



**UNIVERSIDAD DE SANCTI SPIRITUS
JOSÉ MARTÍ PÉREZ**

**CENTRO DE ESTUDIO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
RAUL FERRER PEREZ**

**LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN
ADOLECENTES DEL CENTRO DE SALUD No 6 GUANO-PENIPE**

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

MENCIÓN DIDÁCTICA

AUTOR: Dr. Juan Carlos Lema Balla

**Sancti Spíritus
2021**



**UNIVERSIDAD DE SANCTI SPIRITUS
JOSÉ MARTÍ PÉREZ**

**CENTRO DE ESTUDIO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
RAUL FERRER PEREZ**

**LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN
ADOLECENTES DEL CENTRO DE SALUD No 6 GUANO-PENIPE**

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

MENCIÓN DIDÁCTICA

AUTOR: Dr. Juan Carlos Lema Balla

TUTOR: Dr. C. Eldis Román Cao

**Sancti Spíritus
2021**

DEDICATORIA

A Dios. Por darme fuerza y voluntad para poder seguir por el camino del bien, ayudándome siempre a vencer cualquier obstáculo y poder salir adelante en mi vida profesional y personal.

A mis padres. Por su apoyo incondicional y por estar presentes en todos los momentos de mi vida, por sus consejos, sus valores, siendo ellos el motivo de mi superación y constancia en el camino de estudiante, y ahora como profesional, pero más que nada, por su amor infinito.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la vida,
Por ser tan bueno y generoso
Por estar presente en todos los momentos
Felices y difíciles ayudándome a salir siempre adelante.

A mis padres por el gran esfuerzo,
Sacrificio y lucha para poder llegar a cumplir mi meta
y poder así ser un excelente profesional.

*Un agradecimiento especial a mi madre María Francisca Balla Yuquilema, por su
apoyo incondicional, con el que he
llegado hasta donde estoy ahora.*

Al Dr. C. Manuel Ernesto Horta Sánchez.

*Por la asesoría brindada para la realización correcta
de esta investigación, por su comprensión
y amistad en todo momento.*

*Finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad, la cual me
abrió sus puertas, preparándome para un futuro
competitivo y formándome como personas de bien.*

RESUMEN

Esta tesis contiene los resultados investigativos derivados de la aplicación de acciones educativas que contribuyen a la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del centro de Salud No 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri". Para ello se utilizaron como métodos el histórico lógico, el analítico-sintético, el inductivo-deductivo, se diseñó un pre-experimento que se combina con otros métodos científicos (observación, entrevista, encuesta, escala autovalorativa, análisis de documentos, triangulación). Se identificaron como carencias que las adolescentes tienen muy bajo nivel de la percepción de riesgo hacia el cáncer cérvicouterino, lo cual se revela en los escasos conocimientos que tienen, el poco interés por aprender sobre esta enfermedad y algunas manifestaciones que denotan un comportamiento negativo ante la posibilidad de prevenir la enfermedad. Las acciones educativas combinan diferentes formas de organización como el taller, videodebate, conversatorios, conferencias con atractivos productos digitales. Para su instrumentación se insertan en el marco de las propias actividades de promoción y educación de la atención primaria de salud. Las transformaciones ocurridas en los sujetos de la muestra apuntan a un incremento en el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre esta enfermedad, mayor interés por conocer más sobre la misma y la reflexión sobre modos de actuación que puedan ayudar a su prevención.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: La promoción y educación de salud dirigida a la percepción de riesgo del cáncercérvicouterino en adolescentes.	8
1.1. Apuntes necesarios para una mejor comprensión del concepto e importancia de la promoción de la salud	8
1.1.1. La educación para la salud como herramienta de la promoción. Su tratamiento en el ámbito escolar	15
1.2. Concepciones sobre la percepción de riesgo en salud en la adolescencia y la juventud	18
1.3. El cáncer cérvicouterino y la necesidad de su prevención en la adolescencia y juventud	25
CAPÍTULO II: Diagnóstico inicial. Propuesta de acciones educativas. Evaluación final.	34
2.1. Diseño de la investigación	34
2.2. Caracterización general del contexto donde se desarrolla la investigación	40
2.3. Situación inicial de la percepción de riesgo sobre el cáncer cérvicouterino en los sujetos de la muestra	41
2.4. Fundamentación y propuesta de las acciones educativas	48
2.4.1. Descripción de las acciones aplicadas	54
2. 5. Resultados de la evaluación final de los sujetos de la muestra	62
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades derivadas de estilos de vida inadecuados que comienzan en la niñez, adolescencia y juventud. De ahí, la importancia que le concede a la promoción de prácticas sanas desde estas edades, en virtud de educar a las personas en la prevención de los problemas de salud y, por tanto, contribuir al progreso social y económico de cada país. Es por ello, que esta Organización destina grandes esfuerzos y recursos a la promoción de la salud (OMS, 1978, 1988, 1998, 2011, 2016, 2018).

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador es la entidad nacional rectora que, a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulando el aporte de los actores de salud, garantiza el derecho humano de la población a la salud.

El Ministerio de Salud Pública ha definido el Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS, con enfoque Familiar y Comunitario Integral, el que incluye la Promoción de Salud como una prestación transversal de la programación de los equipos de salud, especialmente en el Primer Nivel, en los ámbitos intramural y extramural.

De acuerdo con el MAIS, “el Primer Nivel de atención, debe cubrir a toda la población, debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales”.

Cada equipo profesional de los centros de salud del Primer Nivel de Atención es responsable de entregar una atención con los más altos estándares de calidad y excelencia técnica; son la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, y sus prestaciones están articuladas para garantizar la continuidad de la atención. Los equipos de cada centro de salud deben actuar sobre los problemas de salud y sus determinantes para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de

la población. En el primer nivel se deben resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contrarreferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad.

Ante los emergentes problemas de salud mundial que preocupan y urgen hoy en día, los gobiernos, organizaciones sociales y las personas apuestan, cada vez más, por generar políticas públicas como herramienta intersectorial que lleva a la sustentabilidad en la salud de las poblaciones.

Dentro de esas políticas, sobresale la promoción de la salud considerada por diferentes autores como enfoque, categoría, filosofía, estrategia, o función básica de la salud pública que fortalece y ajusta sus acciones a la realidad epidemiológica, demográfica, social, política y económica, a propósito de garantizar la equidad, justicia y el derecho a la salud para todos (Sanabria, G. 2007, 2010).

Aunque en los últimos años la promoción de salud es conformarla, más bien, como un programa básico dentro de las estrategias de muchos países, dirigida a elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población. —Visto desde la perspectiva de mantener saludables a las poblaciones, hay consenso en que la promoción de la salud es el enfoque más apropiado, pues se sustenta en modelos que recrean las perspectivas: social, política, económica, ecológica y cultural de la salud (Sanabria, G., Rodríguez, A. y Rojo, N. 2012: 6).

La promoción de la salud es un proceso, no una solución fácil, expresa el reporte de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al Consejo Directivo de la Organización. Su propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazos. Los resultados concretos varían, pero comprenden la participación de los ciudadanos y la comunidad y contribuyen a mejorar la calidad de vida.

Un programa de salud es una serie de actividades coherentes, organizadas e integradas, destinadas a alcanzar objetivos concretos y definidos previamente para mejorar el estado de salud de una población. En el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador (MAIS), actualizado en el año 2013, los programas de salud pública contemplan entre sus componentes las medidas de promoción y prevención como pilares fundamentales (Orquera, E. 2016).

Dentro de estos programas de prevención de salud se encuentra el de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC), práctica iniciada en el Ecuador en 1976 incluida oficialmente en la normativa del año 1999 y actualizada en el año 2015 en el protocolo para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, publicado por el Ministerio de Salud Pública (MSP). (Orellana, M. 2011).

Según Reyes, Y (2014) el carcinoma cérvicouterino (CCU) se caracteriza por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, progresan entre los tejidos normales y los destruye.

Para la OMS, (2015) el CCU constituye un problema de salud pública por su alta incidencia y sus efectos devastadores sobre la salud de la mujer y la familia. Debido a su desarrollo lento es susceptible de prevención, lo que permite un tratamiento efectivo si se detecta a tiempo. Es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres, solo sobrepasado por el cáncer de mama.

Cada año se diagnostican en el mundo unos 530 000 casos nuevos de CCU y más de 275 000 defunciones; son las regiones de África, Asia Central y del Sur, del Sudeste Asiático, de Melanesia, de Latinoamérica y del Caribe las de mayores tasas de incidencia.(Marañón, T. 2017).

Según el MSP, (2013) en Ecuador, se ha incrementado la mortalidad por cáncer cervicouterino, según cifras del Ministerio de Salud Pública, el 96,1% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) detectó 1.259 casos nuevos de cáncer invasor de cuello del útero en todo el país.

En realidad, esta situación constituye una preocupación en el país, ya que las incidencias revelan una tendencia al aumento de la morbilidad de lesiones cervicales pre malignas en edades jóvenes. La Ciudad de Riobamba se identifica dentro de las más afectadas del país, según el Registro Nacional de Cáncer (RNC) (2017). Específicamente en Riobamba-Chambo-Penipe, en el Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz, en la Unidad Educativa "San Felipe Neri".

Según los miembros del equipo de salud del área en ese territorio, se constata la presencia de un número considerable de consultas ginecológicas entre los 15 y 19 años e incluso, entre los 12 y 13 años, aunque en menor escala esta última.

Se reconoce que las adolescentes, muestran ciertas limitaciones en sus conocimientos y en su conducta que incide en los resultados antes referidos, tales como:

1. Limitada información sobre el CCU (qué es, síntomas, factores de riesgo, causas, consecuencias, conductas a seguir, entre otros conocimientos)
2. Falta de interés y deseos por conocer en lo concerniente esta enfermedad
3. Poca importancia a los efectos nocivos del tabaquismo y el alcoholismo
4. Manifestaciones inapropiadas en las relaciones interpersonales y normas de convivencia en su actuación diaria
5. Prácticas de hábitos de consumo
6. Se incumplen reglas de higiene personal y colectiva
7. Cambios frecuentes de parejas y manifestaciones de infidelidad
8. Pobre participación en actividades que se desarrollan de promoción y educación para la salud.

Ante esa **situación problemática** surge la necesidad de llevar a cabo esta investigación en el Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri", al contar con recursos humanos y materiales, que ayudan a la percepción de riesgo del CCU en las adolescentes. Por tanto, se determina el siguiente **problema científico**: ¿cómo contribuir a la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri"?

Ese problema precisa trabajar desde el proceso de promoción y educación para la salud como **objeto de estudio** y enfilar la propuesta de solución hacia el **campo de acción** enmarcado en la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino de las adolescentes.

Siendo así, se traza el **objetivo** de aplicar acciones educativas que contribuyan a la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri".

Dicho objetivo induce a la formulación de estas **preguntas científicas**:

1. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos que sustentan el proceso de promoción y educación para la salud y la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino de adolescentes?
2. ¿Cuál es el estado actual de la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri"?
3. ¿Qué acciones educativas pueden aplicarse para contribuir a la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri"?
4. ¿Qué efectos positivos pueden originar las acciones educativas aplicadas en la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri"?

Para encontrar respuesta a esas preguntas se requiere organizar y ejecutar las **tareas de investigación** que a continuación se presentan:

- Determinación de los fundamentos teóricos que sustentan el proceso de promoción y educación para la salud y la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino de adolescentes.
- Diagnóstico del estado actual de la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri".
- Elaboración y aplicación de acciones educativas que contribuyan a la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri".
- Evaluación de los efectos positivos originados por las acciones educativas aplicadas para la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino en las

adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri".

Dada las características del fenómeno que se investiga, el tiempo, el contexto donde tiene lugar y la relación directa, abierta y sostenida con los sujetos investigados, se considera pertinente emplear la metodología de investigación en la que se integran elementos cuantitativos y cualitativos, con un enfoque dialéctico materialista, de modo que permita percibir, comprender y valorar mejor el nivel de conocimientos, las actitudes y sentimientos de las adolescentes, a partir del uso de los siguientes métodos científicos:

Métodos de nivel teórico

El análisis y síntesis están presentes en todo el proceso investigativo al examinar, distinguir, establecer relaciones y resumir la teoría consultada referente a la promoción y educación para la salud, con énfasis en la percepción de riesgo del CCU; al igual que en el tratamiento de la información recopilada durante el diagnóstico, en el diseño de la concepción más conveniente y efectiva de la propuesta de solución, así como en el procesamiento de los resultados derivados de la evaluación final.

Histórico-lógico para ordenamiento temporal y valoración ideológica del devenir evolutivo de los diferentes momentos por los que transita la educación para la salud.

El inductivo-deductivo ofrece la posibilidad de procesar la información a partir de la situación concreta existente en la realidad de cada uno de los sujetos y en el contexto investigado con respecto a la percepción de riesgo del CCU, a propósito de encontrar regularidades, extraer inferencias y por último, formular generalizaciones.

Del nivel empírico

El pre experimento, entrevista en profundidad (individual), entrevista grupal, la observación participante y no participante, análisis de documentos, encuesta, escala autovalorativa y la triangulación.

Del nivel estadístico y matemático se emplea la estadística descriptiva e inferencial, así como representaciones gráficas y tabulaciones. Estos métodos

contribuyen a determinar la muestra de los sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiada a partir de ellos.

La **población** está conformada por 197 adolescentes que acudieron a consulta en el Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri" en el período enero a junio del 2019.

Se toma como **muestra** 30 adolescentes. La selección tiene carácter intencional, por recomendación de los miembros del equipo de salud y por ser en las que más se visualizan las deficiencias detectadas, adolescentes mujer, adolescente no embarazada y adolescente que se atienden esa área.

La **novedad científica** de esta investigación radica en el diseño y fundamentación de acciones educativas dirigidas a la percepción de riesgo sobre el cáncer cérvicouterino en adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz en la Unidad Educativa "San Felipe Neri". Se insertan en el marco de las propias actividades de promoción y educación de la atención primaria de salud.

El **aporte práctico** se concreta en la posibilidad de contar con:

Un conjunto de acciones educativas que combinan diferentes formas de organización como el taller, videodebate, conversatorios con atractivos productos digitales, además un plegable (tríptico) contentivo de información básica sobre el CCU (cómo prevenirlo, síntomas, factores de riesgo) y carteles informativos que se presentan, también, en formato digital.

Desde el punto de vista estructural la tesis consta de introducción, dos capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

En el I capítulo se encuentran los referentes teóricos derivados del trabajo de revisión bibliográfica, a partir de lo cual se destacaron los aspectos esenciales que sustentan la promoción y educación de salud dirigida a la percepción de riesgo del cáncercérvicouterino en adolescentes. En el capítulo II se presenta el diseño de la investigación, el diagnóstico, además las acciones educativas dirigidas a la percepción de riesgo sobre el cáncer cérvicouterino en adolescentes del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz.

CAPÍTULO 1: LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD DIRIGIDA A LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO EN ADOLESCENTES

En este capítulo se concentra la información recopilada que da respuesta a la primera pregunta científica y con ella se logra el objetivo de determinar aquellos conocimientos teóricos que permiten sustentar la aplicación de acciones educativas que incrementan la percepción de riesgo del CCU en adolescentes. Aproximación a su estudio.

1.1 Apuntes necesarios para una mejor comprensión del concepto e importancia de la promoción de la salud

Ante los emergentes problemas de salud mundial que preocupan y urgen hoy en día, los gobiernos, organizaciones sociales y las personas apuestan, cada vez más, por generar políticas públicas como herramienta intersectorial que lleva a la sustentabilidad en la salud de las poblaciones.

