

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**  
**ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



**ESTRATEGIAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA AUMENTAR LA  
COBERTURA DEL PAPANICOLAU EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD RENÉ SALAZAR**

**MONOGRAFIA DE INVESTIGACION REALIZADA DURANTE EL SERVICIO  
SOCIAL RURAL OBLIGATORIO PARA OPTAR AL TITULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**AUTORA: ADA ABIGAIL CHIPUNAVI CARTAGENA**

**TUTORA: LIC. JEAQUELINE CLAURE ENDARA**

**DOCENTE: LIC. DIGNA CARI CONDOLI**

**LAS PIEDRAS – PANDO – BOLIVIA**

**2025**

## **AGRADECIMIENTO**

Al llegar al final de este recorrido académico, quiero detenerme un momento para agradecer a todas las personas que hicieron posible que este sueño se convierta en realidad.

En primer lugar, a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza en cada paso de este camino. Por darme la salud, la perseverancia y la fe necesarias para no rendirme, incluso en los momentos de mayor cansancio o incertidumbre. Sin Su luz, nada de esto habría sido posible.

A mis padres, mis primeros y más grandes maestros, quienes con esfuerzo y sacrificio me apoyaron incondicionalmente. Gracias por sus consejos, por sus oraciones y por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba. Ustedes son mi ejemplo de lucha y amor.

A la Universidad Amazónica de Pando, y en especial a la Unidad Académica Las Piedras, por abrirme las puertas del conocimiento y formarme no solo como profesional, sino como una persona con valores y compromiso social. Gracias por ser un espacio de crecimiento y encuentro.

Al personal del Centro de Salud René Salazar, especialmente a las enfermeras, médicos y técnicos que me permitieron aprender a su lado y que compartieron conmigo sus experiencias y desafíos. Gracias por su labor incansable y por confiar en mí para retratar parte de su trabajo diario.

A mis docentes de la carrera de Enfermería, quienes con pasión y entrega me inspiraron a amar esta profesión. Cada clase, cada práctica y cada consejo quedaron grabados en mi corazón.

Y, por supuesto, a las mujeres de Riberalta que compartieron sus voces y sus historias conmigo. Este trabajo es también por ustedes y para ustedes.

A todos, desde lo más profundo de mi corazón: ¡gracias!

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo:

A Dios, por ser el pilar de mi vida y la fuente de toda sabiduría.

A mis padres, por ser mi ejemplo de perseverancia y amor incondicional.

A mi hija, por ser mi inspiración, mi motivación de cada día.

A las futuras generaciones de profesionales de la salud, para que recuerden que nuestra labor va más allá de un consultorio: se trata de tocar vidas con empatía y compromiso.

Y muy especialmente, a las mujeres de mi Riberalta, aquellas que con valentía y dignidad me enseñaron que la salud es un derecho que debemos cuidar y defender juntas.

Que este logro sirva de inspiración para quienes, como yo, creen que, con fe, esfuerzo y humildad, los sueños sí se cumplen.

Con cariño,

Ada Abigail Chipunavi Cartagena

## ÍNDICE GENERAL

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
1.1.1 Descripción de la situación problemática .....	2
1.1.2 Formulación del problema.....	3
<b>1.2 Delimitación del estudio</b> .....	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Objetivo General</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>4</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
<b>4.1 Antecedentes</b> .....	<b>6</b>
<b>4.2 Bases legales</b> .....	<b>8</b>
<b>4.3 Bases Teóricas</b> .....	<b>9</b>
<b>5. MARCO METODOLOGICO</b> .....	<b>11</b>
<b>5.1 Tipo y enfoque de investigación</b> .....	<b>11</b>
<b>5.2 Enfoque Mixto</b> .....	<b>11</b>
<b>5.3 Diseño de la investigación, población y muestra</b> .....	<b>12</b>
5.3.1 La población .....	12
5.3.2 La muestra .....	12
<b>5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b> .....	<b>12</b>
5.4.1 Entrevista al personal de salud .....	13
5.4.2 Encuesta a mujeres de 15 a 49 años .....	13
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>14</b>
<b>6.1 Entrevistas al personal de salud</b> .....	<b>14</b>

6.1.1	Respuestas Sintetizadas a las Preguntas .....	14
6.1.2	Análisis de los Resultados de las Entrevistas .....	16
<b>6.2</b>	<b>Encuesta realizada (20 mujeres de entre 15 a 49 años).....</b>	<b>17</b>
6.2.1	Tabulación de los resultados – 20 encuestas .....	19
6.2.2	Análisis de los resultados .....	26
6.2.3	Análisis por Grupos de Edad (Cruze de Variables).....	26
6.2.4	Conclusión intermedia.....	26
6.2.5	Conclusión intermedia.....	27
6.2.6	Fuentes de Información y Conocimiento.....	27
6.2.7	Conclusiones Generales.....	27
6.2.8	Conclusiones Integradas (Triangulando Entrevistas y Encuestas) .....	28
<b>6.3</b>	<b>Propuesta de estrategias.....</b>	<b>28</b>
<b>7.</b>	<b><i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i> .....</b>	<b>32</b>
<b>7.1</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>32</b>
<b>7.2</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>32</b>
<b>8.</b>	<b><i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....</b>	<b>34</b>
<b>8.1</b>	<b>Fuentes Institucionales y Legales .....</b>	<b>34</b>
<b>8.2</b>	<b>Fuentes Académicas y Teóricas.....</b>	<b>34</b>
<b>8.3</b>	<b>Fuentes sobre Cáncer Cervicouterino y Promoción de la Salud.....</b>	<b>35</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por edad.....	19
Tabla 2. Distribución por ocupación.....	20
Tabla 3. Conocimiento del papanicolaou.....	21
Tabla 4. Se ha realizado el papanicolaou.....	22
Tabla 5. Fuentes de información principal .....	23
Tabla 6. Barreras para realizarse el PAP (8 mujeres que NO se han hecho – múltiples respuestas).....	24
Tabla 7. Cobertura vs Nivel de instrucción .....	25

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por edad. ....	19
Gráfico 2. Distribución por ocupación .....	20
Gráfico 3. Conocimiento del PAP .....	21
Gráfico 4. Cobertura por grupo de edad (tabla N°4) .....	22
Gráfico 5. Fuentes de información principal .....	23
Gráfico 6. Principales barreras .....	24
Gráfico 7. Cobertura vs nivel de instrucción .....	25

## RESUMEN

El cáncer de cuello uterino continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en mujeres en edad reproductiva, a pesar de que la prueba de Papanicolaou es un método sencillo, económico y eficaz para su detección temprana. En el Centro de Salud René Salazar, la cobertura de este examen sigue siendo baja, lo que evidencia la necesidad de analizar no solo la participación de las usuarias, sino también las estrategias aplicadas por el personal de salud.

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar y valorar dichas estrategias, considerando a la vez el conocimiento, las percepciones y las barreras que expresaron las mujeres de 15 a 49 años. Para ello, se aplicaron encuestas a usuarias y entrevistas al personal de salud, lo que permitió obtener una visión más amplia de la situación.

Los resultados muestran que, aunque la mayoría de las mujeres ha escuchado hablar del Papanicolaou y reconoce su importancia, todavía persisten miedos, creencias culturales y dificultades de acceso que limitan la cobertura real. Asimismo, se evidenció que el personal de salud realiza acciones de sensibilización como charlas educativas, visitas domiciliarias y campañas comunitarias, aunque estas estrategias requieren mayor continuidad y adaptación al contexto social de las usuarias.

En conclusión, la investigación refleja que las estrategias del personal de salud tienen un impacto positivo, pero no suficiente, ya que deben fortalecerse con mayor cercanía, empatía y adecuación cultural. De esta forma, será posible incrementar la cobertura del examen y avanzar en la prevención oportuna del cáncer cervicouterino en la comunidad.

Palabras clave: Papanicolaou, cáncer cervicouterino, estrategias de salud, prevención.

## **ABSTRACT**

Cervical cáncer remains one of the leading causes of mortality among women of reproductive age, despite the Pap smear being a simple, affordable, and effective tool for early detection. At the René Salazar Health Center, the coverage of this exam remains low, highlighting the need to assess not only women's participation but also the strategies implemented by health personnel.

This study aimed to identify and evaluate such strategies, while also considering the knowledge, perceptions, and barriers expressed by women aged 15 to 49. Surveys were conducted with female users and semi-structured interviews with health professionals, providing a comprehensive overview of the situation.

