2º trimestre de la gestión 2011</p>	<p>Registro de consultas. Registro de formulario1 Informe de actividades generales de detección y control de cáncer de cuello uterino. SNIS.</p>	<p>El apoyo de la Red de servicios se mantiene sin cambio</p>
<p>Resultados: La demanda de atención ampliada</p>	<p>39% de las mujeres guaraníes fueron atendidos en el servicio de salud de Ñaurenda durante el 2º trimestre de la gestión 2011.</p> <p>23 mujeres se realizaron el PAP</p>	<p>Entrevista. Encuestas. Libro de registros del la</p>	<p>Los resultados del PAP son entregados a tiempo</p>

<p>La captación de mujeres para la toma del PAP Incrementada</p>	<p>en el Servicio de Salud de Ñaurenda al final del 2º Trimestre de la gestión 2011. 100% de la mujer guaraní no presentan el cáncer Cervico uterino en el servicio de salud Ñaurenda durante el 2º trimestre de la gestión 2011.</p>	<p>toma del PAP. Reporte de resultados Historia clínica. Reportes semanales. Informe mensual Registro de consultas. Historias clínicas. SNIS. Informe mensual.</p>	
<p>Actividades: 1.-Programar reunión informativa para conocer el número de mujeres, capacitadas de 31 a 49 años en lectura y escritura. 2.- Selección del personal para realizar la capacitación</p>	<p>90% de las mujeres capacitadas con lecto -escritura/ el total de mujeres de 31 a 49 años. 100% de aceptación del personal de salud por las mujeres guaraníes.</p>	<p>Registros de participantes en el Centro de alfabetización Participación activa del total de las mujeres</p>	<p>100% de asistencia a clases Personal disponible y adecuado para la actividad</p>

<p>3.-Talleres de capacitación en la enfermedad del Ca.Cu. a las mujeres de 31 a 49 años, considerando que es una patología.</p>	<p>4 capacitaciones realizadas/ Total de capacitaciones programadas.</p> <p>100% de las mujeres Informadas sobre el Ca.Cu./Total de mujeres programadas.</p>	<p>Lista de participantes firmadas con registro del nombre.</p> <p>Actas de reunión Lista de participantes</p> <p>Actas de reunión Monitoreo de las actividades.</p>	<p>La comunidad de Ñaurenda acepta y apoya consistentemente el proyecto.</p>
--	--	--	--

e. Cronograma

FASE		CRONOGRAMA POR ACTIVIDAD y MES												OBSERVACIONES
		meses												
ACTIVIDADES		S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	
1	Ajustar el perfil del proyecto de intervención.	X	X											
2	Reunión informativa con los maestros para conocer el número de mujeres capacitadas.			X										
3	Designación de responsables para la capacitación a las mujeres.					X								
4	Talleres de capacitación en la enfermedad del Ca.Cu. a las mujeres de 31 a 49 años, considerando que es una patología.							X	X	X	X			
5	Realizar feria educativa intercultural.											X		
6	Reunión del comité de análisis de la información.												X	
7	Análisis de los logros obtenidos en el transcurso de la intervención												X	
8	Cierre del proyecto												X	

f. Presupuesto

DETALLE	COSTOS DEL PRODUCTO	POSIBLES DE FINANCIAMIENTO	COSTO TOTAL DEL
---------	---------------------	----------------------------	-----------------

			PRODUCTO
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión informativa con los maestros para conocer el número de mujeres capacitadas. 	100 Bs	Apoyo al Pueblo Guaraní APG Entre Ríos.	100 Bs
<ul style="list-style-type: none"> • 4 talleres de capacitación sobre el Papanicolaou. 	1500 BS	Equipo de Apoyo al Pueblo Guaraní EAPG Entre Ríos.	6000 Bs
<ul style="list-style-type: none"> • Afiches y manuales SAFCI para toda la gestión 2012. 	8000 Bs	Equipo de Apoyo al Pueblo Guaraní EAPG Entre Ríos. Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia.	8000 Bs
TOTAL			14.100

BIBLIOGRAFIA

¹Santiago Barrientos, Darío Flores y Pairema Segundo D, HISTORIA EL PUEBLO GUARANI DEL ITIKA GUASU, Editor ANTROPOLOGO Raf Stassen, ed.1º país Bolivia 2005.

²Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud, VIGILANCIA DEL CANCER EN BOLIVIA, PUBLICACIÓN Nº 1, GESTION 2002, Bolivia - 2004

³Unidad de Planificación Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal" Diciembre 2009 Bolivia pp. 39.

⁴Agostino Mabota da Costa Flora, UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA, Fac. de Medicina, "Comparación de la variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix de las ciudades de Maputo (Mozambique) y Barcelona (España), Tesis doctoral, Barcelona 2005, pp 25

⁵MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, "Salud y Equidad de Género: documento de Trabajo, Plan Nacional 2004 – 2007, La Paz Bolivia 2003:

⁶UNIDAD NACIONAL DE ATENCION A LAS PERSONAS MSPS "Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino" Bolivia 2004

⁷Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino. Bolivia 2004. pág. 25

⁸Castro A. Elementos Socioculturales en la prevención de cáncer Cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. Región y Sociedad. Vol.XIV. Nº 22. México. 2002.

⁹Cabrera J., Villanueva J., Heredia F. y Col. Escisión De La Zona De Transformación En Lesiones De Cérvix: Análisis De 1.141 Casos. Rev. Chile. Obstet. Ginecol;73(5):308-312, 2008.

¹⁰ Juan de Dios Paz Echazú, LA CELEBRE ETNIA CHIRIGUANA-GUARANÍ.

¹¹Armijo F.:INDICADORES DE SALUD, documento metodológico, Bolivia. Edt. INE-BOLIVIA ed. Versión Final 1999 Págs., Inext.