El término promoción de la salud tiene sus antecedentes en la segunda década del siglo pasado, con Winslow en tratados de salud pública, en 1920, al referirlo como —un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y los programas educativos, para que el individuo mejore su salud personal así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure niveles de vida adecuadosll (Sanabria G., Rodríguez A., Rojo N., 2012: 6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la promoción de la salud como un proceso social y político de carácter integral que conlleva acciones dirigidas a fortalecer la capacidad de las personas para mejorar su salud y modificar los determinantes culturales, sociales, medioambientales y económicos a fin de reducir el impacto de dichas condiciones en la salud pública, considerando las especificidades de género, pertenencia cultural o étnica y ciclo de vida de las personas y las colectividades.(OMS, 1998)

La definición de promoción de la salud es un concepto dinámico que se enriquece con las reflexiones de actores sociales y gubernamentales y se adapta a los retos sociales, culturales y políticos de sociedades globalizadas. Se presenta un recorrido histórico del concepto promoción desde los aportes de las conferencias globales de la salud promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- La Carta de Ottawa de Promoción de la Salud define cinco áreas prioritarias para incidir en la salud de las personas y de las poblaciones, estas son: generación de políticas públicas, creación de ambientes saludables, desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de los servicios de salud.(OMS, 1986)
- La Declaración de Adelaida plantea que la promoción de la salud se fortalece cuando los formuladores de políticas son conscientes de cómo sus decisiones inciden en la salud pública y aumentan la inversión en salud. (OMS, 1988)
- La Conferencia de Sundswall puso en discusión la creación de ambientes favorables como una estrategia básica para la promoción de la salud impulsada desde la acción de responsables políticos, encargados de las decisiones y activistas comunitarios.(OMS, 1991)
- Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo proporcionó un conjunto de acciones para la promoción de la salud, en especial la relacionada a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.(OMS,1994)
- La Declaración de Yakarta identificó 5 prioridades para que las acciones de promoción de la salud respondan a los retos de salud integral en el siglo XXI: a) promover la responsabilidad social en salud; b) aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; consolidar y ampliar alianzas estratégicas en pro de la salud; c) ampliar la capacidad de las comunidades; d) empoderar a las personas sobre el manejo de su salud; y, e) consolidar la infraestructura para la salud integral.(OMS,1997)
- La Declaración de México estableció un compromiso para posicionar a la promoción de la salud como una estrategia fundamental en la agenda política

y de desarrollo de los países. (OMS, 2000)

- La Carta de Bangkok visualizó a la promoción de la salud como el proceso para facilitar que las personas aumenten el control sobre su salud y los determinantes de la salud y como consecuencia mejoren su estado de salud. (OMS, 2005)
- Desde esa lógica comprometió a los estados a tomar medidas para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado e instó a formar una alianza mundial para la promoción de la salud que impulsó compromisos a nivel local y mundial.
- La Conferencia de Nairobi definió un conjunto de compromisos y estrategias destinadas a subsanar las deficiencias en salud integral y desarrollo. Una de esas estrategias fue la implementación del enfoque de género y la atención a las inequidades. (OMS, 2009)
- La Declaración de Helsinki hizo un llamado a los gobiernos para que incorporen la salud integral y la equidad en sus agendas, estructuras y planes de asignación de recursos. (OMS, 2013)
- La Declaración de Shanghai puso de relieve la promoción de la salud en los objetivos de desarrollo sostenible. Se enfatizaron tres pilares que contribuyen de manera efectiva en la promoción de la salud: 1) buena gobernanza; 2) ciudades (espacios) saludables; y, 3) mejorar los conocimientos y competencias sociales en salud. (OMS, 2016)

La promoción de salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía, o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos.

Es un bien social de carácter universal, impulsa el desarrollo de acciones en el ámbito social, económico, político y psicosocial, los cuales tienden a preservar la vida, no a degradarla; otorgan un mayor bienestar y protección a la población, a partir de programas que estimulan la adopción de conductas y estilos de vida saludables en lo individual y lo colectivo.

Rodríguez A., et. al., (2013:12) ofrecen una visión amplia del concepto de promoción de salud que abraza las distintas aristas de los conceptos anteriores:

—La promoción de la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales y en el cambio social del medio. Utiliza una variedad de estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social, las políticas públicas y la abogacía. De ahí, que se plantee que ambas se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos empleados, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes o comportamientos a favor de la salud.

Logros, barreras y limitaciones. (MSP, 2019)

Logros:

- Políticas de Promoción de la Salud consensuadas
- Institucionalización de la promoción de la salud en el Ministerio de Salud Pública.
- Comisión de Promoción de la Salud funcionando en el CONASA
- Iniciativa de Municipios Saludables en proceso de expansión.
- Inclusión de la Promoción de la Salud en los Planes de Desarrollo Local.
- Acciones en el contexto de la descentralización que facilitan el desarrollo de acciones de promoción de la salud y participación social.
- Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud en expansión.
- Red Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud estructurada.
- Red Nacional insertada a la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras

de la Salud.

- Proceso de reorientación de los servicios iniciado.
- Experiencias exitosas de promoción de la salud en municipios, universidades y escuelas.
- Procesos de comunicación y educación en salud ejecutándose, especialmente con niños y jóvenes.
- Creciente interés por parte de la empresa privada en las acciones de promoción de la salud.

Barreras y Limitaciones:

- Falta de financiamiento para la ejecución del Plan de Acción en Promoción de la Salud.
- Falta de financiamiento a mediano y largo plazo de programas de Promoción de la Salud.
- Personal de salud con insuficiente interiorización y comprensión de la Promoción de la Salud.
- Mantenimiento de un modelo biomédico en la prestación de servicios de salud en el país.
- La formación de recursos humanos no incluye suficientes elementos relacionados con promoción, educación para la salud y la prevención de enfermedades.
- La población busca soluciones a sus problemas de salud en el nivel estrictamente curativo y no relaciona a las acciones de promoción de salud como parte fundamental del fenómeno salud.
- El individuo aún no se visualiza como un agente de su propia salud, entregando el cuidado de la misma al médico.
- La población interviene en actividades comunitarias promovidas desde instancias superiores (participación comunitaria), pero aún no cumple un papel destacado en la toma de decisiones y en plantear iniciativas propias (participación social).
- La alta rotación y la visión a corto plazo de algunas autoridades de salud

que desconocen los alcances de la Promoción de la Salud.

- Medios de comunicación social que enfatizan únicamente el aspecto curativo.

Desafíos, proyecciones y planificación future:

- Financiamiento a mediano y largo plazo.
- Llevar adelante el Plan de Acción Intersectorial de Promoción de la Salud.
- Políticas de Promoción de la Salud aplicándose.
- Personal de salud sensibilizado y motivado para la promoción de la salud y desarrollando estrategias en este campo.
- Inclusión de la promoción de la salud en la formación de los recursos humanos.
- Mayor número de municipios del país inscritos en la iniciativa de Municipios Saludables.
- Formación de la Red Nacional de Municipios Saludables.
- Todos los municipios aplicando la Ley de Maternidad Gratuita, con presupuesto municipal para la promoción de la salud y para el cumplimiento de la Ley.
- Consolidación de la Red Nacional de Escuelas Promotoras.
- Institucionalización de modelos de atención, con énfasis en prioridades como la atención a la violencia intrafamiliar y de género, basados en la intersectorialidad.
- Sociedad sensibilizada ante la violencia intrafamiliar.
- Sistemas locales articulados para la atención integral de la niñez.
- Redes para la atención de los adolescentes funcionando.

Según Iñiguez (2016) en Ecuador la historia de la Promoción de la Salud es reciente. Sin embargo, existen antecedentes interesantes que retroceden en el tiempo hasta el siglo XVIII. En esa época aparece la figura de uno de los precursores de la independencia del Ecuador: Eugenio Espejo. Su obra "Reflexiones sobre las Viruelas" permite identificar a Espejo como uno de los pioneros de la Bacteriología

en las Américas. Este médico, periodista y escritor elaboró un cuerpo de conocimientos bacteriológicos que le llevaron a proponer un método para preservar a los pueblos de las viruelas. Sus observaciones biopatológicas que aluden a los factores que rodean la vida de una comunidad humana y condicionan su situación de salud-enfermedad, fueron pioneras en el continente. Política, pobreza, malnutrición y morbi-mortalidad, como una unidad dialéctica, fueron objeto de sus aseveraciones indiscutibles.

Durante el siglo XIX la exportación de productos agrícolas a través de los puertos ubicados en la Costa, generó una preocupación por el saneamiento de los puertos y los enclaves productivos, desarrollándose una incipiente acción sanitaria que se intensificó a comienzos del presente siglo con la expansión del capitalismo mundial y la amenaza de la fiebre amarilla y la peste bubónica. Es en esta época que se logra la institucionalización de las actividades de Salud Pública con la creación de la Dirección de Sanidad en Guayaquil en 1908. Varias instituciones de la salud de los Estados Unidos, especialmente la Fundación Rockefeller, jugaron un importante rol en este proceso y colaboraron activamente en las campañas de prevención y control de enfermedades como la fiebre amarilla, peste bubónica y malaria. (Iñiguez, 2016)

En 1925 se organiza el “Servicio Sanitario Nacional” encargado de dirigir las actividades de prevención y control de las enfermedades infecto-contagiosas, las campañas de vacunación, higiene escolar, etc. En 1944 se promulga el “Código Sanitario” encargado de regir “toda materia relacionada con la salubridad e higiene pública y la policía sanitaria”³. Un aspecto importante contemplado en el Código fue la creación del Consejo Consultivo de Salud Pública, cuya misión principal era: “el asesoramiento en problemas de salubridad, que exigen por su naturaleza una acción conjunta armónica de distintos organismos del estado, como también de éstos con las instituciones semi-fiscales o privadas de higiene y actividades médicas en general”. (Iñiguez, 2016).

En agosto de 1964 se creó la Subsecretaría de Salud Pública en el seno del Ministerio de Previsión Social. Este fue el antecedente de la creación del Ministerio

de Salud Pública en junio de 1967.⁵ En el año de 1970 se creó la Dirección de Fomento y Protección de la Salud y en 1995 se creó la Dirección Nacional de Salud Ambiental. Tres años más tarde se estableció la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud, con su respectiva Unidad de Promoción, con el propósito de coordinar los programas técnico-normativos de atención, prevención y promoción a las personas (Materno-Infantil, Nutrición, Estomatología, Salud Mental, Control de Tuberculosis, Rabia, Crónico-degenerativas). Cabe destacar la conformación de la Comisión de Promoción de la Salud en el CONASA (Consejo Nacional de Salud) en el año 2002 y las experiencias de promoción de la salud desarrolladas en el ámbito local por los Gobiernos Seccionales y ONG's desde hace más de una década. (Iñiguez, 2016).

El Ministerio de Salud Pública lleva a cabo programas de promoción y protección de la salud que incluyen: salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvicouterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica, entre otros. Además está promoviendo el mejoramiento del entorno ambiental y el fortalecimiento de entornos psicosociales y culturales, a través de los programas y proyectos de la Dirección.

Así mismo, está coordinando el desarrollo de la iniciativa de Escuelas Saludables junto con el Ministerio de Educación, y el desarrollo de Municipios Saludables junto con la Asociación de Municipalidades del Ecuador. En el ámbito provincial y local, existe un creciente número de municipios que han incluido a la Promoción de la Salud en sus planes de desarrollo.

1.1.1 La educación para la salud como herramienta de la promoción

La educación para la salud tiene como objeto mejorar la salud de las personas. Se considera desde dos enfoques: —Desde el punto de vista preventivo, capacitar a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitar sus posibles consecuencias. Y desde una perspectiva de promoción de salud, capacitar a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable. (García y Sanabria, 2006: 4).

Distintos autores, instituciones y organizaciones ofrecen definiciones sobre la educación para la salud. Entre ellos se puede destacar la de la Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS:

—una estrategia fundamental para lograr las metas de la salud como medio, cuyo propósito es contribuir a construir las capacidades de las personas para que participen activamente en definir sus necesidades y negociar e implantar sus propuestas encaminadas al logro de las metas de salud. Como fin, la educación para la salud consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad. (García, Torres y Rondón, 2017)

Según Carvajal, C. y M. A. Torres, (2007: 28) la educación para la salud:

—se refiere a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vista a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada, está estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

La promoción de la salud tiene como prioridad desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas personales y sociales que permitan incidir sobre los determinantes de la salud y promover prácticas de vida saludables. Desarrolla medios y códigos sobre los que giran procesos de educación y comunicación planificados, sistémico se interrelacionados. En términos generales buscan educar, informar y persuadir.

La comunicación, en el marco de la promoción de la salud, tiene un fin educativo y no solo informativo; emplea estrategias pedagógicas que permiten a las personas y colectividades acceder a mensajes clave y apropiarse de ellos. Como instrumentos para la comunicación en salud pueden mencionarse carteleras, folletos, murales,

cómic, cuñas, canciones, etc.; mientras que entre los medios de comunicación se encuentran la prensa, radio, televisión, internet y recursos multimedia.

Para Nederveen (2012) la educación para la salud se refiere a las acciones pedagógicas que buscan que personas y colectivos tomen decisiones informadas y voluntarias que permitan mejorar su salud.

La educación y comunicación para la promoción de la salud considera los siguientes principios:

- Hace referencia a un conjunto de acciones planificadas y concatenadas entre sí dirigidas al desarrollo y fortalecimiento de competencias cognitivas, afectivas
- y procedimentales de personas, familias y comunidades destinadas a incidir sobre los determinantes de la salud y adoptar prácticas de vida saludables.
- Se fundamenta en el diálogo de saberes como estrategia para generar conocimientos y aprendizajes.
- Considera las características sociales, culturales, históricas, políticas, económicas y geográficas de cada contexto específico y las particularidades de los participantes por género, curso de vida y pertenencia étnica.
- Se dirige al empoderamiento individual y colectivo para ejercer el derecho a la salud y restituirlo cuando es violentado.
- La educación y la comunicación son procesos que se influyen y retroalimentan mutuamente; en términos amplios toda actividad educativa es una actividad comunicativa.
- La definición participativa de mensajes comunicacionales es clave en la promoción de la salud ya que permite organizar y estructurar el pensamiento generando entendimientos que posibilitan a los participantes entender los contextos y tomar decisiones para transformarlos.

En las últimas décadas estos análisis cobran más fuerza y evolucionan con mayor rapidez, en el campo de la educación, a partir de considerar nuevas dimensiones con respecto a la función de la escuela, de los implicados en el proceso y las aspiraciones sociales. En el *Foro de Educación para todos* en Dakar, se establece

la relación entre la salud y el aprendizaje y se dan tres formas de esta relación: —La salud como aporte o condición para el aprendizaje; la salud como resultado de una educación eficaz y de calidad; y la salud como colaboradora con la Educación dirigido a obtener los objetivos de la Educación para TodosII (2000: 2).

La educación para la salud en la escuela es considerada en varios países del mundo como uno de los campos de innovación y cobra cada vez mayor importancia como área de trabajo pedagógico; es empleada con el fin de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud mediante la realización de actividades planificadas y programadas para incentivar estilos de vida sanos (Rodríguez, 2016).