Findings reveal that although most women are aware of the Pap smear and recognize its importance, fears, cultural beliefs, and access difficulties still limit real coverage. At the same time, health personnel are carrying out awareness actions such as educational talks, home visits, and community campaigns, though these efforts need greater consistency and adaptation to the local social context.

In conclusion, the research shows that the strategies implemented by health personnel are valuable but not fully sufficient. Strengthening them with empathy, cultural sensitivity, and continuity will be key to increasing coverage and advancing in the timely prevention of cervical cancer.

**Key words:** Pap smear, cervical cancer, health strategies, prevention.

## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino representa uno de los desafíos más significativos para la salud de las mujeres a nivel global, especialmente en países como el nuestro. A pesar de ser una enfermedad prevenible, continúa cobrando vidas, afectando a mujeres en plena edad reproductiva y dejando una profunda huella en sus familias y comunidades. Esta realidad nos impulsa a reflexionar sobre la importancia de la detección temprana y las herramientas que tenemos para lograrla.

La prueba de Papanicolaou se ha consolidado como un método sencillo, accesible y altamente eficaz para identificar alteraciones en el cuello uterino antes de que evolucionen a un cáncer. Gracias a este examen, miles de mujeres han podido recibir un tratamiento oportuno que les ha permitido preservar su salud y su vida. Sin embargo, su eficacia depende en gran medida de que las mujeres accedan a él de manera regular, algo que, por diversas razones, no siempre sucede.

En el Centro de Salud René Salazar, al igual que en muchos otros centros de atención primaria, se observa que la cobertura de este examen aún no alcanza los niveles deseados entre las mujeres de 15 a 49 años. Muchas de ellas, a pesar de conocer la prueba, no se realizan el Papanicolaou con la frecuencia recomendada. ¿A qué se debe esta brecha entre el conocimiento y la acción? Los motivos son diversos: el miedo al procedimiento, la vergüenza, creencias culturales arraigadas o simplemente las dificultades prácticas para acudir al centro de salud.

Frente a este escenario, el personal de salud se convierte en un actor clave. No solo son responsables de realizar el examen, sino también de tender puentes de confianza, ofrecer información clara y generar un ambiente seguro que motive a las mujeres a priorizar su salud. Médicos, enfermeros y técnicos despliegan día a día estrategias como charlas educativas, visitas domiciliarias y campañas comunitarias con el firme propósito de acercar este servicio a quienes más lo necesitan.

Esta monografía busca, precisamente, reconocer y analizar esas estrategias implementadas por el personal de salud del Centro René Salazar para promover la realización del Papanicolaou. A través de la voz de las propias usuarias y de los profesionales que las

atienden, pretendemos comprender qué acciones están dando resultado, qué obstáculos persisten y cómo podemos, entre todos, fortalecer este trabajo para que más mujeres se beneficien de una prevención oportuna.

Al final, se trata de un esfuerzo por contribuir, desde la enfermería y la salud pública, a un objetivo común: que cada vez más mujeres tengan la oportunidad de cuidarse, de vivir con menos temores y más certezas, y de construir, desde la salud, un futuro más esperanzador para ellas y sus comunidades.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Descripción de la situación problemática**

El cáncer de cuello uterino es todavía una de las principales causas de enfermedad y muerte en mujeres, especialmente en países en vías de desarrollo como Bolivia. Aunque se trata de una enfermedad prevenible y detectable en etapas tempranas gracias al examen de Papanicolaou, la cobertura de esta prueba continúa siendo insuficiente. Esta situación provoca que muchas mujeres lleguen al sistema de salud con la enfermedad en fases avanzadas, cuando el tratamiento es más complejo, costoso y con menos probabilidades de éxito.

En el Centro de Salud René Salazar, se observa que las mujeres de 15 a 49 años no siempre acceden al Papanicolaou con la regularidad recomendada. Si bien existen factores personales y culturales que influyen en esta baja cobertura —como el miedo, la vergüenza, las creencias erróneas o la falta de información—, también es importante considerar el papel del personal de salud. Son médicos, enfermeras y promotores quienes tienen la responsabilidad de no solo ofrecer la prueba, sino también diseñar y aplicar estrategias efectivas de promoción y sensibilización que acerquen este servicio a la comunidad.

Actualmente, se llevan a cabo algunas acciones como charlas educativas, visitas domiciliarias y campañas comunitarias, pero no siempre de manera sistemática ni adaptada a la realidad social y cultural de las usuarias. Esto genera un desfase entre la información que reciben y las decisiones que finalmente toman respecto a su salud. A pesar de que la mayoría de las

mujeres ha escuchado hablar del Papanicolaou, aún existen barreras que impiden que lo realicen de forma periódica.

De ahí surge la necesidad de analizar con mayor profundidad cuáles son las estrategias que está aplicando el personal de salud, qué tan efectivas están siendo y qué limitaciones enfrentan en su implementación. Además, es fundamental conocer cómo perciben las mujeres dichas estrategias y qué factores continúan influyendo en su decisión de hacerse o no la prueba. Solo con un diagnóstico integral de estas dos miradas será posible fortalecer las intervenciones y diseñar acciones más cercanas, empáticas y adaptadas al contexto local.

### **1.1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las estrategias más efectivas que puede implementar el personal de salud para aumentar la cobertura del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años que acuden al Centro de Salud René Salazar?

## **1.2 Delimitación del estudio**

Para poder abordar de manera clara y realista el objetivo de esta investigación, es importante definir sus límites y alcances. Este estudio se centra específicamente en comprender y mejorar las estrategias que utiliza el personal de salud para promover la prueba de Papanicolaou entre las mujeres de 15 a 49 años que forman parte de la comunidad usuaria del Centro de Salud René Salazar.

El trabajo se desarrolla en este centro de salud no solo como un espacio físico, sino como un punto de encuentro donde convergen realidades, culturas y necesidades diversas. Atiende a mujeres que llegan desde distintos barrios urbanos, zonas periurbanas e incluso comunidades rurales cercanas, cada una con sus propias percepciones, posibilidades y limitaciones frente al cuidado de su salud.

En cuanto al tiempo, la recolección de información se realizó durante un período específico, entre mayo y julio de 2025, lo que nos permite capturar una visión puntual y sincrónica de la situación. No es un estudio que siga a las mujeres en el tiempo, sino que busca

entender el momento actual: qué saben, qué piensan y qué las motiva o frena a la hora de realizarse el examen.

La investigación se enfoca en dos grupos principales: por un lado, las mujeres en edad fértil que acuden al centro, y por otro, el personal de salud que tiene a su cargo la noble tarea de informar, convencer y acompañar. A través de sus experiencias y testimonios directos, buscamos identificar no solo las estrategias que ya están en marcha, sino también aquellas barreras culturales, logísticas o emocionales que aún persisten.

Finalmente, este estudio no pretende abarcar todas las variables relacionadas con el cáncer cervicouterino, sino concentrarse en un eslabón fundamental de la cadena preventiva: las estrategias de promoción y el vínculo entre el personal de salud y las mujeres. Es desde esta delimitación consciente que esperamos aportar propuestas concretas, viables y sensibles al contexto local para incrementar la cobertura del Papanicolaou y, con ello, avanzar en la prevención de una enfermedad que aún afecta a demasiadas mujeres en nuestra comunidad.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar las estrategias implementadas por el personal de salud para aumentar la cobertura del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años que acuden al Centro de Salud René Salazar, considerando la percepción de las usuarias y las opiniones del personal de salud como indicadores de su efectividad.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las principales estrategias de intervención aplicadas por el personal de salud para promover la cobertura del Papanicolaou.
- Evaluar los conocimientos, percepciones y actitudes de las mujeres de 15 a 49 años frente al examen como reflejo del impacto de dichas estrategias.

- Reconocer las barreras culturales, sociales y prácticas que limitan la cobertura de la prueba.
- Proponer acciones de mejora para fortalecer las estrategias del personal de salud y aumentar la cobertura del examen en el Centro de Salud René Salazar.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

En Bolivia, el cáncer de cuello uterino sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. Esta realidad, siendo una enfermedad prevenible, nos interpela directamente como futuros profesionales de la salud. Cada caso avanzado representa una oportunidad perdida de detección temprana, y detrás de cada número hay una mujer, una familia y una comunidad afectada.

La prueba de Papanicolaou es una herramienta sencilla, económica y accesible que puede cambiar esta realidad. Sin embargo, en el Centro de Salud René Salazar, al igual que en muchos servicios de primer nivel, observamos que tener el examen disponible no es suficiente. La cobertura sigue siendo baja, y son muchas las mujeres que, por diversas razones, no acceden a este derecho fundamental.

Esto nos lleva a preguntarnos: ¿qué estamos haciendo bien y en qué podemos mejorar? La respuesta no reside solamente en las estadísticas, sino en comprender la experiencia vivida tanto por las usuarias como por el personal de salud que les atiende. Ellos son el puente entre el conocimiento científico y la vida cotidiana de las personas, quienes, con su trato, su palabra y su acompañamiento pueden vencer el miedo, la desconfianza o la falta de información.

Por ello, esta investigación no es solo un requisito académico; es un compromiso. Busca valorar el esfuerzo silencioso de enfermeras, médicos y técnicos que, día a día, implementan estrategias para acercar la prevención a la comunidad. Al mismo tiempo, pretende escuchar a las mujeres, entender sus dudas y sus temores, para construir en conjunto soluciones que sean no solo efectivas, sino también respetuosas y culturalmente sensibles.

Los resultados de este trabajo aspiran a ser una guía práctica. Queremos aportar recomendaciones concretas que permitan al Centro de Salud René Salazar optimizar sus

intervenciones, fortalecer la confianza con la comunidad y, en última instancia, aumentar el número de mujeres protegidas contra este cáncer.

Al final, se trata de contribuir, desde nuestra formación en enfermería, a un objetivo más grande: que ninguna mujer en nuestra comunidad tenga que enfrentar un diagnóstico tardío de una enfermedad que pudo ser evitada. Es un paso más hacia una salud pública más cercana, más humana y más justa.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Antecedentes**

El cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades que más afectan a la salud de las mujeres en todo el mundo y se reconoce como una de las principales causas de enfermedad y muerte femenina, especialmente en países con menos recursos económicos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se diagnostican más de 500.000 casos nuevos y aproximadamente 300.000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad. La buena noticia es que se trata de un tipo de cáncer que puede prevenirse y tratarse de manera efectiva si se detecta a tiempo. La prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba Pap, es el método más confiable y accesible para detectar cambios en las células del cuello uterino antes de que se conviertan en cáncer, y ha demostrado salvar la vida de miles de mujeres en todo el mundo.

A pesar de la disponibilidad y efectividad de esta prueba, muchas mujeres todavía no acceden a ella con la frecuencia recomendada. Entre los principales obstáculos se encuentran la falta de información clara sobre la importancia del examen, la existencia de mitos y creencias culturales, el miedo al diagnóstico, la vergüenza, la desconfianza hacia los procedimientos médicos, y las dificultades de acceso a los servicios de salud, como la distancia a los centros, los horarios poco flexibles o el costo del transporte. Estas limitaciones hacen que, aunque la prueba esté disponible, no todas las mujeres puedan beneficiarse de sus ventajas, reduciendo la efectividad de las estrategias de prevención y aumentando el riesgo de complicaciones por detección tardía.

Diversos estudios realizados en América Latina, en países como México, Colombia y Perú, han mostrado que ciertas estrategias pueden aumentar significativamente la participación de las mujeres en la realización de la prueba de Papanicolaou. Entre estas estrategias se destacan la educación comunitaria, la realización de talleres y charlas, las visitas domiciliarias para informar de manera directa, y la colaboración con líderes locales que actúan como agentes motivadores dentro de la comunidad. Estas experiencias evidencian que cuando la información se comunica de manera cercana, comprensible y adaptada a la cultura local, las mujeres se sienten más seguras, confiadas y motivadas a realizarse la prueba.

En Bolivia, el cáncer de cuello uterino representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, y la cobertura de la prueba de Papanicolaou aún no alcanza los niveles necesarios, especialmente en zonas rurales y periurbanas. Estudios nacionales han identificado que los factores que limitan la realización del examen incluyen el desconocimiento sobre su importancia, la vergüenza, el miedo al procedimiento y la falta de campañas de prevención continuas y sostenidas. Esto evidencia la necesidad de generar estrategias más efectivas, que no solo informen, sino que también acompañen, motiven y faciliten el acceso al examen, considerando la realidad social, cultural y económica de cada comunidad.

En el caso del Centro de Salud René Salazar, se ha observado que un porcentaje significativo de mujeres entre 15 y 49 años no se realiza el Papanicolaou con la frecuencia recomendada. Aunque el centro implementa campañas de información, charlas educativas y actividades de sensibilización, los registros muestran que la cobertura sigue siendo inferior a los objetivos planteados. Entre las barreras más frecuentes se encuentran la falta de información clara, los prejuicios culturales, el temor al procedimiento y los horarios de atención poco flexibles que dificultan que muchas mujeres puedan acudir al centro de salud.

Esta situación resalta la importancia de analizar de manera profunda las estrategias que el personal de salud utiliza para promover la prueba de Papanicolaou. Comprender cuáles acciones han tenido éxito, cuáles requieren mejoras y qué nuevas metodologías se pueden aplicar es fundamental para fortalecer la prevención, optimizar la organización de las actividades, motivar la participación activa de las mujeres y garantizar que más usuarias accedan

regularmente al examen. Además, es necesario que estas acciones se adapten al contexto sociocultural y económico de la población, de manera que sean efectivas y sostenibles.

Esta investigación muestra que, aunque existen esfuerzos para aumentar la cobertura del Papanicolaou, todavía persisten barreras significativas que impiden que muchas mujeres se beneficien de este examen preventivo. Analizar estas experiencias previas y la situación local del Centro de Salud René Salazar permitirá identificar oportunidades de mejora, diseñar estrategias más efectivas y contribuir a la protección de la salud de las mujeres, prevenir complicaciones graves y generar un impacto positivo y duradero en la comunidad. Este análisis constituye la base sobre la cual se puede construir un programa de prevención más eficiente, inclusivo y adaptado a las necesidades de la población femenina.

#### **4.2 Bases legales**

El presente estudio se fundamenta en un marco normativo que respalda la promoción, prevención y atención integral de la salud de la mujer, garantizando el acceso equitativo a los servicios de detección temprana del cáncer cervicouterino. Entre las principales disposiciones legales se encuentran:

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (2009)

Artículo 18: Reconoce el derecho de toda persona a la salud y establece que el Estado garantizará la inclusión y acceso a los servicios de salud, sin discriminación.\

Artículo 35: Señala que el Estado protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas que aseguren la prevención y atención integral.

Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico (2005)

Regula la práctica médica y establece la obligación de velar por la prevención, promoción y protección de la salud, incluyendo acciones para la detección temprana de enfermedades.

Ley N.º 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (2013)

Garantiza el acceso gratuito a servicios de salud para la población sin seguro, incluyendo programas de prevención y detección de cáncer cervicouterino.

Ley N.º 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado (2016)

Establece la planificación y ejecución de políticas públicas en salud, integrando la prevención como eje fundamental.

Norma Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino (Ministerio de Salud, 2010 y actualizaciones)

Regula los procedimientos, la periodicidad y las estrategias para la realización del Papanicolaou, así como las campañas de educación y sensibilización dirigidas a mujeres en edad fértil.

#### **4.3 Bases Teóricas**

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible que se desarrolla de manera lenta y está estrechamente vinculada a la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH). La detección temprana a través de la prueba de Papanicolaou permite identificar alteraciones celulares antes de que progresen a un cáncer invasivo, lo que hace posible un tratamiento oportuno y eficaz.

La prevención primaria se centra en la educación sanitaria, la vacunación contra el VPH y la promoción de estilos de vida saludables. Por su parte, la prevención secundaria, en la que se ubica la prueba de Papanicolaou, busca la detección precoz de lesiones precancerosas para intervenir antes de que se conviertan en cáncer.

Desde un enfoque teórico, las estrategias para aumentar la cobertura de esta prueba se fundamentan en modelos de promoción de la salud (Pender, 1996), en la comunicación para el cambio de comportamiento y en el modelo ecológico de salud pública, que considera la influencia de factores individuales, comunitarios e institucionales en la toma de decisiones de las mujeres.

En este contexto, el personal de salud juega un papel fundamental como agente de cambio, empleando herramientas como:

Charlas educativas y consejería personalizada.

Visitas domiciliarias y captación comunitaria.

Adaptación de mensajes a la cultura y lengua local.

Coordinación con líderes comunitarios para superar barreras culturales.