No se trata, únicamente, de integrar la educación para la salud, más o menos, en una determinada asignatura, sino de participar en un conjunto de actuaciones dirigidas a mejorar el bienestar de los estudiantes y trabajadores, así como a la población en general donde está enclavada la escuela. En términos de Rodríguez (2016: 29):

—La implementación de la educación para la salud en el ámbito escolar permite detectar y ofrecer asistencia a niños y jóvenes de forma oportuna, a propósito de evitar que siga incrementándose el número de jóvenes y adolescentes que adoptan conductas de riesgo para la salud tales como el hábito de fumar, el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de sustancias adictivas, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo precoz, entre otras que pueden ser prevenidas, al facilitar la creación de condiciones para la convivencia, la promoción de relaciones armónicas entre los géneros y la resolución de conflictos por medio del diálogo y la comunicación con acciones generadas en y desde las escuelasII.

1.2 Concepciones sobre la percepción de riesgo en salud en la adolescencia y la juventud

Es, precisamente, desde la educación y prevención de la salud que se puede incrementar la percepción de riesgo hacia todas aquellas enfermedades que más afectan la salud en la niñez, la adolescencia y la juventud. La percepción de riesgo

aumenta, de manera significativa, con la edad. Aunque no siempre es tan lineal la progresión, dado que pueden intervenir otras variables que alteran el proceso normal, y ser las personas más arriesgadas al pensar que el azar juega a su favor, o mantiene la falsa creencia de superioridad en referencia a un acontecimiento determinado, que se afronta con la certeza de que no se corre riesgo alguno, si se minimizan las posibles consecuencias adversas.

La percepción de riesgo, es un concepto polisémico y controversial, poco abordado en la literatura y es difícil encontrar un concepto con un sentido unitario y categórico. En las ciencias sociales se ve la percepción de riesgo como un concepto ambiguo, de constructo social y multidimensional que se apunta al marco social, político y cultural en que tienen lugar los procesos de percepción y comunicación de los riesgos, pues la perspectiva de un riesgo no tiene el mismo significado para un grupo que para otro porque está en correspondencia con el contexto social (Gil, 2003; Gil, et. al., 2010; García , 2012).

La percepción de riesgo se puede entender desde dos planos diferentes: el real y el subjetivo, y se valora desde una vertiente individual o colectiva. Por ejemplo, el riesgo de catástrofe se entiende desde una visión real y colectiva si se está frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar un cataclismo en una población determinada (Gil, et. al., 2010).

Por otra parte, en el plano del riesgo real con carácter individual, se aprecia en que una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición se le añade un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumentan en gran medida (Ibídem).

Si se analiza el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual se ve diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo cuenta con la percepción o creencia que asuma de manera unitaria todo el colectivo (Gil, et. al., 2010).

El concepto de percepción se concibe y explica desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencia y actitud. Se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Se puede añadir que ese juicio o valor condiciona su comportamiento (García, 2012).

Según este autor (2012: 12) algunos de los factores que intervienen en su configuración son los siguientes:

1. Perceptivos
2. De historia personal (experiencias)
3. Cantidad y calidad de la información
4. Creencias y actitudes
5. Estereotipos
6. Motivación

Desde la psicología social, se identifican algunos factores que intervienen en la configuración subjetiva de la percepción de riesgo, como los siguientes: perceptivos, de historia personal (experiencias), cantidad y calidad de la información, creencias y actitudes, estereotipos y motivación (González, 1995).

Todos estos factores están expuestos a los procesos de atribución individual, al hacer que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación. Por tanto, los posibles perfiles de riesgo subjetivo son tantos como sujetos a evaluar. Es posible asegurar, por ejemplo, un supuesto de consumo de alcohol donde un joven puede percibir bajo riesgo porque en su experiencia personal, en ocasiones anteriores, no sufre ningún tipo de malestar o peligro por el consumo. Asimismo, puede estar bien informado de que una cantidad de alcohol determinada no es necesariamente perjudicial si no tiene que realizar actividades que entrañen peligros adicionales (como por ejemplo conducir un coche). Sus creencias y actitudes son positivas hacia el consumo de alcohol en pequeñas cantidades y de una forma controlada y se siente muy motivado a beber

en esta ocasión concreta porque es similar a otras anteriores que fueron realmente exitosas para él. (García, 2012)

Para tener una aproximación a una concepción más realista y operativa de la percepción de riesgo, se tiene que conjugar los elementos de ambos conceptos: riesgo y percepción, e integrar todos aquellos elementos que intervienen en su configuración final. Se tiene que incluir todas las características intervinientes:

- ✓ Es un proceso cognitivo individual
- ✓ Se desarrolla en el plano subjetivo
- ✓ En su configuración intervienen otros procesos básicos: creencias, actitudes, motivación
- ✓ Una vez procesado, se convierte en una evidencia para el sujeto.

No cabe duda, que desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema. De hecho, la información recogida acerca de cualquier acontecimiento puede venir de distintas fuentes entre las que pueden estar las fidedignas y contrastadas o bien aquellas de poca o baja credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal conforman las creencias y las actitudes, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada (García, 2012).

García (2012) presenta un resumen de los principales modelos que se desarrollan en el marco psicosocial cognitivo y señala las figuras más representativas en cada uno de ellos. Entre los más destacados menciona al Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974); el de la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975, 2009, 2010); y el de la Teoría de la Motivación Protectora (Harris, 1996; Harris y Middleton, 1994; Prentice-Dunn y Rogers, 1986; Rogers, 1975, 1983, 1985). En su opinión el Modelo de Creencias de Salud (MCS) se consolida como uno de los más potentes y utilizados para estudiar la conducta de salud a partir de la predicción del comportamiento. Se fundamenta en la explicación y predicción de los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias

que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud. Se centra en la decisión bajo incertidumbre, para evitar o decrecer las conductas de riesgo de salud, al intentar el aumento al máximo los comportamientos de protección. Para ello, se debe interactuar desde diferentes elementos para conseguir que una persona perciba un comportamiento saludable o uno de riesgo, según la cantidad de motivación por mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias:

- a) La susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar.
- b) La gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad es lo suficientemente importante como para repercutir en su vida.
- c) Los beneficios y costes percibidos en función de que pueda reducir los riesgos de salud al adoptar conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, sean minimizadas.

En el de La Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada se persigue la predicción del comportamiento desde la norma subjetiva y las actitudes, medidas mediante la intención. La percepción de riesgo incluye los elementos de la teoría donde lo subjetivo está mediado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes dirigidas hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los demás y la norma subjetiva.

Por último, el de La Teoría de la Motivación Protectora parte de la premisa básica de que el miedo a las consecuencias mediatiza el comportamiento final de las personas y las motiva a buscar medidas de protección. La teoría afirma que se puede aumentar la intención de mantener una conducta de salud si se consigue infundir el suficiente miedo en el sujeto, siempre y cuando le den, también, salidas posibles y eficaces para evitar el proceso de enfermedad. Una vez que el sujeto está motivado hacia la protección los comportamientos que lleve a cabo van en consonancia con la evitación del riesgo. Las variables fundamentales que determinan la motivación de la protección son dos:

- a) La valoración de la amenaza que está en función de la capacidad de adaptación a la amenaza menos la cantidad de amenaza recibida y el grado de vulnerabilidad del sujeto hacia esa amenaza.
- b) La valoración de la respuesta de afrontamiento, que está en función de la eficacia de la respuesta y la autoeficacia menos los costes adaptativos.

En realidad, el abordaje preventivo de las conductas de riesgo requiere incluir la dimensión simbólica del riesgo y sus significados (y no olvidar que estas están influidas por los contextos sociales en los que se produce y gestiona el riesgo). Las expectativas sociales, las pautas culturales y la presión de los grupos, de iguales o familiares, influyen en cómo se construyen las amenazas o peligros y cómo estos son percibidos. (Gil, et al., 2010).

Todos aquellos procesos que se encuentran en el plano de lo subjetivo son difíciles de universalizar. Aunque se intente darle forma y contenido colectivo, finalmente son los procesos cognitivos individuales los que procesan la información, la filtran desde del plano perceptivo y actúan en consecuencia. La percepción de riesgo se encuentra entre estos procesos, con la particularidad de que es un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal.

El concepto de riesgo en el período juvenil implica la posibilidad de que ciertas conductas o situaciones específicas provoquen daños posteriores en el adolescente que pueden afectar el conjunto de sus potenciales y deteriorar su bienestar y salud. (Arrivillaga M., I. C. Salazar y D. Correa, 2003; García, 2012)

En los adolescentes se puede observar una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgo para la salud. La percepción en esta fase es, bastante, optimista, con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta. Igualmente, los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que encierren riesgo.

En su generalidad, las investigaciones sobre la percepción de riesgo en los adolescentes se centran en las actividades que realizan ellos con mayor frecuencia

y en la percepción de riesgo asociada a cada una de ellas. Están relacionadas con la prevención del hábito de fumar, las relaciones sexuales de riesgo, embarazo en la adolescencia, infección por ITS/VIH SIDA, entre otras. (Rodríguez A. y Álvarez L., 2006; Álvarez y Sanabria, 2009; Chávez y Viñas, et. al. 2008 y 2009; Ochoa y Hernández, et. al., 2003, 2004; Rodríguez Cabrera, A., et. al. 2013; Sanabria G., A. Rodríguez, 2016).

Con todo lo antes expuesto se desprende que este grupo poblacional es especial dentro de la población mundial y estadísticas de varias naciones muestran indicadores desfavorables de la salud reproductiva de este grupo. En un cónclave mundial (CIP-94) queda establecido como objetivo de los países promover salud, el bienestar y las capacidades potenciales de todos los niños, adolescentes y adultos jóvenes, al mismo tiempo de ayudar a solucionar las necesidades, sobre todo, de los dos últimos grupos. (Rodríguez, 2016)

Todos los países que, como Ecuador, firman el Programa de Acción CIPD, consideran prioritario emprender acciones especiales dirigidas a los adultos jóvenes y adolescentes. Ecuador dedica especial atención a su cumplimiento mediante la elaboración de proyectos y programas concretos, algunos de ellos son: salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvicouterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica, entre otros.

La adolescencia es una etapa que la OMS sitúa entre los 10 y los 19 años, con una clara diferenciación entre su etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años); es un período caracterizado por grandes cambios biopsíquicosociales, por la búsqueda de un estilo de vida propio y por el rechazo a los modelos impuestos. En este juego, frecuentemente, los adolescentes se exponen a situaciones riesgosas, que son causa de mortalidad o de morbilidad importante, que deja secuelas negativas para el resto de sus vidas (OMS, 2015d).

Pero si esas situaciones son bien orientadas benefician un pensamiento más abstracto, hipotético y crítico que facilita la reflexión y la réplica a lo que procede del mundo adulto, al tiempo que propicia la construcción de la propia identidad mediante la exploración y búsqueda de nuevas sensaciones. Es por ello, que si se desea un

futuro saludable, se garantizan los factores protectores, empeño en el cual el apoyo de los adultos y las acciones colectivas de promoción y educación para la salud son vitales para otorgarles a este grupo una participación real, positiva, activa y protagónica, es decir, abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos.

Rodríguez A., et. al., (2013), refieren que la adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos, por otra parte, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan la autoconstrucción de la salud.

En realidad, el crecimiento biológico y social de los adolescentes se logra con mayor facilidad, cuando crecen en ambientes saludables y armoniosos. La adolescencia y la juventud son etapas cruciales para la formación de hábitos, conductas y comportamientos. Los hábitos que se adquieran en esas edades pueden tener una importancia clave en la vida futura de las personas y permitirles o impedirles un pleno aprovechamiento de sus capacidades.

Si se tiene en cuenta lo expuesto anteriormente de que la salud es un producto social y la promoción y educación para la salud es la suma de todas aquellas acciones que aportan a la calidad de la salud, queda claro, entonces, que para alcanzar la formación integral y el bienestar de este grupo de edades, que por demás, marca el futuro de cualquier país, es necesaria una visión amplia e integradora del adolescente como protagonista de su propia transformación, al aprovechar sus potencialidades y creatividad (OPS, 2009 y 2010).

1.3 El cáncer cérvicouterino y la necesidad de su prevención en la adolescencia y juventud

Con respecto a la adolescencia Arés P. (2002:113) alerta que es en esa etapa donde "... aumentan los riesgos, ya que algunos adolescentes comienzan la actividad sexual, la ingestión del alcohol, el consumo de cigarrillos, el desafío a la autoridad como fuente de experiencia propia, al tiempo que se debilita la posibilidad de control

e influencia de los padres por las propias necesidades de independencia y separación del adolescente”.

Estas conductas de riesgo que aparecen entre los 15 y 25 años pueden estar originadas por una baja ilusión de aparente control y dominio de su realidad, la falta de concordancia entre la maduración biofisiológica y psicosocial, la búsqueda de una identidad, la influencia del grupo, la presencia de temores y confusión, el contraste y enfrentamiento a las normas y valores establecidos, así como su escasa previsión del futuro (Sueiro E., J. L. Diéguez, A. González, 1998).

Para Lara M. D., (2015) la adolescencia es un periodo crítico para actuar a nivel preventivo, pues es cuando se inician, por lo general, las conductas de riesgo para la salud y se abandonan o no se ponen en marcha hábitos de vida saludable. La OPS, (2010) coincide en que una estrategia importante es dirigirse a los adolescentes para ejercer influencia sobre los comportamientos antes de que se transformen en hábitos que pongan en riesgo la salud.

Por su parte, la OMS (2011) reconoce los embarazos precoces, los abortos, las infecciones de transmisión sexual, y el consumo de drogas como resultados de conductas de riesgos. Que en los adolescentes limitan sus oportunidades para la ejecución de un proyecto de vida adecuado y proporcionan afectaciones a su salud. Todas esas conductas de riesgo conducen a enfermedades crónicas, cuyos efectos pueden ser irreversibles en el futuro de los adolescentes y jóvenes. Una esas enfermedades es el cáncer. Hoy en día el cáncer, en sus diferentes tipos, lidera las causas de defunción a escala global; los datos emitidos por la OMS (2014) en sus informes acapara como promedio anual un 8,2 millones (60%) del número total de muertes anuales. Esta cifra se concentra en los países menos desarrollados. Aunque mucho se avanza en los métodos de diagnósticos tempranos, paradójicamente, la incidencia y mortalidad por cáncer continúa en ascenso, por lo que se estima un problema sanitario con prioridad a nivel internacional que puede prevenirse, en un 30%, con un modo de vida sano.

En el caso particular de adolescentes y jóvenes del sexo femenino una de las amenazas más serias para su vida futura es el CCU. A pesar que, en la actualidad,

constituye uno de los tumores malignos más conocidos en cuanto a su epidemiología, patogenia e historia natural, en las últimas décadas, aumenta su incidencia hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte. En el mundo es uno de los padecimientos más frecuentes, entre la población femenina, con un estimado de 528,000 nuevos casos y 266.000 muertes por cáncer cervical en todo el mundo en el 2012. América Latina y el Caribe tienen una de las mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervical en el mundo, en esta región ajustadas por edad las tasas de incidencia oscilan entre 20 y 80 por 100.000 mujeres por año, ya que a nivel mundial países como Perú, Colombia, Chile, Brasil y Ecuador ocupan los primeros puestos dentro de las tasas de incidencia más altas de cáncer de cervix. Según Pino M. (2016) en Ecuador el cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres, solo superada por el cáncer de estómago. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, ocupando el segundo puesto en incidencia después del cáncer de mama, con variaciones regionales importantes, así por ejemplo en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000).