Cuando estas estrategias se aplican de manera sistemática y adaptada al contexto, logran incrementar la participación de las mujeres, fortalecer la conciencia sobre la importancia del Papanicolaou y contribuir significativamente a la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

## **5. MARCO METODOLOGICO**

### **5.1 Tipo y enfoque de investigación**

Este estudio se enmarca en una investigación descriptiva y propositiva. Se considera descriptiva porque buscó detallar la situación actual de la cobertura del Papanicolaou en el Centro de Salud René Salazar, identificando las estrategias utilizadas por el personal de salud y la percepción de las usuarias.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), la investigación descriptiva se centra en especificar las características y propiedades de un fenómeno, lo que en este caso permitió conocer tanto las acciones del personal como las barreras de las mujeres.

Es también propositiva porque, a partir de la información obtenida, se plantean recomendaciones orientadas a fortalecer las estrategias de intervención en salud.

Como señalan Sampieri et al. (2014), la investigación con carácter propositivo busca generar soluciones o alternativas prácticas frente a un problema identificado.

### **5.2 Enfoque Mixto**

El cuantitativo, porque se aplicaron encuestas estructuradas a mujeres de 15 a 49 años, cuyos datos se analizaron con frecuencias y porcentajes.

Según Creswell (2014), este enfoque permite obtener datos objetivos y medibles para identificar tendencias o patrones en un grupo determinado.

El cualitativo, porque se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal de salud, lo que posibilitó comprender de manera más profunda sus percepciones sobre las estrategias aplicadas y las limitaciones que enfrentan.

Flick (2015) señala que este enfoque busca interpretar significados y experiencias, lo cual resulta fundamental en investigaciones sociales y de salud.

La combinación de ambos enfoques permitió realizar una triangulación de datos, otorgando una visión más completa y confiable de la situación, ya que se analizaron tanto cifras como percepciones.

### **5.3 Diseño de la investigación, población y muestra**

El diseño fue no experimental y transversal. Se lo considera no experimental porque no se manipularon variables, sino que se observó la realidad tal como ocurre (Kerlinger & Lee, 2002). Fue transversal porque los datos se recolectaron en un único momento del tiempo, entre los meses de mayo y julio de 2025, sin realizar seguimiento prolongado.

#### **5.3.1 La población**

estuvo conformada por:

Mujeres de 15 a 49 años que acudieron al Centro de Salud René Salazar.

Personal de salud responsable de la promoción y toma del Papanicolaou.

#### **5.3.2 La muestra**

La muestra fue intencional y estuvo compuesta por 20 mujeres que aceptaron participar voluntariamente y 5 profesionales de salud. Este tipo de muestreo no probabilístico se eligió porque, como explican Otzen y Manterola (2017), permite seleccionar a los sujetos que cumplen con los criterios de inclusión y son accesibles para el investigador, lo cual es útil cuando el estudio se centra en un contexto específico como un centro de salud.

### **5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En esta investigación se utilizaron técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, con el propósito de obtener información desde dos perspectivas: del personal de salud y de las usuarias.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), el uso combinado de métodos enriquece la comprensión del fenómeno, ya que permite observar no solo las cifras, sino también los significados y experiencias que las personas otorgan a sus decisiones.

#### **5.4.1 Entrevista al personal de salud**

De manera complementaria, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco profesionales de salud vinculados al programa de prevención del cáncer cervicouterino. Este tipo de entrevista, según Kvale (2011), permite profundizar en la experiencia de los participantes, combinando preguntas previamente elaboradas con la flexibilidad de adaptarse a las respuestas que van surgiendo en la conversación.

El guion de entrevista incluyó 3 preguntas clave, orientadas a conocer:

- ✓ Las estrategias que actualmente aplican para promover la cobertura del Papanicolaou.
- ✓ Las dificultades que enfrentan en su implementación.
- ✓ Las propuestas de mejora desde su propia experiencia profesional.

La entrevista fue escogida porque brinda la posibilidad de comprender la visión de los trabajadores de salud, actores centrales en la promoción del examen. Como afirma Flick (2015), las entrevistas cualitativas permiten captar significados y perspectivas que los números por sí solos no muestran.

#### **5.4.2 Encuesta a mujeres de 15 a 49 años**

Se aplicó una encuesta estructurada a mujeres en edad fértil que acudieron al Centro de Salud René Salazar.

Las encuestas, según Bisquerra (2009), son una técnica fundamental en la investigación social porque permiten recoger datos de manera sistemática y ordenada, facilitando el análisis de patrones en grupos poblacionales.

La encuesta incluyó 5 preguntas cerradas y de opción múltiple, diseñadas para ser breves y fáciles de responder, con el fin de evitar fatiga en las participantes y garantizar la validez de las respuestas. Estas preguntas se enfocaron en tres ejes:

- ✓ Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou.

- ✓ Fuente de información, especialmente el rol del personal de salud.
- ✓ Experiencias y barreras que dificultan la realización de la prueba.

Este instrumento fue elegido porque permite cuantificar la magnitud del problema, identificar qué porcentaje de mujeres conocen la prueba, quiénes acceden a ella y qué obstáculos enfrentan.

Como señalan Kerlinger y Lee (2002), las encuestas son útiles para describir la distribución de características en una población y obtener datos representativos en un tiempo limitado.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1 Entrevistas al personal de salud**

#### **Entrevistados:**

- E1: Enfermera.
- E2: Médico General.
- E3: Enfermera.
- E4: Enfermera.
- E5: Director (Médico).

#### **6.1.1 Respuestas Sintetizadas a las Preguntas**

##### **Pregunta 1. Estrategias de Promoción**

- E1 (Enfermera): "Principalmente la consejería individual cuando vienen a control o por otra razón. A veces hacemos charlas los martes en la mañana, pero poca gente joven viene."
- E2 (Médico): "Yo promuevo el PAP en todas las consultas donde es pertinente, sin importar el motivo de consulta. Es mi principal estrategia, el llamado 'oportunista'."

- E3 (Enfermera): "Consejería y toma de PAP en mi consultorio. He intentado hacer grupos de embarazadas para educarlas sobre el control post-parto, que incluye el PAP, con buen resultado."
- E4 (Enfermera): "Doy consejería y coloco afiches que nos envía la red de salud. Pero la verdad es que estamos tan saturados con atenciones que a veces se nos pasa mencionarlo."
- E5 (Director): "Tenemos un programa de citas para PAP, pero no es agresivo. La estrategia se delega a cada profesional de consultorio. A nivel de gestión, cumplimos con la meta de compra de insumos."

### **Pregunta 2. Barreras Identificadas:**

- E1 (Enfermera): "La vergüenza es enorme, sobre todo en las más jóvenes. Vienen con mucho miedo y prefieren negar su sexualidad. También falta que las madres les hablen del tema."
- E2 (Médico): "Coincido con la vergüenza. Además, muchas mujeres creen que no lo necesitan si son 'sanas' o si no tienen pareja estable. Es un problema de percepción de riesgo."
- E3 (Enfermera): "Vergüenza, definitivamente. Pero también hay una barrera logística: las que trabajan no pueden venir en nuestro horario de 8 a 3 pm. Se necesita horario extendido."
- E4 (Enfermera): "La desinformación. Llegan creyendo que es solo para señoras mayores o que duele mucho. También a veces se acaban los insumos (espéculos, placas) y tenemos que postergar las citas, lo que genera desconfianza."
- E5 (Director): "Las barreras son multifactoriales. Culturales, como dice el equipo. Pero también operativas: la saturación del servicio limita el tiempo de consejería de calidad. A veces hay desabastecimiento esporádico de insumos."

### **Pregunta 3. Propuestas de Mejora:**

- E1 (Enfermera): "Crear un espacio amigable para adolescentes, atendido por personal joven y capacitado en ese enfoque, donde se sientan en confianza."

- E2 (Médico): "Capacitación al personal para uniformar el mensaje y aprender técnicas de consejería breve que venzan objeciones rápidas. Y una campaña con testimonios reales de mujeres de la comunidad."
- E3 (Enfermera): "Implementar una tarde o sábado al mes, dedicado solo a toma de PAP. Captaríamos a todas las mujeres que trabajan o estudian. Es lo más concreto y efectivo."
- E4 (Enfermera): "Hacer visitas a los colegios del área para hablar con las chicas desde temprana edad, normalizar el examen y derribar mitos antes de que se instauren."
- E5 (Director): "Necesitamos un plan de trabajo conjunto: fortalecer la cadena de insumos, gestionar el recurso humano para un horario extendido como propone la obstetra, y apoyar las actividades extramurales en colegios."