Para Espín, et. al. (2012) el cáncer cervicouterino es considerado como un problema de salud pública de sumo valor, debido a que está relacionado con el virus del papiloma humano (VPH) y otros factores de riesgo como: la actividad sexual, el nivel socioeconómico, la no realización de exámenes periódicos y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros.

El cáncer de cervix se puede definir como un cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina. (NIH, 2016). La etiología del CCU es multifactorial, biología y conducta actúan de manera conjunta; aunque se aprecian avances muy importantes en la ciencia, en la tecnología médica y la farmacología, se reconoce que estos deben ir acompañados de procesos educativos, donde es cada vez mayor la evidencia del peso que tiene la conducta y los estados psicológicos sobre la salud de las personas (OPS, 2017).

El factor de riesgo más común del CCU es la exposición a ciertas variedades del Papillomavirus Humano (VPH). El VPH es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomático. Dada esta característica del virus, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte (Bosch, et al., 2002; Cabeza, E., 2008; Retana C. M., 2017).

Varios autores como Brinton L. A., et al., 1989; Bosch F. X., et. al., 1995, 2002; Bosch F. X., A. Lorinez, 2003; Cabezas, 2001; Rojas, 2010; Martínez Á. 2010; Ríos R. y A. Mendoza, 2012; Martínez M., J. C. de la Concepción, A. Pérez, 2014) aseguran que los hábitos sexuales que adopta la mujer a lo largo de su vida están muy asociados a los factores de riesgo del CCU. Otros factores de riesgo del CCU abordados por múltiples autores (Cabeza E., 2000; Escobar G. M., 2007; Chávez M., et. al. 2008; León G., et. al. 2009; Martínez Á., et al., 2010; Cartaya M., 2010; Dávila H. L., A. García, F. Álvarez, 2010; Rojas I., 2010; Salvant A., et. al., 2012; Retana C. M., 2013; CDC, 2013; Martínez M., J. C. de la Concepción, A. Pérez, 2014; NIH, 2015; OMS, 2015 b; Cordero J. y R. García 2015; Guzmán, N. C. 2018) son:

- ✓ Comenzar las relaciones sexuales antes de los 20 años. La precocidad en las relaciones sexuales juega un papel importante en la aparición del CCU, ya que son mayores las probabilidades de adquirir temprano una ITS y estas, en dependencia del caso, pueden inducir a la aparición del cáncer.
- ✓ Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18).
- ✓ Multiparidad. Está ligada a la presencia de lesiones pre malignas y malignas de cuello de útero muchas veces asociadas a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares.
- ✓ Tener parejas sexuales múltiples (dos o más parejas) o tener contacto sexual con alguien que tiene parejas sexuales múltiples. Guarda relación con la transmisión de otros agentes infecciosos, así como los carcinógenos presentes en el semen masculino.
- ✓ La no utilización del condón.
- ✓ Tener una historia familiar de CCU.

- ✓ Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer, y lo hace más vulnerable a la infección por el HPV.
- ✓ El uso de anticonceptivos orales prolongado. Existe un aumento de la incidencia de adenocarcinoma cervical en mujeres jóvenes que puede ser debido al uso de anticonceptivos orales antes de los 20 años. Esto se asocia a la disminución de los fosfatos en las células cervicales, que impide la función en las células megaloblásticas. ✓ Fumar. El hábito de fumar puede incrementar el riesgo de CCU, pues la nicotina, una vez en el torrente sanguíneo, al llegar al cuello uterino se transforma en un oncógeno capaz de inducir cambios mitogénicos en las células cervicales.
- ✓ Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).

El CCU es una patología de mujeres que se encuentran en plenitud de su vida sexual y reproductiva, específicamente en mujeres adultas; sin embargo, las estadísticas indican que se está manifestando en mujeres cada vez más jóvenes. En este sentido la bibliografía médica refiere que esta neoplasia aparece en los grupos etarios de 34-35 y 44-52 años como carcinoma in situ e invasor, respectivamente, pero llama la atención el hecho de encontrar pacientes con carcinoma in situ en edades tempranas

La detección oportuna del cáncer cervicouterino es, por lo tanto, un programa de salud pública de vital importancia, que se realiza bajo las directrices de la Organización Mundial de Salud (OMS), enfocado en el diagnóstico oportuno de la presencia de la enfermedad, mediante la identificación de cambios celulares del cuello uterino que puedan convertirse en cáncer de no tratarse de manera adecuada y oportuna, lo cual se logra a través de la prueba de Papanicolau (citología vaginal); también, se utiliza la prueba de determinación del Virus de papiloma Humano mediante el análisis de ADN, la cual determina la existencia de este virus en la mujer, siendo el responsable de la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino (SMO, 2016)

El programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino se fundamenta en el marco conceptual del MAIS relacionados con las actividades por ciclo de vida, en donde como parte de la identificación y seguimiento de riesgos biológicos para las mujeres de 20 a 64 años se realiza la detección oportuna de cáncer cervicouterino como medida preventiva, con el fin de realizar el manejo adecuado y temprano de esta patología.

Las estrategias involucradas en el diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino son: prueba de ADN para VPH por captura híbrida II, estudio de la citología cervicovaginal mediante la técnica de Papanicolaou. (MSP, 2017).

El Papanicolaou es un método de detección de cáncer de cuello uterino y de las lesiones precursoras por medio del raspado y obtención de células del cuello uterino que son posteriormente analizadas bajo microscopio. El objetivo de esta técnica consiste en clasificar lesiones y detectar anomalías antes de que empiecen a causar síntoma (MSP, 2015).

La importancia de la ejecución del programa radica en que, el cáncer cervicouterino es, de todos los tipos de cáncer, el de mejores posibilidades de ser pesquisado, tratado y curado, con alta relación de costo-efectividad, gracias a la prueba de Papanicolaou. Es así como, la detección se realiza por la técnica de carcinoma de cérvix en estadio IA, uno de los estadios más tempranos del cáncer, con una sobrevivencia de 5 años cercano al 99%, mientras que la sobrevivencia en las mujeres con estadio IV, uno de los más avanzados, es de apenas el 15 al 20%, según la Federación Internacional de Ginecología (FIGO) citado por Gody, 2015.

Por ello, mientras más mujeres se realicen el tamizaje uterino, se reduce la probabilidad de encontrar cáncer en estado avanzado en las pacientes, porque se las detecta en etapas tempranas. Las metas óptimas del programa según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del método de tamizaje de citología es del 80% en los países miembros, sin embargo, las coberturas del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC) son bajas, a nivel nacional en el 2008 alcanzaron el 28% y en Riobamba para el año 2016 son de apenas el 14,81%.

La evidencia científica acumulada ha permitido demostrar y describir, de forma indiscutible, que el cáncer de cuello uterino es una secuela de una infección persistente producida por ciertos genotipos del VPH, por ende, la vacuna contra este virus en los últimos años ha tomado protagonismo dentro de la prevención del cáncer cervicouterino en apoyo a la toma de muestra para el estudio de Papanicolaou que maneja el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino según MSP (2017). Sin embargo, además de la vacunación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la prevención del virus del VPH se realiza mediante la adopción de conductas que reduzcan el riesgo de contagio, tales como el uso del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales y la abstención de toda actividad sexual (OPS, 2013).

En Ecuador, el esquema básico de vacunación ejecutado a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud Pública, incluye la vacuna contra el VPH a la población femenina de 9 a 11 años, la cual se aplica en dos dosis y tiene una eficacia comprobada mayor al 95%, y se constituye en parte fundamental de la estrategia nacional de salud para la prevención del cáncer uterino.

Shepherd (2011) y OMS (2017) destacan que las intervenciones conductuales en mujeres jóvenes que intentan promover conductas sexuales que las protejan de la transmisión de las ITS pueden ser efectivas, en la estimulación del uso de preservativos. Pese a las evaluaciones futuras, deben incluir un mayor énfasis en el HPV y su vínculo con el cáncer de cuello de útero, con seguimiento a largo plazo para evaluar la repercusión sobre el cambio de conductas, las tasas de infección por el HPV y la progresión al cáncer de cuello de útero.

En una intervención educativa realizada en el municipio de Nuevitas (Camagüey, Cuba) respecto a la relación existente entre las relaciones sexuales precoces y la aparición del CCU, se afirma que se puede conseguir un cambio positivo de conocimientos en las adolescentes (Chávez M., et. al. 2016). De igual forma, García R. M., T. Torres y M. Rendón, 2011) hace un estudio sobre conocimientos del CCU en adolescentes, en Matanzas, y llega a la conclusión de que lo más frecuente es que los adolescentes no recibe información sobre la prevención del CCU, tanto en

el sexo masculino como en el femenino; pocos adolescentes identifican el VPH, como factor de riesgo en la génesis de este tipo de cáncer; por último, casi la generalidad poseía un nivel bajo de conocimientos para la prevención de esta patología.

Resultados similares se obtienen en otros países de Latinoamérica como es el caso de, la intervención educativa de Quispe Huanta en Bolivia, que más tarde se llega a convertir en un programa educativo para adolescentes en la ciudad La Paz. (Chávez M., et. al., 2017).

Otra intervención educativa interesante es la que se realiza en Venezuela con el objetivo de modificar conocimientos en los adolescentes, relacionados con la prevención del CCU. Demuestran la efectividad de la intervención, ya que se modifican los conocimientos inadecuados de las adolescentes del estado de Zulia sobre la prevención del CCU y se recomienda extender este tipo de estudio a otros centros, así como diseñar estrategias de intervención (Díaz A. G. et. al., 2017).

En Chile, Urrutia MT., Concha X, Riquelme G., (2012:8) señalan la importancia de la educación a la población adolescente respecto del VPH y su relación con el CCU: —Estudios han demostrado que la entrega de información relativa al virus, además de incrementar el conocimiento propiamente tal, incrementa la percepción de riesgo de desarrollar CCU. La falta de conocimiento determina la necesidad de instaurar programas educativos en edades tempranas que permitan a la población joven optar por comportamientos sexuales seguros una vez que inicien su vida sexuall.

Otros autores como Martínez M., J. C. de la Concepción y A. Pérez (2017) abordan la necesidad de trabajar la promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo del CCU. Refieren que para elevar la percepción de riesgo, se impone la necesidad de conocer el valor a la salud de la población femenina desde su propio entorno cultural. Insisten en que la promoción de salud para el programa de detección precoz del CCU se logra con actividades educativas con concertación intersectorial y la participación activa de la comunidad en las que se involucre a la mujer y la familia, y se desarrollen acciones personalizadas y grupales que eleven la percepción de riesgo del CCU.

Ortega, G. (2017) en una publicación realizada en Ambato, determinó que los factores que influyen en la baja cobertura del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC) son: el desconocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el alto nivel de prevención que posee al realizarse la toma de muestra de citología cervicouterina, el desconocimiento sobre el Papanicolaou, la vergüenza de mostrar los genitales al personal de salud, la percepción de que el Papanicolaou es una prueba dolorosa y cara, la lejanía del dispensario de salud y la despreocupación, aun sabiendo la importancia de la prueba para detectar si existe cáncer o no.

Por lo antes expuesto, se puede aseverar que lo más importante y efectivo en la percepción del riesgo e incremento de conocimiento acerca del CCU son los programas de promoción y educación de salud. Si bien, se nota una falta de sistematicidad en las investigaciones y los programas de promoción de salud dirigidos a la problemática. El CCU se puede prevenir por medio de los cambios en los estilos de vida desde la adolescencia, pero se requiere de un abordaje intersectorial e integrado, dado que su control y prevención depende de la voluntad de los sujetos para cambiar su estado de salud y de las políticas públicas e intervenciones de salud y socioeducativas. A manera de síntesis este capítulo puede cerrar con las siguientes afirmaciones:

- La promoción y educación para la salud tienen una larga y rica trayectoria histórica que revela la evolución de ambos conceptos; la estrecha relación entre los dos, sin perder su identidad propia.
- El concepto y las concepciones sobre la percepción de riesgo tienen su base, esencialmente, en diferentes teorías de la psicología social, que pueden servir de referencia para su contextualización en el marco de las conductas de los sujetos.
- Por las características de los adolescentes y los jóvenes están identificados como los grupos donde más bajos niveles de percepción del riesgo existe originado, fundamentalmente.
- El cáncer cervical o de cérvicouterino es el segundo tipo de cáncer más común

en mujeres. Las causas o factores de riesgo de este cáncer deben conocerse desde la adolescencia y la juventud para tratar de evitarlas.

CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO INICIAL. PROPUESTA DE ACCIONES EDUCATIVAS. EVALUACIÓN FINAL

Este capítulo abarca las respuestas a las preguntas científicas y los resultados de las tareas investigativas relacionadas con el diagnóstico del estado actual de la percepción de riesgo del CCU en las adolescentes seleccionadas, la propuesta de acciones educativas, con su respectiva concepción teórica y práctica, así como la evaluación de los efectos originados en la muestra seleccionada.

2.1 Diseño de la investigación

El estudio propuesto se sustenta en la concepción dialéctica materialista que permite usar variados métodos, y acceder a comprender de forma integral la caracterización de la realidad en estudio, es decir, su diagnóstico. De las particularidades identificadas se obtienen las demandas que deben ser resueltas mediante las acciones educativas.

Todo ello, hace posible la complementariedad en el empleo de los siguientes métodos a propósito de obtener un conocimiento más abarcador de la realidad investigada e integrar los análisis de la información:

El experimento pedagógico (de carácter formativo), en la modalidad de diseño preexperimental (se le llama también secuencial, sucesional o cíclico). Se escoge esta variante de experimento porque es la que más posibilidades tiene de ajustarse a la metodología de investigación que se emplea, a las características de la muestra, a las condiciones y recursos con que se cuenta y al tiempo que se dispone para conocer, provocar, comprobar e interpretar las transformaciones que puedan ocurrir en los sujetos y poder realizar las adecuaciones y ajustes.

Dentro de las características que más lo distingue se encuentran:

La selección de un grupo real (natural) de sujetos que funciona solo como experimental.

- La alternativa de cambio propuesta parte de problemas objetivos y singulares detectados en la práctica educativa.

- Las condiciones en las que transcurren son las habituales donde tiene lugar la actividad de los sujetos.
- Se lleva un mínimo control de las influencias que ejercen los factores colaterales para evitar posibles interferencias.
- Cuenta de tres momentos fundamentales: diagnóstico inicial (pre-test), implementación de la propuesta de cambio con algunos controles parciales; y evaluación final (post-test) para poder determinar los niveles de cambio y evolución ocurridos en los sujetos seleccionados.

Las tres etapas que fijan la programación y conducción del experimento se organizan, poco más o menos, de la siguiente manera porque esta división responde a cuestiones de índole metodológicas, consciente de que en la práctica, como ya se dice al inicio, es muy flexible y dinámica toda esa planificación.

1. Reflexión y constatación inicial

- a. Seleccionar la muestra de las adolescentes con ayuda del equipo de salud del Área Nº 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz, en la Unidad Educativa "San Felipe Neri". Pedirles información para la caracterización de las adolescentes seleccionadas.
- b. Intercambiar con el equipo de salud del Área Nº 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz, en la Unidad Educativa "San Felipe Neri" y solicitarles información sobre algunos de los indicadores establecidos, de los métodos e instrumentos a utilizar para el diagnóstico y la evaluación.
- c. Intercambiar e informar al el equipo de salud del Área Nº 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz, en la Unidad Educativa "San Felipe Neri" y las adolescentes seleccionadas sobre la investigación. Pedirles sus criterios, dudas, recomendaciones acerca del fenómeno a estudiar, así como de los indicadores establecidos, de los métodos e instrumentos a utilizar para el diagnóstico y la evaluación. Solicitarles datos e información que ayuden al diagnóstico de la situación real de ese fenómeno y también recomendaciones para las acciones a desplegar.
- d. Dialogar con las adolescentes seleccionadas para motivarlas, sensibilizarlas y ofrecerles información sobre la investigación. Preguntarles sus inquietudes y expectativas. Solicitarles su cooperación y explicarles en qué consistiría. Analizar

los indicadores de manera conjunta. Pedirles recomendaciones e ideas de cómo organizar e implementar las acciones.

e. Aplicar los métodos para acopiar la información de la práctica. Procesar la información. Caracterizar a las adolescentes seleccionadas. Determinar el estado real de los indicadores establecidos. Identificar las potencialidades.

2. Planificación, organización y ejecución de las acciones de educativas

a. Ejecutar una sesión de trabajo (individual y/o colectivo) con representantes del equipo de salud del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz, en la Unidad Educativa "San Felipe Neri", para informarles los resultados finales del diagnóstico y analizar la propuesta de las acciones y su implementación desde las escuelas saludables.

b. Realizar una reunión con las adolescentes seleccionadas para informar y debatir los resultados del diagnóstico, la propuesta de las acciones y la concepción para su implementación.

c. Mantener intercambios grupales e individuales con las adolescentes, así como con el equipo de salud del Área N° 6 Guano-Penipe, Parroquia Veloz, en la Unidad Educativa "San Felipe Neri" que garantizan la aplicación, los ajustes y reorganización de las acciones.

d. Aplicar algunos métodos científicos que ayudan al control de la instrumentación de las acciones educativas y a la evaluación parcial de los resultados.

3. Reflexión y constatación final.

a. Repetir los métodos para evaluar los efectos derivados de las acciones educativas.

b. Realizar una reunión con las adolescentes y el resto de los sujetos implicados para debatir los resultados y perfeccionarlos.

La entrevista en profundidad se aplica al inicio y al finalizar el experimento. Tiene como fin conocer concepciones y manifestaciones asociadas a los indicadores establecidos para la percepción de riesgo del CCU y la valoración del estado de esos indicadores en las adolescentes seleccionadas.

Se elabora sobre la base de la guía temática que aparece en el (anexo 1) y se formulan las preguntas según la función de los sujetos entrevistados.

Se aplica al médico, a dos enfermeras, al psicólogo, a 4 técnicos de atención primaria de salud, y a 4 asistentes. Según la función de cada uno, se proyectan las preguntas.

Se considera informal y abierta, más bien, consiste en un intercambio que no sigue un formulario predeterminado de interrogantes escritas. Solo contemplan los aspectos más generales que desea indagar el autor (incluso sin seguir estrictamente un orden) y a partir de ellos elabora otras preguntas que puedan surgir durante la entrevista por interés de ampliar, aclarar, profundizar en algún aspecto, o precisar en algún dato.

Se logra en cada entrevista un clima agradable y animado con los entrevistados que posibilitan al investigador no perder de vista todas las manifestaciones emocionales y reacciones motrices (lenguaje gestual) de los mismos y que complementan la información verbal. El entrevistado tiene derecho a la libre expresión de sus ideas sin interrumpirlo ni contradecirlo. Solo se escucha y refuerza con alguna apreciación personal para estimular la conversación y que fluya de la manera más natural posible. Tampoco se emiten juicios ni criterios anticipados sobre los aspectos que se tratan ni se dan conclusiones al terminar, solo el agradecimiento y la satisfacción de la colaboración. Se respetan las palabras y las ideas con se expresan y se transcriben con la mayor fidelidad posible.

La entrevista grupal se aplica solo a las adolescentes (sin la presencia del equipo de salud) con el propósito de conocer la visión colectiva que predomina de la percepción de riesgo del CCU y ahondar en las causas y consecuencias del CCU. Se desarrolla al inicio y al final del experimento.

Se interroga sobre los siguientes aspectos:

1. El CCU. Qué saben sobre él y qué quisieran saber.
2. Importancia que le conceden al conocimiento sobre el CCU.
3. Las vías por la que han recibido esa información, la más efectiva y por cuáles les gustaría recibir.

4. Los hábitos de consumo que conocen. Los que más se practican. Opinión al respecto.
5. Los hábitos de higiene personal y colectiva. Opinión al respecto.
6. El establecimiento de las relaciones interpersonales en la escuela, en la familia y en el lugar de residencia.
7. El compromiso por divulgar lo que aprenden.
8. La práctica de relaciones sexuales. Criterios sobre ese asunto.
9. Valoración general que tienen de la percepción de riesgo del CCU.

Se procede de la siguiente forma:

1. Aplicación de una técnica de animación y relajamiento.
2. Selección de una relatora.
3. Información del objetivo y de los aspectos a interrogar.
4. Formulación de las primeras preguntas.
5. Escribir en la pizarra las ideas que se repiten.
6. Debatir aquellos aspectos que lo requieran.
7. Resumir los elementos fundamentales.
8. Evaluar el desarrollo de la actividad y agradecer la cooperación prestada.

Además se tiene en cuenta algunos elementos que ayudan al buen desarrollo de la misma:

- ✓ Dejar hablar al entrevistado sin interrumpirlo para que exprese con libertad sus ideas.
- ✓ Respetar las palabras y las ideas tal como la expresan.
- ✓ No adelantar ninguna opinión ni emitir juicios sobre la preparación.
- ✓ Prestar mucha atención e interés durante la conversación.
- ✓ Se colocan en una posición circular y la investigadora entre ellas.
- ✓ También se observan las expresiones gestuales y mímicas que refuerzan el lenguaje verbal.

La observación tiene el objetivo de obtener información primaria sobre la percepción de riesgo de las adolescentes que ayuda a comprobar lo que aporta la entrevista grupal y la individual al resto de los profesionales que interactúan con

ellas. Contempla los siguientes objetivos y se elabora una guía (anexo 2) para facilitar el registro de la información:

- Evaluar el estado de percepción de riesgo que tienen las adolescentes sobre el cáncer cérvico uterino.
- Identificar los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino que se evidencian en las adolescentes.
- Caracterizar el tratamiento de la promoción y educación para la salud relacionado al cáncer cérvico uterino.
- Con la intención de lograr calidad en la aplicación de la observación se tiene en cuenta los siguientes requerimientos:
- Organizar bien las sesiones de observación a las diferentes actividades donde se manifiesta la percepción de riesgo hacia el CCU.
- Combinar las observaciones con el diálogo como otro método de comunicación informal para lograr extraer información necesaria sobre aquellos aspectos que no se aprecian con claridad durante la observación y otros en los que se requiere ahondar.
- Registrar la información en el curso de la observación —siempre que la actividad lo propicie— o inmediatamente después para evitar omisiones o tergiversación de la información.
- Distinguir bien en las anotaciones los datos que constituyen descripciones exactas de lo acontecido y aquellos que son apreciaciones y/o interpretaciones de lo observado. El estudio de documentos permite analizar el contenido de los documentos oficiales vigentes emitidos por el Ministerio de Salud Pública. Los documentos oficiales se limitan a la resoluciones, circulares, programas que están asentados en la bibliografía. Más otros documentos relacionados con informes estadísticos que aportan datos de la situación del CCU.

La encuesta se le aplica a las adolescentes de la muestra con el propósito de recoger información y criterios acerca de la percepción de riesgo del cáncer cérvico uterino. El cuestionario aparece en el anexo 3.

Una escala autovalorativa que se aplica a propósito de que cada adolescente realice una autoevaluación de su situación con respecto a los indicadores y determinen ellos el nivel de desarrollo en que se encuentran; de este modo, se conoce la apreciación que ellas tienen de sí mismas y poder confrontarla con la información que emiten los otros sujetos que dan criterios. En cada indicador se establecen diferentes grados que van desde el nivel inferior o mínimo valor que puede manifestar, hasta el nivel superior o valor máximo que puede alcanzar. Cada adolescente debe elegir el que considere más apropiado según su valoración. La escala elaborada aparece en el anexo 4. La información que se obtiene se corrobora y amplía por la que aportan el resto de los instrumentos. Se aplica al inicio y al final del experimento. En el momento de su aplicación se procede de la siguiente forma:

1. Aplicación de una técnica de animación que ayuda a crear un ambiente de relajamiento.
2. Información del objetivo.
3. Entrega del instrumento elaborado.
4. Explicación de las instrucciones para que puedan trabajar con la escala elaborada.
Aclaración de dudas.
5. Emisión de alguna opinión sobre la calidad del instrumento.

La triangulación tiene carácter múltiple porque se concibe en función del uso de los métodos anteriores, de las personas que intervienen y de los datos recopilados, en virtud de combinar de manera acertada la información obtenida sobre los indicadores, lo cual permite una aproximación más comprensiva, clara y precisa desde visiones diferentes en la solución del problema de investigación y poder presentar los resultados iniciales y finales en su concepción general.

2.2 Caracterización general del contexto donde se desarrolla la investigación

El Centro de Salud N° 6 se inauguró aproximadamente hace 45 años. A mediados del mes de Noviembre de 1976, en una de las tantas reuniones del Comité de Gestión se reestructura nuevamente el área de salud, llamándola área 6 Riobamba-Chambo- Penipe.

El Área N° 6 consta de 22 unidades, distribuidas en el área Guano-Penipe:

Centro N° 1 – Guano – San Isidro – San Andrés – Penipe – Chazo – Chingazo – Pungal – San Gerardo – Tuntatacto – Matus – Nabuzo – La Josefina – Chocaví – El Altar – Ilapo – Bayushig – San Pablo – Santa Fe de Galán – Tatacto- Balsayan-Candelaria.

El Centro de Salud N° 1 se encuentra ubicado en la zona urbana de la ciudad de Riobamba, en la Parroquia Veloz, sus límites son:

- Al Norte, la calle Pichincha.
- Al Sur, la calle Loja.
- Al Este, la calle Primera Constituyente.
- Y al Oeste la Avenida 9 de Octubre.

2.3 Situación inicial de la percepción de riesgo sobre el cáncer cérvico uterino en los sujetos de la muestra

Para facilitar su medición se precisan las dimensiones e indicadores como las manifestaciones y evidencias que mejor pueden dar una información sobre su estado en la práctica, elaboradas, también por el autor, sobre la base de las dificultades detectadas como situación problémica, el objetivo de la investigación, los elementos teóricos que aparecen en el Capítulo I, así como se toman de referencia las opiniones de especialistas de salud en el tema del CCU.

Dimensiones	Indicadores
En lo cognitivo (El panorama en esta dimensión se determina por el dominio que muestran las adolescentes al expresar sus conocimientos sobre el CCU)	Definición del concepto de CCU
	Reconocimiento de los síntomas del CCU
	Identificación de los factores de riesgo (biológicos y sociales) del cáncer cérvico uterino
	Reconocimiento de las consecuencias personales, sociales y económicas del CCU

	Identificación de la conductas a seguir en la prácticas de las relaciones sexuales (estable-inestable y protegidas protegida)
	Tipificación de los hábitos de consumo (tabaquismo, alcoholismo, drogas)
En lo motivacional (Las evidencias en esta dimensión se aprecian en aquellas manifestaciones y acciones que revelan el interés de (las) adolescentes por aprender y profundizar en los temas tratados y la importancia que le conceden a lo que saben para su salud)	Deseos de aprender sobre los temas que se trabajan
	Avidez por leer y buscar información sobre el CCU
	Importancia que le otorga al cuidado de su salud (autocuidado y autoestima) y a la de los demás
En lo conductual (Las señales en esta dimensión se perciben en actitudes, habilidades, hábitos o situaciones específicas que exteriorizan el modo de actuación del estudiante)	Cumplimiento de las reglas de higiene personal y colectiva
	Responsabilidad en la práctica de las relaciones sexuales
	Prácticas de hábitos de consumo
	Establecimiento de relaciones sociales de amistad (en el grupo, en el albergue, en los pasillos, entre otros escenarios)
	Compromiso por divulgar lo aprendido sobre el CCU
	Índice de asistencia a las actividades que se desarrollan

Para poder emitir un criterio sobre la percepción de riesgo hacia el CCU que tienen las

adolescentes al inicio y al final de la investigación se definen tres categorías (anexo 5) que van desde los niveles bajo (I), medio (II) y alto (III) en función de valorar cómo se comportan los indicadores antes señalados y como tal cada dimensión que se complementa desde el punto de vista cuantitativo con una escala ordinal (anexo 6) donde se le asigna un valor a cada dimensión y en general al nivel de percepción de riesgo sobre el CCU.

Los resultados del estado inicial de la percepción de riesgo atendiendo a las dimensiones e indicadores se exponen en su proyección individual y grupal. Los análisis y valoraciones juicios que a continuación se ofrecen se generan a partir del cálculo porcentual por frecuencia y la apreciación cualitativa de dichas categorías (o niveles).

El resumen de toda la información obtenida después de aplicar el método de la triangulación revela que ninguna adolescentes se encuentra en el nivel alto. De los 30 el 50% se encuentra en el nivel bajo y el 50% en el medio. Tanto en los sujetos de la muestra como en el resto de las personas implicadas en la información que emiten, predominan los criterios y niveles de satisfacción aceptable y desfavorable de una buena parte de los indicadores establecidos.

Un análisis por dimensiones permite apreciar que la más afectada es la cognitiva, el 86,6% se ubican en el nivel bajo y el 13,3% en el medio. Ninguna adolescente logra situarse en el nivel alto. Se comprueba por medio de los diferentes métodos y las coincidencias de los datos que aportan los sujetos de la muestra y el resto de los que se entrevistan que existe poco dominio de conocimientos teóricos sobre el CCU. Esta situación atenta contra el papel que juega el conocimiento científico como elemento medidor para evaluar las consecuencias del riesgo y evitar o luchar contra esa enfermedad. No hay duda, de que una adolente bien preparada, teóricamente, es capaz de asumir una conducta saludable que la ayude a prevenir la enfermedad. A continuación se ofrece un análisis general de cada uno de los indicadores que se contemplan en esta dimensión:

Se demuestra el poco dominio del concepto de CCU, la mayoría se ubican en el nivel bajo para un 86,6% quienes lo asocian, en sentido general, a tumores malignos, a las etapas clínicas del cáncer conocidas, comúnmente, como los NIC (I, II, III), sin tener conocimiento del significado de la sigla (Neoplasia Intrapitelial Cervical); a un tipo de enfermedad del interior, entre otras respuestas. En el caso del 13,3% de las adolescentes se ubican en el nivel medio sí refieren con mayor tecnicismo que el CCU se basa en el crecimiento de células malignas en el cuello del útero.

En la entrevista grupal por las respuestas a coro y las expresiones del rostro se aprecia cierta inseguridad al exponer las ideas, muestran cierta timidez y temor al hablar. Esta apreciación coincide con los resultados de la autovaloración donde el 100 % de las adolescentes se ubican en el nivel bajo, lo cual denota una correcta autovaloración de este indicador y con los de la encuesta donde el 40% admite no tener ningún conocimiento sobre el tema y el 60% marcan que el CCU es una enfermedad prevenible.

Se constata un nivel predominantemente bajo en el conocimiento de los síntomas del cáncer cérvicouterino con un 93 %, solo el 7% lo relacionan con dolores crónicos bajo vientre y sangramiento intermenstrual. Así lo corroboran en su autovaloración donde solo el 13.3% se evalúan en el nivel medio y una en el alto. En los instrumentos aplicados encuesta, entrevistas y observación se puede evidenciar la ausencia de acciones de promoción y educación para la salud con este tema.