### **6.1.2 Análisis de los Resultados de las Entrevistas**

1. Coincidencia en el Diagnóstico de Barreras: Existe un consenso absoluto entre el personal en que la "Vergüenza" y los "Mitos/Creencias" (desinformación, percepción de bajo riesgo) son las barreras principales. Esto valida completamente lo encontrado en la encuesta a las usuarias.

2. Estrategias Dependen del Esfuerzo Individual: Las estrategias son reactivas (oportunistas en consulta) y no proactivas. No existe una estrategia unificada y robusta del centro de salud. La promoción recae en la voluntad y el tiempo de cada profesional.

3. Se Identifican Barreras Logísticas Internas: El personal señala problemas operativos que la encuesta no podía captar: saturación del servicio, desabastecimiento de insumos y horarios inflexibles. Esto explica barreras reportadas por las usuarias como "horario del centro no accesible".

4. Las Soluciones Propuestas son Prácticas y Complementarias: Las propuestas del personal son concretas y atacan el problema desde diferentes frentes:

- Frente Comunitario/Educativo: Espacio amigable (E1), Visitas a colegios (E4).
- Frente de Comunicación: Capacitación en consejería (E2), Campañas con testimonios (E2).

- Frente Organizacional/Logístico: Horario extendido (E3), Plan de trabajo y gestión de insumos (E5).

## 6.2 Encuesta realizada (20 mujeres de entre 15 a 49 años)

A continuación, se presenta una tabla de las respuestas de 20 mujeres. Los datos reflejar patrones comunes encontrados.

### Leyenda:

- Ocupación: Est (Estudiante), AH (Ama de casa), Tra (Trabajadora)
- Instrucción: Pri (Primaria), Sec (Secundaria), Sup (Superior/Técnico)
- Pregunta 5 (Factores): V (Vergüenza), M (Miedo), FT (Falta de tiempo), HC (Horario del Centro), FI (Falta de información), CN (Cree no necesario), Otro.

#	Edad	Ocup	Inst	P1 (conoce)	P2 (informante)	P3 (frecuencia)	P4 (se lo hizo)	P5 (factores)
1	15-19	Est	Sec	Si	Nadie	No lo sabe	No	V, M
2	20-29	Tra	Sup	Si	Medico	Cada 2-3 años	Si	-
3	40-49	AH	Pri	Si	Enfermera	Cada año	Si	-
4	30-39	Tra	Sup	Si	Enfermera	Cada 2-3 años	Si	FT
5	20-29	Tra	Sec	Si	Amigas	Solo con síntomas	No	CN, FI
6	15-19	Est	Sec	Si	Nadie	No lo sabe	No	V, FI
7	30-39	AH	Sec	Si	Medios	Cada año	Si	-
8	40-49	AH	Pri	No	Nadie	No lo sabe	No	FI, M
9	20-29	Tra	Sup	Si	Medios	Cada 2-3 años	Si	FT, HC
10	15-19	Est	Sec	Si	Enfermera	Cada 2-3 años	No	V
11	30-39	Tra	Sup	Si	Medico	Cada 2-3 años	Si	-

12	20-29	AH	Sec	Si	Familia	Cada año	Si	-
13	40-49	AH	Pri	Si	Enfermera	Cada año	No	M, FI
14	20-29	Tra	Sup	Si	Enfermera	Cada 2-3 años	Si	FT
15	15-19	Est	Sec	Si	Nadie	No lo sabe	No	V, M, FI
16	30-39	Tra	Sup	Si	Medico	Cada 2-3 años	No	CH
17	40-49	AH	Pri	Si	Enfermera	Cada año	Si	-
18	20-29	Tra	Sec	Si	Medico	Cada 2-3 años	No	FT, HC
19	15-19	Est	Sec	Si	Nadie	Solo con síntomas	No	CN, V
20	30-39	AH	Sec	Si	Amigas	Cada año	Si	-

Fuente: Elaboración propia.

## 6.2.1 Tabulación de los resultados – 20 encuestas

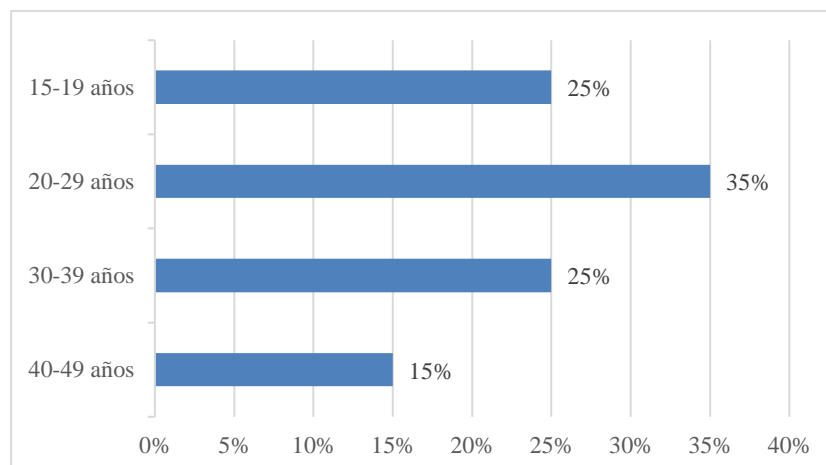
### 6.2.1.1 Datos sociodemográficos

**Tabla 1. Distribución por edad**

Grupo de edad	frecuencia	Porcentajes
15-19 años	5	25%
20-29 años	7	35%
30-39 años	5	25%
40-49 años	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 1. Distribución por edad.**



Fuente: Elaboración propia.

#### **Interpretación tabla y gráfico: Distribución por Edad**

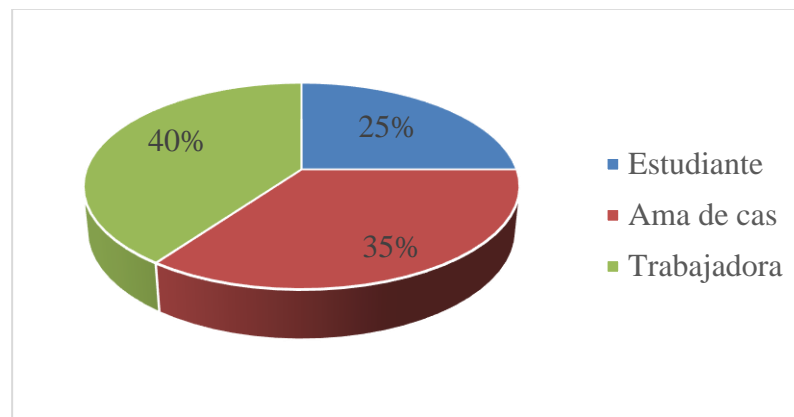
La mayor proporción de mujeres encuestadas se encuentra en el grupo de 20 a 29 años (35%), seguido por los grupos de 15-19 y 30-39 años (25% cada uno). Esto refleja que la población usuaria del Centro de Salud René Salazar en edad fértil es predominantemente joven, lo que sugiere una oportunidad clave para fortalecer la prevención temprana del cáncer cervicouterino.

**Tabla 2. Distribución por ocupación**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	5	25%
Ama de casa	7	35%
Trabajadora	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 2. Distribución por ocupación**



Fuente: Elaboración propia.

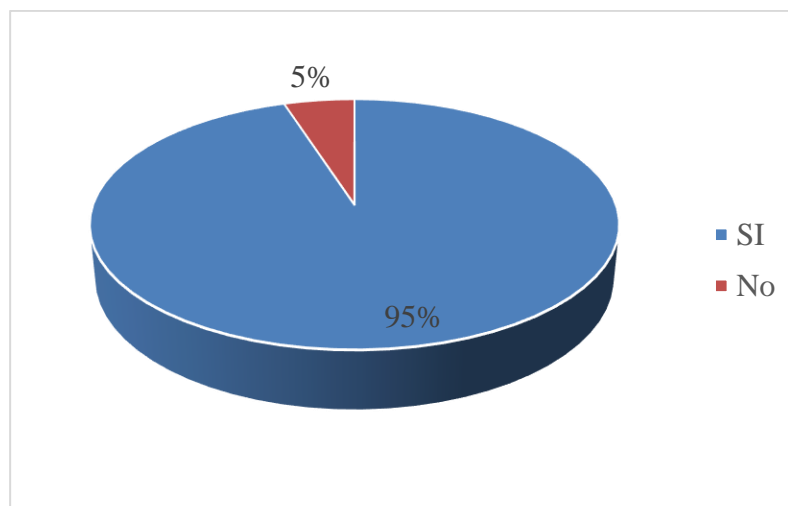
**Interpretación tabla y gráfico:** El 40% de las mujeres son trabajadoras, el 35% se dedican al hogar y el 25% son estudiantes. Esta diversidad ocupacional implica la necesidad de estrategias diferenciadas según la disponibilidad de tiempo y los contextos de vida de cada grupo.