Se aprecia un escaso conocimiento con respecto a los factores de riesgos. El 100% de las adolescentes se ubican en el nivel bajo (esa cifra coincide, exactamente, con la autoevaluación), solo saben reconocer la ITS (infecciones de transmisión sexual), pero lo dicen con los siguientes términos: enfermedades de transmisión sexual y enfermedades venéreas sin asociarlo como una causa probable del cáncer. Por su parte, las ubicadas en el nivel medio reconocen las anteriores, los malos hábitos de consumo y el uso de anticonceptivos.

Esta valoración se complementa con la información que aporta la pregunta 4 de la encuesta que tiene que ver con algunas creencias que existen alrededor de este tipo de cáncer. En las respuestas se pudo comprobar que el 80% no tiene creencias acertadas sobre el CCU, el resto alcanzó buena calificación.

Según resultados de la calificación, las creencias erradas más arraigadas son:

- ✓ El cáncer solo afecta a las personas mayores.
- ✓ Las adolescentes no se enferman de cáncer cérvico uterino.
- ✓ Las causas del cáncer cérvico uterino son: la mala alimentación, tener mala higiene genital.
- ✓ Las pastillas anticonceptivas son la mejor vía para evitar el embarazo.

Las creencias más acertadas son:

- ✓ El condón o preservativo es lo más eficiente para protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- ✓ Las mujeres pueden tener cáncer cérvico uterino y no darse cuenta de los síntomas.
- ✓ El virus de papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual.
- ✓ El hábito de fumar es factor de riesgo de distintos tipos de cáncer entre ellos el cáncer cérvico uterino.

En relación a no tener ningún tipo de conocimiento, las adolescentes señalan:

- ✓ Las pastillas anticonceptivas son la mejor vía para evitar el embarazo.
- ✓ El cáncer cérvicouterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.
- ✓ Una persona joven que se ve saludable no tiene el virus de papiloma humano.

Relacionado con las consecuencias personales, sociales y económicas las adolescentes se encuentran en un nivel de bajo conocimiento el 93%, coincidiendo con su autovaloración, no pueden discernir con claridad en una repercusión de carácter social o económica de enfermar por este cáncer y se refleja en las respuestas, aun cuando en lo personal infieren empatía reflejada en su propia vulnerabilidad por el hecho de ser mujeres, sin embargo no conocen que puede ocurrir ante una enfermedad como es el CCU. Solo 2 adolescentes manifiestan un nivel medio al reconocer que el CCU interfiere en la vida de la mujer ocasionándole dolor y hasta la muerte.

El aspecto de la identificación de la conductas a seguir en la prácticas de las relaciones sexuales es uno de los más favorecidos, pues el 6.6% están en la categoría alta y un 66% en el nivel medio. Ellas reconocen la necesidad de estabilizar las relaciones de parejas y la responsabilidad en la protección. El 26.6% están en el nivel bajo solo refieren el cuidado y protección de maneja general.

Este indicador revela una situación bastante aceptable, el 70% se ubica en el nivel medio y el 20% están en el nivel alto, de un modo u otro saben tipificar cada uno de los hábitos de consumo (alcoholismo, tabaquismo y droga). Aluden algunas de las causas y consecuencias de estas adicciones.

Como es lógico, la falta de conocimientos limita el nivel de motivación que tienen las adolescentes las que genera a su vez dificultades en la aplicación y el proceder de los sujetos de la muestra y de aquellos sobre los que ellos actúan. Así lo confirma la siguiente descripción de los indicadores que conforman la dimensión motivacional: tanto el técnico de atención primaria de salud como el resto de los sujetos entrevistados aseguran que en el área de salud organizan el trabajo hacia la promoción y educación para la salud, pero que el tema del CCU, desde el punto de vista científico, no ha sido trabajado con las adolescentes y reconocen no haber desarrollado en la institución ninguna actividad de promoción o educación para la salud sobre este particular. Reconocen que también a ellos les faltan conocimientos profundos sobre este tipo de cáncer.

Estas valoraciones se confirman en los datos que ofrece la entrevista grupal y la encuesta a las adolescentes donde se señala que los conocimientos sobre enfermedades, como el cáncer, los obtienen por los medios de comunicación (TV, radio, internet, foros sociales) con un 18%, seguido de la madre y el médico con 17% cada uno, la escuela 12%, los libros 11%, el padre 9%, amistades 8%, pareja 6% y por último otros familiares, como abuela y tíos 2%. La situación descrita con anterioridad acerca del nivel de conocimientos tiene relación con la motivación que muestra un panorama similar ya que el mayor porcentaje de las adolescentes el 63% se sitúan en el nivel bajo y el 26,6% en el medio, solo el 10% se colocan en el nivel alto.

Las adolescentes manifiestan pocos deseos de aprender sobre el tema, más bien, se aprecia desgano en las respuestas cuando se les pregunta en la entrevista grupal y se observa en las expresiones gestuales cierto desinterés. Sin embargo, cuando se les explica, sobre todo, lo que pueden aprender y cómo pueden adquirir estos conocimientos por las acciones que se van a instrumentar, cambian la expresión del rostro y afirman que sí les gustaría aprender.

El indicador más favorecido en esta dimensión resulta el de la importancia que le otorgan al cuidado de su salud (autocuidado y autoestima) y a la de los demás; admiten preocuparse por tener un estilo de vida sano que se traduce en práctica de

deporte, no tener hábitos de consumo, buena nutrición. Así lo corroboran en la autoevaluación al no colocarse ninguno en el nivel bajo. Manifiestan, igualmente, una adecuada autoestima, incluso en algunas es alta, según las observaciones realizadas hasta el momento. Pero, en estas apreciaciones no tienen en cuenta ni asocian la necesidad de saber y aprender sobre esta enfermedad, tal como se vio anteriormente. Por otra parte, ningún estudiante conoce los principales problemas que afectan la salud en el grupo ni supieron reconocer las habilidades para cuidar de la salud personal y colectiva. Es evidente que los procesos examinados (cognitivo y motivacional) determinan, en gran medida, el estado de la conducta de las adolescentes por la correlación que hay en los resultados, así se corrobora en los indicadores que a continuación se presenta su situación:

Respecto al cumplimiento de las reglas de higiene personal y colectiva se comprueba mediante la observación y autoevaluación que las adolescentes manifiestan una adecuada higiene y apariencia personal.

En lo relacionado con el comienzo de las relaciones sexuales, el 68% de las adolescentes encuestadas afirman haberlas tenido. De estas, el mayor porcentaje las tienen entre 16 y 17 años con un 35.7%, seguido por un 32.1% que las comienzan antes de los 15 años. Solo un 32% alega no haberlas tenido aún. De esta forma se comprueba el fuerte factor de riesgo de índole social relacionado con el comienzo temprano de las relaciones sexuales, así mismo un alto índice de las encuestadas (67.9%) admiten la existencia de relaciones promiscuas.

Este indicador fue marcado medio y alto en su totalidad por las adolescentes en la autoevaluación, lo que guarda relación con las características antes expuestas relacionadas con sus creencias de invulnerabilidad y la búsqueda de independencia. En la entrevista grupal expresan sus opiniones sobre la necesidad de protección, en este sentido se nota la preferencia de las adolescentes por el uso de los métodos anticonceptivos de barrera como el condón y algunas admiten tomar las pastillas anticonceptivas. A pesar de las carencias que se notan sobre el tema un 28.3% de encuestadas, reconocen que los temas de educación sexual no son suficientes. A pesar de tener los conocimientos sobre los hábitos negativos de consumo, como el

tabaquismo, la ingestión de bebidas alcohólicas u otras drogas recreativas, marcado como un nivel medio y alto por la autoevaluación, salta a la vista la controversia que durante la encuesta el 57.1% admiten tener hábitos negativos de consumo, de igual manera lo ratifican en la entrevista grupal.

El 100% refieren cumplir con el compromiso por divulgar lo aprendido sobre el CCU, el cual lo relacionan, fundamentalmente, con informar a los amigos a la vez de la preferencia que demuestra un 6% de ser informados directamente por ellos.

Al conciliar los datos de las tres dimensiones es obvio que el nivel de percepción de riesgo hacia el CCU es bajo porque en la información que aportan tanto las sujetos de la muestra como el resto de las personas implicadas son respuestas, por lo general, muy limitadas, algunas incorrectas, o responden que no saben; además emiten criterios, opiniones y niveles de satisfacción, más bien, negativos sobre algunos de los indicadores establecidos en el conjunto de los métodos aplicados.

2.4 Fundamentación y propuesta de las acciones educativas

Teniendo en cuenta los referentes que sustentan teóricamente esta investigación, así como los resultados del diagnóstico el autor considera que la solución más conveniente y factible al problema científico es la aplicación de acciones educativas. En realidad, las acciones educativas constituyen una vía rápida para lograr cambios e identificar en corto tiempo los resultados formativos que se pueden lograr en los sujetos, desde la integridad y la complejidad de la percepción de riesgo como un todo, a partir de las relaciones internas que están presentes en ese proceso desde el punto de vista cognitivo, afectivo, volitivo y social.

Las acciones educativas que se proponen se insertan en el marco de las propias actividades de promoción y educación para la salud que se desarrollan en la atención primaria de salud, enfocadas, fundamentalmente, a la percepción de riesgo del CCU. Son acciones que van a contribuir a incrementar los conocimientos de las adolescentes sobre esta enfermedad, a elevar su interés por conocer más sobre la misma y a reflexionar sobre modos de actuación que puedan ayudar a su prevención.

Para sustentar la utilización de las acciones como aporte científico se recurre al concepto de Lima L. (s/f: 6), que se refiere a acciones desde esa perspectiva:

“(…) las acciones, como resultado científico, pueden utilizarse como herramienta para un logro científico a mediano y a corto plazo, para trazar la vía adecuada que determine un resultado final. También pueden planearse dentro de las formas de organización de un proceso, utilizándose en función del objetivo trazado. Este autor insiste en que “(…) cuando se pretende obtener un conocimiento específico o cuando el resultado a lograr es a largo plazo, no es necesario diseñar acciones.

Porque para eso existen otros tipos de resultados”

El concepto que ofrece es muy pertinente para esta investigación, cuando expresa que: —las acciones son aquellos momentos que intervienen en determinados procesos y que a su vez demuestran que se está en presencia de una orientación hacia una forma de actuar, identificando los pasos necesarios que el sujeto debe cumplir para garantizar la proyección prevista como resultado de la actividad investigativa. Por lo que deben formularse hacia la orientación de una condición que no puede dejar de cumplirse para el logro del objetivo propuesto. (Lima 2013).

Lima precisa que el tipo o nombre general que se le pueda dar a las acciones está en dependencia del objetivo (o fin consciente) que se desee alcanzar y de la unidad de análisis de la investigación. Este material ofrece otros aspectos que ayudan a fundamentar y concebir desde el punto de vista metodológico a las acciones como aporte práctico en una investigación y que la autora retoma y adecua al contexto de su investigación, tales como: los pasos para identificar las acciones a partir del tema investigado y los componentes que conforman la estructura de la acción desde esta perspectiva.

Pero siempre que se hable de acciones, como bien afirma Lima, en el campo de la Pedagogía es de obligada referencia postulados teóricos de algunos de los representantes de la concepción histórica-cultural de Vigotsky L. S. (1981, 1988). Es una teoría que fundamenta desde la psicología marxista leninista al proceso pedagógico y, en este caso, son valiosos los aportes sobre la estructura general de la actividad humana y sus principales componentes: las acciones y operaciones,

cuyos principales exponentes son: Leontiev A. N. (1979, 1981), Galperin P. (1982), Talízina,

N. F. (1987). Ellos son los que tienen el mérito de concretar la tesis marxista de la génesis de la acción humana y la del status peculiar de la finalidad de la acción. En Cuba son valiosos los aportes de González Maura V. (1995).

Al analizar la estructura interna de la actividad, según estos autores, consideran que esta transcurre por medio de diferentes procesos que el ser humano efectúa, guiado por una representación anticipada de lo que espera alcanzar con dicho proceso. Esas representaciones anticipadas constituyen propósitos, fines u objetivos, que son conscientes; ese proceso que ocurre orientado a la obtención de esos fines, es lo que denominan acción. Dicho de otro modo: las acciones constituyen procesos subordinados a objetivos (o fines, o propósitos) conscientes. Pero las formas en que transcurre ese proceso, las vías y métodos que se utilizan para lograrlo se denominan operaciones (Leontiev A.N. 1979, 1981; Galperin P. 1982)

Para Vigotsky (1981) el desarrollo psíquico del ser humano, se produce, sólo debido a que alguien realiza una acción peculiar, especialmente construida y organizada, cuya ejecución es lo que da el efecto desarrollador; es decir, lo que le permite al desarrollo tener lugar. Desde el punto de vista de esta teoría, el procedimiento humano de regulación del comportamiento y de la psiquis incluye, con necesidad, cierta acción estructurada (primero dividida entre las personas, luego cumplida por cada sujeto) y destinada a la elaboración y al posterior empleo de objetos semióticos propios como medios y procedimientos para que el ser humano domine, organice y reorganice su actividad psíquica.

A partir de la revisión de trabajos de Vigotsky, posterior a su muerte, Galperin (1982:271) ofrecen la siguiente definición de la acciónll (...) proceso subordinado a la representación del resultado que debe lograrse, es decir, al proceso subordinado a una finalidad consciente. De igual manera que el concepto de motivo se correlaciona con el de actividad, el concepto de finalidad se correlaciona con el de acción. Es decir, las acciones que materializan la actividad son estimuladas por un

motivo (tras el cual siempre se encuentra una necesidad), pero están orientadas a la finalidad.

Según este autor el surgimiento, en la actividad, de procesos orientados a una finalidad, o sea acciones, constituye la consecuencia esencial del pasaje del hombre a la vida en sociedad. La actividad de los participantes del trabajo conjunto es estimulada por su producto, el que, al inicio, responde en forma directa a las necesidades de cada uno de ellos. Eso refuerza la idea de que la actividad humana no existe más que como forma de acción o de finalidad de las acciones.

Por ejemplo, en esta investigación las actividades de promoción y educación para la salud que van a ejecutar las adolescentes están impulsadas por el motivo (o la necesidad) de incrementar la percepción de riesgo hacia el CCU. Por lo tanto, las adolescentes deben cometer acciones educativas orientadas a esa finalidad como constituyentes del contenido de esas actividades, de modo que se puedan establecer las relaciones internas que las vinculan con la acción de percepción de riesgo. Pero este motivo puede concretizarse en diferentes finalidades y por lo tanto generar diversidad de acciones (conformadas a su vez por operaciones) que deben tener una relación con el objeto de la actividad.

La acción se conforma por componentes estructurales y funcionales; los estructurales son: su objeto, objetivo, motivo, operaciones, su proceso y el sujeto que la realiza; los componentes funcionales son la parte orientadora, la parte de la ejecución y la parte de control, que se refieren a los tres momentos que se aprecian en toda acción (Talízina N. F., 1987).

Según Talízina (1987:69) —... La parte orientadora permite que el sujeto conozca el conjunto de condiciones objetivas necesarias para una realización exitosa de la acción; esto presupone que antes de realizar cualquier acción es necesario haber comprendido primero:

- con qué objetivo se va a realizar la acción (para qué),
- en qué consiste,
- la forma de ejecutarla,
- cuáles son las operaciones que hay que seguir, e incluso es necesario saber,

- la forma de realizar el control de dicha acción.