**Tabla 3. Conocimiento del papanicolaou**

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	95%
No	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 3. Conocimiento del PAP**



Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación tabla y gráfico:** El 95% de las mujeres conoce la prueba del Papanicolaou, lo que indica un alto nivel de conciencia sobre su existencia. Sin embargo, este conocimiento no se traduce necesariamente en su realización, como se verá en la siguiente tabla.

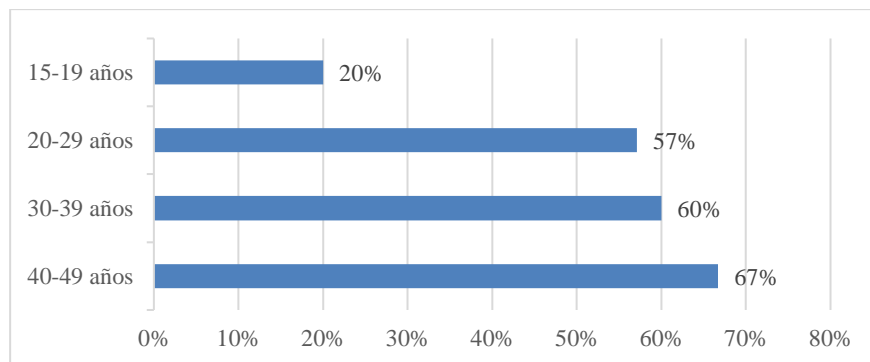
**Tabla 4. Se ha realizado el papanicolaou**

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	60%
No	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:** Solo el 60% de las mujeres se ha realizado la prueba, lo que evidencia una brecha importante entre el conocimiento y la acción. Este dato refuerza la necesidad de intervenciones que trasciendan la información y aborden las barreras prácticas y emocionales.

**Gráfico 4. Cobertura por grupo de edad (tabla N°4)**



Fuente: Elaboración propia.

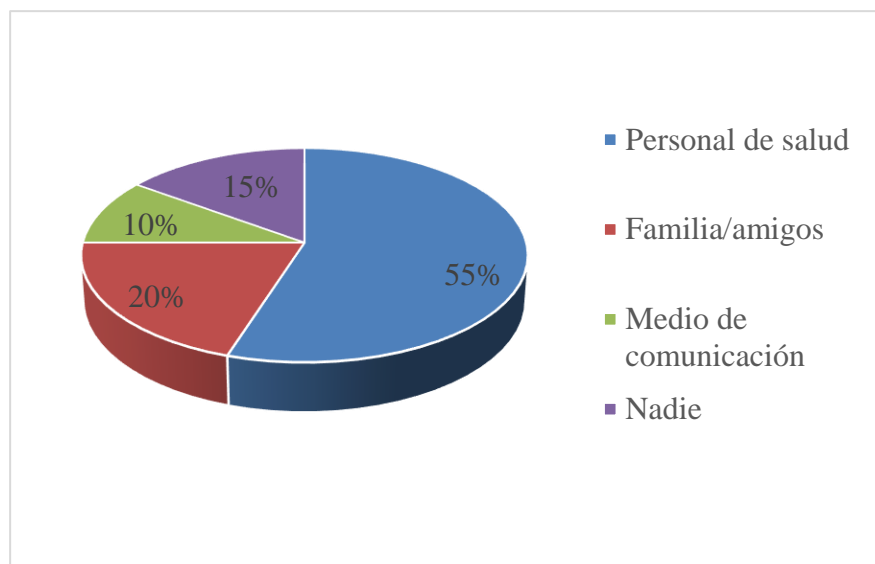
**Interpretación:** 40-49 años: mayor cobertura, (66.7%), mayor conciencia preventiva. 30-39 años: cobertura media-alta (60%) durante control ginecológico. 20-29 años: cobertura media (57%) casi la mitad no se ha realizado la prueba. 15-19 años: cobertura crítica (20%) barreras significativas en adolescentes.

**Tabla 5. Fuentes de información principal**

Fuente de información	frecuencia	porcentaje
Personal de salud	11	55%
Familia/amigos	4	20%
Medio de comunicación	2	10%
Nadie	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 5. Fuentes de información principal**



Fuente: Elaboración propia.

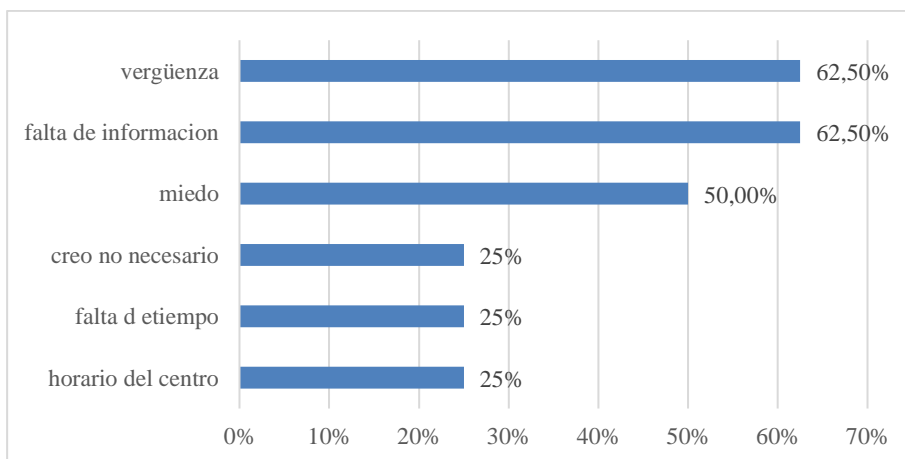
**Interpretación tabla y gráfico:** Más de la mitad de las mujeres (55%) recibió información a través del personal de salud, lo que destaca su rol central como agente de promoción. No obstante, un 15% no recibió información de ninguna fuente, lo que señala un grupo vulnerable que requiere atención específica.

**Tabla 6. Barreras para realizarse el PAP (8 mujeres que NO se han hecho – múltiples respuestas)**

Barreras	Frecuencia	Porcentaje
Vergüenza	5	62.5%
Falta de información	5	62.5%
Miedo	4	50%
Cree no necesario	2	25%
Falta de tiempo	2	25%
Horario del centro	2	25%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 6. Principales barreras**



Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación tabla y gráfico: Barreras para Realizarse el PAP (Mujeres que NO se lo hicieron)**

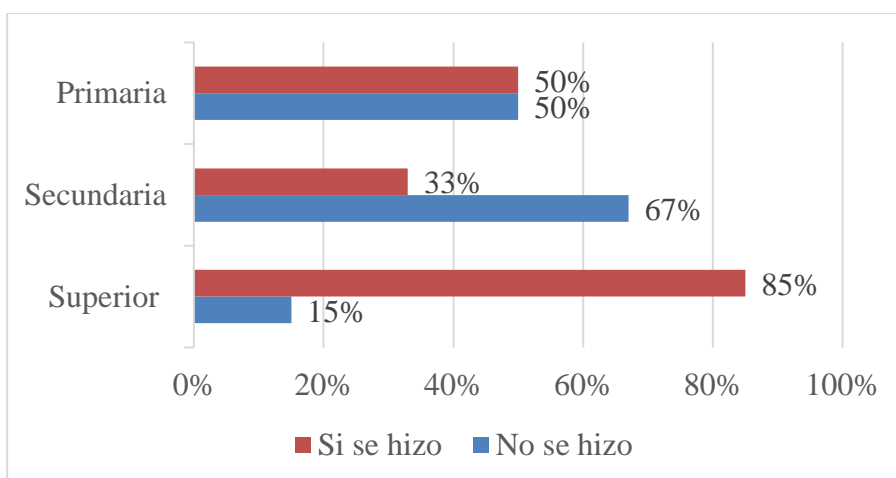
Las principales barreras identificadas fueron la vergüenza (62.5%) y la falta de información (62.5%), seguidas por el miedo (50%). Estos resultados subrayan la importancia de abordar aspectos emocionales y mejorar la claridad y accesibilidad de la información.