La ejecución de la acción consiste en la realización del sistema de operaciones, es decir, durante la ejecución se pone en práctica todo el sistema de orientaciones recibidas, es la parte del trabajo donde se producen las transformaciones en el objeto de la acción, es aquí donde se precisan las exigencias y condiciones que son necesarias para realizar la acción.

El control se refiere a la constatación de cómo marcha el proceso y consiste en la comparación entre lo que se efectúa durante el proceso con el programa modelo que se muestra en la orientación inicial. No constituye una etapa relegada para el final de la aplicación de las acciones acordadas en la búsqueda de soluciones, sino que se da a todo lo largo del proceso, donde los resultados de cada etapa retroalimentan la anterior y la enriquecen desde el punto de vista teórico y práctico. Estos autores reconocen que en la práctica pedagógica los términos acción y operación resultan difícil distinguirlos, propiamente, en una actividad, ni es necesario describir las acciones cuando ya tiene un nivel de automatización, pero eso no significa que en el contexto de un análisis psicológico de cualquier actividad (que no es el caso de esta investigación), sí es indispensable diferenciarlas con la mayor precisión posible.

En su sentido más general, los análisis anteriores permiten determinar requerimientos básicos que deben tenerse en cuenta para la aplicación pedagógica de las acciones educativas que aquí se proponen:

- Proyectarlas a partir de una situación real a una situación deseada, lo cual presupone la realización de un diagnóstico, la planificación y ejecución de las acciones en correspondencia con los resultados de ese diagnóstico y la evaluación de los cambios operados.
- Orientarlas hacia un resultado concreto.
- Sistematizarlas de manera ordenada, continuada y constante.
- Contextualizarlas a las condiciones concretas y objetivas del entorno y de los sujetos.

- Flexibilizarlas de modo tal que se puedan disponer, adecuar y/o modificar en el propio desarrollo de las mismas.
- Programar y aprovechar de manera los recursos necesarios disponibles para su logro.
- Condicionar la preparación de las adolescentes de cómo, de qué modo y por cuál (o cuáles) vía, se va a desarrollar la acción.
- Estructurarlas con creatividad según sus componentes.

Estos requerimientos determinan las características que distinguen a las acciones:

- ✓ Las personas implicadas, de manera directa o indirecta, participan en su elaboración.
 - ✓ Favorecen la comunicación y las relaciones interpersonales entre las adolescentes.
 - ✓ Incentivan el autoaprendizaje, a la lectura y búsqueda de información sobre el CCU y otros temas asociados a la enfermedad.
 - ✓ Constituyen espacios de reflexión colectiva y no solo de información dirigida.
 - ✓ Uso de técnicas participativas (lluvia de ideas, temperatura grupal)
 - ✓ Empleo de procedimientos didácticos como la explicación, el juego, debate, videodebate, conversación, discusión.
 - ✓ Utilización de métodos expositivos, de elaboración conjunta, de trabajo independiente.
 - ✓ Uso de medios tecnológicos personales (tabletas, celulares, laptop) y colectivos (computadoras, televisión).
 - ✓ Las formas de organizarlas son talleres y conferencias.
 - ✓ Se desarrollan en un clima alegre, de buen humor que permita compartir el conocimiento entre adolescentes y miembros del equipo de salud del área.
 - ✓ Se elaboran como productos digitales: un libro electrónico, un plegable, un cartel
- Explicación necesaria para el desarrollo de las acciones:
- ✓ El día y horario para ejecutar las acciones están contempladas dentro del sistema de actividades de promoción y educación para la salud que se realizan en el área de salud.

- ✓ La duración de esas acciones está en dependencia de la forma de organización y el contenido a tratar.
- ✓ Las acciones se ejecutan en determinados lugares, según el objetivo que pretenda y las condiciones que se requieran.
- ✓ En cada acción realizada al final se valora la calidad del desarrollo de las mismas (profundidad del contenido tratado, interés mostrado asistencia, disciplina, participación).
- ✓ Se reconocen al final a las adolescentes más desatacados.
- ✓ Al final se motiva para la próxima acción.

2.4.1. Descripción de las acciones aplicadas

ACCIÓN 1: Desarrollar una conferencia sobre a las siguientes definiciones: riesgo, factor de riesgo y prevención.

Objetivos

1. Definir los conceptos de riesgo, factor de riesgo y prevención.
2. Elaborar en conjunto ejemplos de riesgo, factor de riesgo y prevención.

Métodos: Explicativo, discusión-confrontación

Técnica: Lluvia de ideas

Tiempo: 30 minutos

Proceder: Se divide el grupo en tres subgrupos: el primero que elabora lo que conoce como prevención, el segundo lo que entiende por riesgo, y el tercero lo que conoce por factor de riesgo.

Se trabajan los conceptos:

Prevención: Acciones específicas que pueden evitar la aparición de alteraciones de la salud o complicaciones de dichas alteraciones. El objetivo de la prevención es la ausencia de la enfermedad.

Riesgo: Conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo y generar daños de diferente magnitud.

Factor de riesgo: Existencia de ciertos hábitos, rasgos, o características, asociados con un incremento de la susceptibilidad que pueda medirse, para que se desarrolle una enfermedad en su forma prematura.

Una vez finalizado, se sistematizan todos los elementos relacionados con estos tres conceptos. Luego se formula la siguiente pregunta al grupo:

Enumere otros ejemplos sobre factor de riesgo. Argumente con el grupo y exponga elementos que hacen más susceptible a la mujer, especificando la posibilidad de actuar sobre el riesgo y modificarlo.

ACCIÓN 2: Dirigir un video debate sobre lo que es el cáncer de cuello uterino y cuáles son sus síntomas

Objetivos

1. Definir el CCU.
2. Identificar los principales síntomas.

Método: Discusión dirigida

Tiempo: 1 hora

Proceder: Se divide el grupo en dos: el primero que elabore lo que conoce sobre CCU y el segundo los síntomas. Se generan los elementos que les permitan confeccionar, interiorizar, la complejidad de estos temas mediante la conversación heurística con sus ideas, juicios, y con dificultades concretas que estimulen el razonamiento del grupo. Una vez elaborado el concepto y reunidos los principales síntomas, se realiza un resumen en correspondencia con todo lo debatido y se formulan las siguientes preguntas:

¿Qué parte del sistema genital femenino es el primero en afectarse con la enfermedad? ¿Cuáles son los síntomas principales?

ACCIÓN 3: Realizar un taller sobre los factores de riesgos de las enfermedades del cuello uterino en las adolescentes.

Objetivos

1. Explicar en qué consiste este tipo de enfermedad, su situación actual en el mundo, Ecuador y en la provincia Chimborazo.
2. Lograr la comprensión de los principales factores de riesgo y las formas de prevención de estas enfermedades.

Explicar los síntomas más frecuentes, así como las complicaciones que pueden provocar. Método: Diálogo

Proceder: Se realiza la presentación con un tono de voz clara, y de forma amena. Posteriormente, se le da la palabra a las participantes, para que expresen sus impresiones sobre este tipo de neoplasia y cómo prevenirla, al propiciar la integración grupal, y seguidamente, desde una lluvia de ideas se elaboran los procedimientos necesarios para el buen funcionamiento del taller, se anotan en papelógrafos por el técnico de atención primaria de salud para someterlos a discusión. Finalmente, se establecen las normas que funcionan durante todas las sesiones del taller.

ACCIÓN 4: Impartir una conferencia sobre la relación entre los métodos anticonceptivos y los métodos abortivos para la aparición de las enfermedades del cuello uterino.

Objetivos:

1. Brindar información sobre los métodos anticonceptivos, cómo seleccionar el adecuado según el caso y el momento idóneos.
2. Explicar las principales consecuencias y complicaciones del aborto provocado sobre la salud de las mujeres.

Métodos: Elaboración conjunta, explicativo- ilustrativo

Tiempo: 30 minutos

Proceder: Una vez presentado el tema, se anotan en papelógrafos por el técnico de atención primaria de salud los diferentes métodos anticonceptivos que menciona el grupo, posteriormente se completa el listado si es necesario y se enfatiza en la función de cada uno. Seguidamente, se aportan algunos elementos sobre los métodos abortivos, para que mencionen los que ellas conocen, se explica la relación entre ellos y el modo en que actúan a corto, mediano, o largo plazo como factor de riesgo.

Se realiza un breve resumen en correspondencia con lo debatido, a partir de las siguientes interrogantes:

- ¿El DIU puede colocarse en una adolescente de 16 años sexualmente activa?
- ¿El uso de anticonceptivos orales durante más de 6 años puede utilizarse sin

riesgo alguno? Explique.

- ¿Las interrupciones de embarazos pueden provocar laceraciones cervicales? Valore.
- De forma general, las manipulaciones ginecológicas afectan la frontera de los epitelios vaginales. Fundamente.

Las respuestas son anotadas por el técnico de atención primaria de salud en un papelógrafo. A continuación se divide el grupo en dos para, mediante la discusión-confrontación, argumentar las respuestas, enfatizar en las correctas y esclarecer aquellas que queden incompletas.

ACCIÓN 5: Dirigir un video debate sobre las infecciones de transmisión sexual y su relación con las enfermedades de cuello uterino.

Objetivos

1. Explicar la relación entre las ITS y las enfermedades de cuello uterino.
2. Exponer los principales factores de riesgos al padecer estas infecciones.

Métodos: Observación y debate

Proceder: Se realiza la presentación del tema y se divide el grupo en subgrupos, cada uno de ellos analiza dos agentes etiológicos y sus síntomas.

1. Clamidias - Trichomonas
2. Gardnerellas - Gonorrea
3. Sífilis - Hepatitis B
4. Herpes genital - Virus del papiloma humano

Se conforman los papelógrafos por enfermedades y se realiza la exposición en plenaria por subgrupos, se completa cada papelógrafo con la participación de todas las integrantes.

Se muestran en papelógrafo con láminas a color, las lesiones que causan estas enfermedades en la piel y se analiza la relación entre las ITS y las enfermedades de cuello uterino.

Posteriormente se proyecta un video que aborda la infección por el virus del papiloma humano.

ACCIÓN 6: Realizar un taller con el tema de la importancia de la prueba citológica, en qué consiste, su procedimiento y seguimiento según el resultado.

Objetivos

1. Explicar la importancia de la prueba citológica y su procedimiento.
2. Eliminar los miedos y prejuicios que impiden la realización de esta prueba.

Métodos: Explicativo-ilustrativo

Técnicas: Discusión dirigida, socio-drama

Tiempo: 1 hora

Proceder: En este encuentro participan el psicólogo, el ginecobstetra y la enfermera responsable del programa de CCU.

Se coloca al grupo en semicírculo. La enfermera, explica todo lo relacionado con el primer objetivo, apoyada por láminas y plegables. Se entrega una tarjeta a cada participante, con los resultados y seguimientos desde una citología normal hasta la etapa final de la enfermedad; cada tarjeta con un número que se les entregará sin orden lógico y que no pueden ver para mantener la expectativa y el interés del grupo. Se expone en plenaria según el número de la tarjeta, comenzando por el uno. La coordinadora anota cualquier inquietud o duda según vaya surgiendo, para que sea aclarada por el ginecobstetra al finalizar la exposición.

Seguidamente, por medio del socio-drama, se presenta la situación que da título a este programa (Enseñando la verdad) por una joven que decide no realizarse la prueba citológica y otra joven que sí lo acepta.

Este es el momento en que interviene el psicólogo, teniendo como objetivo fundamental que cada miembro de este grupo interiorice la percepción del riesgo al cual están expuestas cada una de forma individual, si se resisten al examen citológico.

ACCIÓN 7: Desarrollar un conversatorio el 26 de marzo- —Día Mundial de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino

Objetivo: Fomentar el interés por la prevención del cáncer cérvico uterino en adolescentes y equipo de salud del área.

Método: Conversatorio

Proceder: Formular preguntas alrededor del 26 marzo de cada año que se conmemora el Día Mundial de la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino a modo de establecer acciones de concientización e información sobre la importancia de efectuarse controles ginecológicos para evitar enfermedades, entre ellas, el cáncer. Se invita a una personalidad de salud pública, el médico del área, a que impartan una conversación amena o una conferencia acerca del estado actual del cáncer cérvico uterino en el país y en el municipio, especificando en cuanto a la prevención de los principales factores de riesgo, se hace hincapié en el comienzo temprano de las relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual y enfáticamente con la situación del VPH.

ACCIÓN 8: El plegable y los carteles

Luego de una extensa indagación en internet sobre medios de educación para la salud utilizados por organizaciones y organismos internacionales como folletos, trípticos, poster, carteles por citar algunas y luego de comprobar la ausencia de los mismos en el territorio nacional se elaboró un plegable con la herramienta de Microsoft Publisher, en el cual se puso información actualizada sobre el cáncer cérvico uterino, con imágenes y colores atractivos para las adolescentes.

PLEGABLE: "PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO"

RECUERDA

La prevención está en tus manos y es esencial para combatir el cáncer cérvico-uterino.

Si ya comenzaste tus primeras relaciones sexuales, asísta cada día para reducir la posibilidad del contagio por VPH a otras enfermedades de transmisión sexual, así como los embarazos no planificados.

No fumes.

Acta algún día víctima de alarma no dudes consultar con el doctor.

Amate a sí misma, te queda mucho por vivir.





Cuidate

El cáncer cérvico-uterino es prevenible

Disfruta de la vida, cuida tu salud
Educa, cuidate, infórmate

Folleto realizado por:
Lic. María M. Martínez Jiménez
Cursos electrónicos de educación
Centro de Trabajo
Dirección Provincial de Salud

Universidad "José Martí"
Mestría Promoción de Salud en Sistemas Educativos
Provincia Sancti Spiritus
IDSE

Prevención del cáncer cérvico uterino

>>> Disfruta de la vida, cuida tu salud

CONOCER

DECIDIR

PREVENIR



¿Tú, ¿qué conoces del cáncer cérvico-uterino?

¿Qué es el cáncer cérvico uterino?

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución.

Es el segundo cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial. En Cuba ocupa una de las primeras causas de muerte y años de vida perdidos de la mujer.

¿Quiénes pueden padecerlo?

Aunque generalmente afecta a las mujeres adultas, puede aparecer en mujeres de cualquier edad, color o grupo social que hayan iniciado las relaciones sexuales a temprana edad, ocasionándoles dolor, angustia y la muerte.

¿Cuáles son los síntomas?


El cáncer cérvico uterino puede aparecer sin dar molestias o síntomas. Sin embargo, en etapas más avanzadas puede causar:

- Sangrado inter menstrual o después de tener relaciones sexuales.
- Dolor pélvico al tener relaciones sexuales.
- Flujos vaginales, líquido con sangrado que pueden ser excesivos y con olor desagradable.


¿Cuáles son los factores de riesgo?

- Disminución de las relaciones sexuales a temprana edad (Antes de los 15 años)
- Contagio por Virus de Papiloma Humano (VPH), VIH, o herpes tipo II.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Múltiples embarazos.
- Lesiones inflamatorias crónicas del cuello uterino.
- Fumar.

La mayoría de las infecciones por VPH, se curan sin consecuencias, pero en algunas personas pueden derivar en cáncer.



Virus del papiloma humano



Cuello del útero

Es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

Lugar de la lesión



Donde se ubica el epitelio interno y el externo. Es la zona más afectada.

¿Cómo prevenir al cáncer cérvico uterino?