**Tabla 7. Cobertura vs Nivel de instrucción**

Instrucción	Sí se hizo	No se hizo	Total
Primaria	2 (50%)	2 (50%)	4
Secundaria	3 (33%)	6 (67%)	9
Superior	6 (85%)	1 (15%)	7
<b>Total</b>	<b>11(55%)</b>	<b>9(45%)</b>	<b>20</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 7. Cobertura vs nivel de instrucción**



Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación tabla y gráfico:** La cobertura del papanicolaou aumenta significativamente en el nivel educativo: mientras el 85% de mujeres con educación superior se ha realizado la prueba, solo el 33% de las que tienen el nivel secundario y el 50% de las de nivel primario se han hecho. Esto sugiere que la educación formal facilita la adaptación de prácticas preventivas.

## **6.2.2 Análisis de los resultados**

### **6.2.2.1 Cobertura y conocimiento general**

- Conocimiento del PAP: Un 95% (19/20) ha escuchado sobre la prueba, lo que indica una buena penetración del nombre de la prueba.
- Cobertura Real (Se lo ha hecho): El 60% (12/20) se ha realizado la prueba al menos una vez. Existe una brecha del 35% entre el conocimiento y la acción.

### **6.2.3 Análisis por Grupos de Edad (Cruze de Variables)**

#### **Cobertura por edad**

- 15-19 años: 20%. Este es el grupo más crítico.
- 20-29 años: 57%.
- 30-39 años: 60%.
- 40-49 años: 67%.

### **6.2.4 Conclusión intermedia**

Las adolescentes presentan una barrera casi absoluta para realizarse la prueba. La cobertura es alta en mujeres de 30-39 años y disminuye nuevamente en el grupo de 40-49, lo que sugiere la necesidad de reforzar la promoción en mujeres adultas.

#### **6.2.4.1 Barreras Principales**

Barreras más frecuentes (en quienes NO se han hecho el PAP - 8 mujeres)

1. Vergüenza (V): 5 mujeres (62.5%)
2. Falta de Información (FI): 5 mujeres (62.5%)
3. Miedo (M): 4 mujeres (50%)

4. Cree que no es necesario (CN): 2 mujeres (25%)

5. Falta de Tiempo (FT) / Horario del Centro (HC): 2 mujeres (25%) cada una.

### **6.2.5 Conclusión intermedia**

Las barreras psico-sociales (Vergüenza, Miedo) y la Falta de Información son las más determinantes. La "Falta de Tiempo" es una barrera logística presente, pero menos frecuente que las emocionales.

### **6.2.6 Fuentes de Información y Conocimiento**

- Fuente principal de información: El Personal de Salud (Enfermera, Médico, Obstetrix) es la fuente para 11 mujeres (55%), lo que resalta su papel crucial.
- Relación con el conocimiento: De las 5 mujeres que contestaron "Solo si tiene síntomas" o "No lo sabe" (P3), 4 no se han realizado el PAP. Esto indica que un conocimiento incorrecto o insuficiente se correlaciona directamente con una baja práctica preventiva.

### **6.2.7 Conclusiones Generales**

- Brecha Crítica en Adolescentes: Existe una necesidad urgente de diseñar e implementar estrategias de promoción y captación específicas para el grupo de 15 a 19 años, donde la cobertura es nula y las barreras de vergüenza, miedo y desinformación son máximas.
- El Enfoque debe ser Psico-Emocional e Informativo: Las principales barreras no son logísticas, sino culturales y de conocimiento. Las estrategias deben priorizar la consejería que aborde directamente la vergüenza y el miedo, y que aclare mitos (como que el PAP solo es necesario si hay síntomas).
- Fortalecer el Rol del Personal de Salud: Dado que son la principal fuente de información, capacitar y empoderar al personal (especialmente a enfermeras, que aparecen como informantes clave) en técnicas de consejería con enfoque en adolescentes y en la clarificación de dudas, puede tener un alto impacto.
- Revisión de la Accesibilidad: Aunque en menor medida, las barreras de "Falta de Tiempo" y "Horarios del Centro" sugieren la necesidad de evaluar si los horarios de

atención para la toma de PAP son compatibles con las necesidades de las mujeres que trabajan o estudian.

### **6.2.8 Conclusiones Integradas (Triangulando Entrevistas y Encuestas)**

1. El problema central es cultural y de percepción, pero se ve agravado por fallas operativas del servicio. La vergüenza y la desinformación (reportada por ambos grupos) no se están abordando de manera efectiva porque el sistema está saturado y no tiene estrategias proactivas.

2. Existe una desconexión entre la necesidad de las usuarias y la oferta del servicio. Las adolescentes, el grupo más vulnerable, no se sienten atraídas por las estrategias actuales. Las trabajadoras, no pueden acceder por los horarios. El servicio no se está adaptando a su población objetivo.

3. La solución requiere un abordaje integral. No basta con una charla o un afiche. Se necesita:

- Un componente educativo fuerte dirigido a jóvenes y adolescentes (espacios amigables, visitas a colegios).
- Un componente de accesibilidad que resuelva las barreras logísticas (horario extendido, garantía de insumos).
- Un componente de capacitación para que el personal pueda derribar mitos de manera efectiva en el poco tiempo que tiene.

4. La propuesta más viable y de impacto inmediato sería implementar la "Jornada de PAP en horario extendido" (propuesta por E3), combinada con una campaña de información específica que utilice los canales y lenguaje adecuados para llegar a las mujeres más jóvenes (como sugieren E1 y E4). Esto ataca simultáneamente la barrera logística y la de desinformación.

### **6.3 Propuesta de estrategias**

**Aumentar la cobertura del Papanicolaou en el centro de Salud.**

Después de compartir tantas horas en el centro de salud, de escuchar a las mujeres de nuestra comunidad y de conversar con mis compañeros del equipo de salud, he llegado a entender que para aumentar la cobertura del Papanicolaou necesitamos estrategias que nazcan desde aquí, desde nuestra realidad riberalteña. No se trata de copiar lo que funciona en otros lados, sino de crear entre todos formas que respeten nuestra manera de vivir, nuestros tiempos y nuestra cultura.

## **1. La consejería que acoge y comprende**

Aquí en Riberalta valoramos la confianza, el trato cercano. Podríamos dedicar unos minutos extras en cada consulta, no importa si es por un resfriado o para control del niño, para preguntar amablemente: "¿Ya se hizo su PAP este año?". No como un trámite, sino como un genuino interés por su salud. Especialmente con las más jóvenes, decirles: "Es normal sentir vergüenza, todas lo sentimos, pero su salud vale más que un momento de incomodidad".

## **2. Charlas que no parezcan charlas**

En lugar de reuniones formales en el centro de salud, ¿qué tal si llevamos la conversación sobre el Papanicolaou a donde ya se reúnen las mujeres? Podríamos hacer "tertulias de salud" en los mercados, en las asociaciones de madres, incluso bajo un árbol en los barrios. Hablar claro, en nuestro lenguaje, permitiendo que pregunten todo lo que callan por pena.

## **3. El poder del ejemplo cercano**

Imaginen si doña María, la vendedora de la feria que todas conocemos, comparte que se hizo el PAP y lo sencillo que fue. O si la profesora del colegio les cuenta a las alumnas mayores por qué es importante. Aquí confiamos en quien conocemos, en los rostros familiares. Podríamos formar un grupo de "Mujeres Promotoras de Salud" que acompañen a sus vecinas al centro de salud.

## **4. Horarios que se adapten a nuestra vida**

Entiendo que las enfermeras y doctoras ya tienen mucho trabajo, pero ¿qué tal si un jueves al mes extendemos el horario hasta más tarde? Así las mujeres que trabajan en las fábricas de castaña, las que tienen sus puestitos en el mercado, o las jóvenes que estudian, podrían venir después de sus labores. Un pequeño cambio en nuestros horarios puede significar una gran oportunidad para ellas.

## **5. Hacer sentir seguras desde el primer momento**

Para muchas mujeres, especialmente las que vienen de las comunidades, el centro de salud puede dar miedo. Podríamos tener una enfermera específicamente dedicada a recibirlas,

explicarles paso a paso lo que vamos a hacer, permitir que vengan acompañadas si lo desean. Pequeños gestos que digan: "Aquí te cuidamos, aquí estás segura".

## **6. Aprovechar las fechas importantes**

En los meses de la mujer, de la madre, o durante las ferias de salud comunitaria, podríamos hacer "Jornadas del Cariño" donde ofrezcamos el Papanicolaou junto con otros servicios. Que sea una ocasión especial para regalarles salud, en un ambiente festivo y de cuidado.

## **7. La sabiduría de nuestras abuelas**

Involucrar a las parteras tradicionales y a los líderes comunitarios quienes tanto respeto genera para que juntos hablemos de la importancia de la prevención. Ellas pueden ser nuestras mejores aliadas para llegar a mujeres que nunca han pisado un centro de salud.

Estas no son estrategias complicadas ni costosas. Son más bien una forma diferente de hacer lo que ya hacemos. Cuidar, Se trata de mirar a los ojos, de entender los silencios, de recordar que detrás de cada estadística hay una mujer riberalteña con historia, con familia, con sueños.

Al final, aumentar la cobertura del Papanicolaou no es solo cumplir una meta sanitaria es construir juntas una comunidad donde ninguna mujer tenga miedo de cuidar su salud, donde todas nos sintamos acompañadas en este camino de la prevención.

## **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7.1 Conclusiones**

Al terminar este recorrido de investigación, me quedo con varias ideas claras. La primera es que, aunque casi todas las mujeres han escuchado hablar del Papanicolaou, muchas aún no se animan a hacérselo. Parece que saber que existe no es suficiente; hace falta algo más para dar el paso.

Ese "algo más" tiene que ver, sobre todo, con cómo se sienten. La vergüenza y el miedo siguen siendo grandes obstáculos, especialmente entre las más jóvenes. Me impactó ver que ninguna de las adolescentes entre 15 y 19 años se había realizado la prueba. Es como si, a esa edad, el solo pensarlo les generara incomodidad, miedo al qué dirán o a que les duela.

También noté que el personal de salud es clave en este proceso. La mayoría de las mujeres que sí se hicieron el examen recibieron información de una enfermera, un médico o una obstetra. Ellos son, en muchos casos, la voz que anima, que explica, que quita el temor. Pero a la vez, me di cuenta de que estos esfuerzos a veces dependen de la voluntad de cada quien, y no de una estrategia conjunta del centro de salud.

Por último, está el tema práctico: los horarios no siempre se acomodan a las mujeres que trabajan o estudian, y a veces ni siquiera hay insumos para hacer la prueba. Son detalles que, aunque parecen pequeños, hacen que una mujer que ya venció el miedo y decidió cuidarse, se quede sin poder hacerlo.

### **7.2 Recomendaciones**

Después de escuchar tanto a las mujeres como al personal de salud, creo que es posible hacer algunas cosas concretas para mejorar esta situación. No se trata de grandes cambios, sino de acciones pensadas con cariño y sentido común.

#### **1. Crear un espacio solo para adolescentes**

Sería ideal tener en el centro de salud un lugar donde las jóvenes puedan llegar sin miedo, ser escuchadas sin prisa y aclarar todas sus dudas. Que sientan que es un trato especial para ellas, con personal que entiende su timidez y les habla en su lenguaje.

## **2. Llevar la información a donde están ellas**

¿Y si en lugar de esperar a que lleguen, vamos nosotras? Podríamos organizar charlas en los colegios, conversatorios en las ferias barriales o hasta reuniones en casas de vecinas. Se trata de normalizar el tema, quitarle el misterio y mostrar que es un acto de autocuidado, no de miedo.

## **3. Flexibilizar los horarios**

Una tarde al mes o un sábado dedicado solo a la toma de Papanicolaou podría cambiar mucho. Así, las que trabajan o estudian no tendrían que faltar a sus obligaciones para poder hacerse el examen.

## **4. Capacitar con el corazón**

A veces, no se trata de decir más, sino de decirlo mejor. Podríamos fortalecer la capacidad del personal para conectar con las mujeres, especialmente con las más jóvenes, usando un lenguaje cercano, respetuoso y claro.

## **5. Asegurar que nunca falten los insumos**

Parece obvio, pero es fundamental: que nunca se acaben los espejuelos, las laminillas o los medios de cultivo. Cada vez que una mujer llega y no la podemos atender, no solo perdemos una oportunidad, sino también su confianza.

## **6. Contar historias reales**

¿Y si las propias mujeres de la ciudad se convierten en promotoras de la prueba? Sus testimonios pueden inspirar a otras. Una vecina, una amiga, una hermana que cuente su experiencia vale más que mil afiches.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

### **8.1 Fuentes Institucionales y Legales**

- Asamblea Constituyente de Bolivia. (2009). Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2005). Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2013). Ley N.º 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2016). Ley N.º 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud de Bolivia. (2010). Norma Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. La Paz: Ministerio de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino. Ginebra: OMS.

### **8.2 Fuentes Académicas y Teóricas**

- Bisquerra, R. (2009). Metodología de la investigación educativa. La Muralla.
- Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4th ed.). SAGE Publications.
- Flick, U. (2015). El diseño de investigación cualitativa. Morata.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a ed.). McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales (4a ed.). McGraw-Hill.
- Kvale, S. (2011). Las entrevistas en investigación cualitativa. Morata.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Pender, N. J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice (3rd ed.). Appleton & Lange.

### **8.3 Fuentes sobre Cáncer Cervicouterino y Promoción de la Salud**

- Arrossi, S., Sankaranarayanan, R., & Parkin, D. M. (2003). Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Pública de México*, 45(3), 306-314.
- Báez, J., & Pérez, W. (2019). Factores asociados a la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres de áreas rurales de Bolivia. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 12(2), 45-60.
- Murillo, R., & Wiesner, C. (2018). Estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino en América Latina: Lecciones aprendidas y desafíos futuros. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e45.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1:**

### **GUÍA DE ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD**

**Propósito:** Explorar estrategias, barreras y soluciones para la promoción de la prueba de Papanicolaou desde la perspectiva del personal de salud del Centro de Salud René Salazar.

#### **1. Estrategias de Promoción:**

¿Podría describirme las principales estrategias o actividades que utilizan actualmente en el centro para motivar a las mujeres entre 15 y 49 años a realizarse el Papanicolaou?

(Ejemplos: charlas, consejería individual, folletos, llamadas, visitas comunitarias, etc.)

#### **2. Barreras Identificadas:**

En su experiencia, ¿cuáles son las dificultades más frecuentes que observan para que las mujeres se realicen el examen?

(Se sugiere explorar: factores culturales/emocionales como vergüenza o miedo, limitantes del servicio como horarios o falta de insumos, y factores informativos.)

#### **3. Propuestas de Mejora:**

Desde su punto de vista, ¿qué acción concreta cree que podría implementarse en este centro de salud para aumentar significativamente la cobertura del Papanicolaou?

**ANEXO 2:**  
**ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU**  
**(MUJERES 15-49 AÑOS)**

**SECCIÓN 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad:

15-19 años

20-29 años

30-39 años

40-49 años

2. Nivel de instrucción:

Primaria

Secundaria

Técnico/Superior

3. Ocupación:

Estudiante

Ama de casa

Trabajadora

**SECCIÓN 2: PREGUNTAS SOBRE EL PAPANICOLAOU**

1. ¿Ha escuchado hablar sobre la prueba de Papanicolaou?

Sí

No

2. ¿Quién le ha brindado información sobre su importancia? (Puede marcar más de una)

Enfermera(o)

Médico

Familiares/Amigas

Medios de comunicación

Nadie

3. ¿Con qué frecuencia considera que debe realizarse esta prueba?

Cada año

Cada 2-3 años

Solo si tiene síntomas

No lo sabe

4. ¿Se ha realizado la prueba de Papanicolaou alguna vez?

Sí

No

5. ¿Qué factores le dificultan o le impedirían realizarse la prueba? (Puede marcar más de una)

Vergüenza

Miedo (al dolor o resultado)

Falta de tiempo

Horarios del centro no accesibles

Falta de información

Creer que no es necesario

Otro: \_\_\_\_\_

### **Anexo 3**

Realización de la prueba



Nota. En la imagen se observa la realización de la prueba de Papanicolau que se realiza. Chipunavi (2025)

### **Anexo 4**

Registro de datos



Nota. En la imagen se puede observar que posterior a la prueba realizada se realizan el registro de datos. Chipunavi (2025).

## **Anexo 5**

### Preparación para la prueba de Papanicolau



Nota. En la imagen se observa la preparación antes de realizar el Papanicolau.

Chipunavi (2025).

## **Anexo 6**

### Visitas realizadas a hogares



Nota. En la imagen se puede observar cómo es que realizó las visitas correspondientes para poder concientizar a cerca del Papanicolau. Chipunavi (2025).