- Retrasar las relaciones sexuales.
- Evitar relaciones con múltiples parejas sexuales o tener una pareja que haya tenido múltiples relaciones sexuales.
- Utilizar condón para prevenir infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Actividad física regular.
- Alimentación sana.
- La citología, o test de Papanicolaou, permite la detección precoz de células cervicales anormales, que pueden ser tratadas antes de que se desarrolle una lesión.

¿Qué es la citología?

La citología es una prueba sencilla, rápida y no dolorosa, en la que, con un instrumento llamado espéculo, se separan las paredes de la vagina para poder llegar al cuello uterino, de donde se recoge una muestra de las células.

Lesión precancerosa
Es el primer signo de la enfermedad. La detección temprana en los controles, puede evitar su progresión.

Cáncer cérvico-uterino
Algunas mujeres, entre 10 y 20 años después del contagio, desarrollan un cáncer invasivo que puede ser mortal.

Fuente: Autor

Además se repartieron carteles impresos a color al final de los diferentes momentos en los que se aplicaron las técnicas de encuestas y entrevistas, previamente descritas.

CARTEL: “CÁNCER CÉRVICOUTERINO”

Cáncer cervicouterino

2° Segundo cáncer más frecuente en la mujer

El **cáncer cervicouterino** es una alteración celular que se manifiesta inicialmente a través de lesiones de lento desarrollo. **Es provocado por el Virus Papiloma Humano (VPH)**, el cual se transmite por contacto durante las relaciones sexuales.

Factores que predisponen al cáncer cervicouterino

- VPH** Infección por el Virus Papiloma Humano.
- Temprano inicio de la actividad sexual y multiplicidad de parejas.
- Tabaquismo debilita las células encargadas de destruir el virus.

Sintomas

El cáncer cérvico uterino puede aparecer sin dar molestias o síntomas.

En etapas más avanzadas puede causar:

- ✦ Sangrado inter menstrual o después de tener relaciones sexuales.
- ✦ Dolor pélvico al tener relaciones sexuales.
- ✦ Flujo vaginal, líquido con sangrado que pudiera ser excesivo y con olor desagradable.

Amate a ti misma; El cáncer cervicouterino se previene y se cura si es detectado a tiempo

Fuente: Autor

CARTEL: “FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO”

Factores de Riesgo Cáncer de Cuello Uterino

- 1** Inicio temprano de relaciones sexuales
 - 2** **Promiscuidad**
Múltiples compañeros sexuales
 - 3** Promiscuidad de la **pareja**
 - 4** Infección por **Papiloma Virus Humano**
 - 5** Y otras **enfermedades transmitidas sexualmente** (debido al uso inadecuado de condón)
- papilomaviruscancer.com

Fuente: Autor.

2. 5 Resultados de la evaluación final de los sujetos de la muestra

El diagnóstico inicial se considera incompleto sin una evaluación final que permita comparar el estado de los sujetos en ambas etapas y valorar las transformaciones ocurridas como efectos de la propuesta de cambio aplicada. Los resultados del estado final de la percepción de riesgo atendiendo a las dimensiones e indicadores se exponen en su proyección individual y grupal. Para la evaluación final, los resultados se nutren, también, de la información obtenida durante la etapa de ejecución donde se realizan los controles parciales tal como se dice anteriormente. Para recopilar los datos que se necesitan sobre los indicadores establecidos se vuelven a repetir los métodos utilizados en el diagnóstico inicial, por ello se obvian aquellos detalles de cómo se aplican.

Es preciso señalar que a pesar de que se obtiene una gran cantidad y diversidad de información, las valoraciones se limitan a la profundización de los que se estiman más importantes en función de la variable dependiente; por otra parte, las

valoraciones son el resultado del consenso de los datos extraídos por medio del conjunto de métodos y técnicas aplicados y de los sujetos que intervienen.

La valoración integral de los indicadores definidos en las tres dimensiones, permite apreciar que el pronóstico inicial se cumple, pues se logran los cambios de niveles y la evolución de todos los sujetos de investigación. Ninguno se ubica en el nivel bajo y solo el 3,3% se sitúan en el nivel medio, pero evoluciona cualitativamente; la mayoría el 96,6% se colocan en el nivel alto. El proceso de evolución transcurre de manera satisfactoria, pues el 50% de las adolescentes del nivel bajo al inicio pasan al nivel alto y de los de nivel medio pasan al alto para un 46,6%.

Desde el punto de vista cualitativo los principales logros se evidencian en:

Las adolescentes de la muestra manifiestan un incremento considerable en el dominio de conocimientos sobre el CCU, ninguna se ubica en el nivel bajo, la mayoría está en el nivel alto para un 90% y eso les permite poder contar con información teórica suficiente para tener respuestas que le ayuden al afrontamiento de dicha enfermedad. Los datos procesados permiten reflejar la situación ventajosa que presenta en esta etapa la dimensión cognitiva en sus indicadores.

Resultado muy favorable en el dominio del concepto del CCU y en la manera de expresarlo con mayor amplitud y claridad, con un vocabulario más científico en casi la totalidad un 76,6% de las adolescentes al definirlo casi con las mismas ideas que aparecen en la literatura y en el folleto, además lo manifiestan con mucha seguridad. En la autoevaluación final el 87% de las adolescentes se ubican en el nivel alto y el resto en el nivel medio, lo cual muestra un nivel bastante congruente con la valoración anterior. En la entrevista grupal las ideas que más refuerzan son:

- ✓ Alteración celular que se origina en el cuello del útero.
- ✓ Crecimiento incontrolado de células llamadas displasias y en el tejido del cuello uterino.
- ✓ Aparición de lesiones pre malignas en el cuello del útero de lenta evolución
- ✓ Células del cuello del útero que se vuelven anormales y crecen de manera incontrolada.
- ✓ Cáncer ginecológico que comienza en el cuello uterino.

Algunas de las adolescentes son capaces de identificar incluso las etapas clínicas por las que atraviesa el CCU que solo aparece en un documento de la carpeta digital entregada, lo cual confirma el nivel de profundización en el concepto aprendido.

Los miembros del equipo de salud entrevistados reconocen que ya las adolescentes tienen una visión más profunda y técnica de la definición de ese cáncer y son capaces expresarlo y explicarlo con más detalles.

Con respecto a los síntomas el 80% son capaces de identificarlos todos con mucha seguridad y un vocabulario científico. Solo el 20% se colocan en el nivel medio por no ofrecer una respuesta completa y mostrar todavía recogimiento durante la entrevista.

En cuanto a los factores de riesgos se muestra bastante dominio, el 86%, saben reconocer aquellos factores de carácter biológico (antecedentes familiares, herencia, déficit de vitaminas A y E). Refieren, además, con mayor amplitud los de carácter social: comienzo de las relaciones sexuales antes de los 18 años, tener múltiples parejas sexuales o tener contacto sexual con alguien que ha tenido varias parejas, no usar el condón que protege contra las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, el virus del papiloma y el herpes genital, tener múltiples embarazos, tener hábito de fumar, el consumo de anticonceptivos por un tiempo prolongado, tener más de 30 años pues las mujeres de 30 a 60 corren más riesgo y este también aumenta con la edad, bajo nivel socioeconómico entre otros.

En este caso ya la mayor parte de las adolescentes el 83% refieren que el CCU ocurre con frecuencia cuando las mujeres están en la plenitud de su vida sexual y reproductiva, interrumpiendo su calidad de vida y la de su familia, su espiritualidad y sexualidad así como provoca perjuicios al Estado por una mayor utilización de los recursos de tratamiento o la pérdida de vidas humanas.

Un cifra considerable de adolescentes el 86,6% pasan al nivel alto. Aportan, además, de los que dicen al inicio de la estabilidad de la pareja, estos otros aspectos:

- ✓ Limitar el número de relaciones sexuales.

- ✓ Evitar las relaciones sexuales con compañeros que hayan tenido múltiples parejas.
- ✓ Retrasar el inicio de la actividad sexual.
- ✓ La utilización de los preservativos para protegerse de las ITS.

Casi la totalidad el 96,6% de las adolescentes se ubican en el nivel alto. En realidad demuestran profundos conocimientos sobre los hábitos de consumo, los saben identificar bien por sus características. Sobre todo reconocen causas que al inicio no reconocen como: la dificultad para controlar los impulsos, baja autoestima, dificultades en las relaciones sociales, escasa asertividad, problemas de afrontamiento y dificultades para resolver eficientemente los problemas reales.

Lógicamente al elevarse de manera considerable el nivel de preparación teórica de las adolescentes, repercute de modo positivo en la esfera motivacional. Desde el punto cuantitativo hay un incremento al nivel medio el 26% y alto 73%. Es evidente un elevado interés de las adolescentes por saber sobre el tema y preguntan más.

En la encuesta el 100% responde que sí se sienten motivados por aprender sobre el CCU.

Resaltan la importancia que le dan al cuidado de su salud con argumentos más sólidos y amplios con respecto a la etapa inicial. Las adolescentes ubicadas en el nivel medio todavía necesitan tener mayor avidez por la lectura y buscar documentos por la vía digital. En la autoevaluación prima el nivel 3, solo 4 adolescentes se evalúan en el nivel medio.

Los miembros del equipo de salud del área aseveran que las acciones desarrolladas ayudaron mucho a elevar la motivación de las adolescentes por conocer más sobre el CCU.

En cuanto a lo conductual todos los indicadores mejoraron su proyección.

CONCLUSIONES

1. La determinación de las concepciones teóricas que sustentan el proceso de promoción y educación para la salud permite distinguir una amplia variedad de conceptos y visiones. Sin embargo, existe coincidencia en considerar que el fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar y cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables.
2. Los resultados del diagnóstico confirman que la mayoría de las adolescentes tienen muy bajo nivel de la percepción de riesgo hacia el cáncer cérvicouterino, lo cual se revela en los escasos conocimientos que tienen, el poco interés por aprender sobre esta enfermedad y algunas manifestaciones que denotan un comportamiento negativo ante la posibilidad de prevenir la enfermedad.
3. Las acciones educativas constituyen una propuesta novedosa para el tratamiento de la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino, tanto por el contenido como la manera de concebirlas. Se combinan diferentes formas de organizar las acciones como el taller, videodebate con atractivos productos digitales.
4. La evaluación realizada en la etapa final permite constatar cambios positivos en el nivel de percepción de riesgo hacia el cáncer cérvicouterino de las adolescentes de la muestra, al comprobar que tienen mayor dominio de conocimientos en cuanto al concepto, síntomas, factores de riesgo, consecuencias, situación mundial y en Ecuador; además, se le nota más interesado en profundizar en los temas tratados y en buscar información para aprender sobre este tipo de enfermedad; por otra parte, se perciben mejoras en algunas actitudes que exteriorizan un modo de actuación dispuestas a prevenir la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- ✓ Continuar profundizando en las acciones educativas orientadas a la percepción de riesgo del cáncer cérvicouterino para que contribuyan al mejoramiento de las adolescentes y alcanzar estilos de vida saludables.
- ✓ Analizar la conveniencia, por las estructuras autorizadas de que los resultados de este trabajo puedan constituir un punto de partida para continuar investigando en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Informativa Latinoamericana (2018). Ampliarán en América cobertura de vacuna contra VPH. Boletín 3 del 22 de marzo. Prensa Latina. [En línea], disponible en: <http://www.prensa-latina.cu/index.php?lang=ES>
- Álvarez de Zayas, C. (1997). Metodología de la investigación científica. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente.
- Álvarez L., R. A. Rodríguez, y G. Sanabria (2009). Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril.
- Arés P. (2002). Psicología de la familia. Guayaquil: Facultad de Ciencias Psicológicas de Ecuador.
- Arrivillaga M., I. C. Salazar y D. Correa (2003). —Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitariosII. En Revista Colombia Médica, 34(4), pp. 186-195.
- Batista, L., Pérez, E., Naranjo, E. y Roque, F. (2016). Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en adolescentes de la consulta de patología de cuello. MULTIMED [Internet]. Ene-Feb [citado 22 Ago 2018]; 20(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/131>.
- Bosch F. X., et. al. (2002). Riskfactors of invasive cervical cancer in Mali. Int J Epidemiology, 31(1).
- Cabeza E. (2008). Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino. En Rev. Ven ObstetGinecol; 10: 44-58.
- Cabeza E. (2017). Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencia Médicas.
- Caicedo, M. J. (2017). El contagio de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la unidad educativa “San Luis, Rey De Francia”, en la ciudad de Guayaquil. [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; [citado 22 Ago 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19421/1/MAR%C3%8DA%20JOS%C3%89%20CAICEDO%20AGUAYO.pdf>

- Campistrous Pérez, L. y C. Rizo Cabrera (2006). Indicadores e investigación educativa, Metodología de la Investigación Educacional. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Cartaya M., I. Hernández, Y. González y N. Álvarez (2010). —Actores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. En Revista Archivo Médico de Camagüey, sep-oct, 14 (5), pp. 3-11.
- Carvajal C. et. al. (1995) La escuela, la familia y la educación para la salud. La Habana:Editorial Pueblo y Educación
- Carvajal C. y M. A. Torres (2014). Promoción de la salud en la escuela cubana. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Carvajal C. (2007). Estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas. En Revista Cubana Salud Pública v.33 (2), La Habana abr.jun. 2007
- Castellanos Simons, B. (1997). Hacia una sexualidad responsable y feliz. Para maestros y Maestras. Secundaria Básica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Castellanos Simons B. (2003). Sexualidad y Género. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Castillo M. (2015). La preparación del director en la promoción y educación para la salud. En Revista Educación y Sociedad, 13 (3), pp.1-10.
- Castro Alegret P. L. (2006). La necesidad de educación sexual de los jóvenes estudiantes. Para docentes de la educación media. La Habana: s/e
- Castro Espín M. (2002). El programa nacional de educación sexual en la estrategia cubana de desarrollo humano. En revista Sexología y Sociedad. Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX). La Habana No. 20.
- Chávez M., et. al. (2008). —Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterinoll. En Revista Archivo Médico de Camagüey. Sep-oct 12(5), pp.1-10.
- Chávez M., et. al. (2018). —Conocimiento de algunas características de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes: intervención educativall. En Revista Archivo Médico de Camagüey. May-jun 13(3), pp.1-8.

- CDC (2013) ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de útero? [En línea], disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/uterine/basic_info/risk_factors.htm, [Accesado el día 5 de diciembre de 2013]
- Colectivo de autores (2001). Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
- Cordero J., R. García (2015). Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino. En Revista Riesgo Reproductivo y Ginecología, 41, (4). [En línea], disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/5/5> [Accesado el día 10 de diciembre de 2015]
- Crovetto M. y F. Vio del Río (2009). Antecedentes Internacionales y Nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras. RevChilNut; 36:32-45.
- Dávila H. L., A. García y F. Álvarez (2010). —Cérvix cáncerll. En Revista Cubana ObstetGinecol36(4):603-12. [En línea], disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scriptsci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014&lng=es. Dic. [Accesado día el 27 de abril de 2015]
- Díaz A. G. et. al., (2017). —Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. En Revista MEDISAN, 15 (2), pp. (1-6).
- Domínguez M. I., I. Rego, C. Castilla (2014). Socialización de adolescentes y jóvenes. Retos y oportunidades para la sociedad cubana actual. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Espín Falcón J. C, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, Olano Rivera M. (2012). Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Revista Cubana de Medicina General Integral Octubre-Diciembre; 28(4): p. 735-746.
- Escobar G. M. (2007). —Relación entre las conductas sexuales y algunas patologías crónicas del tracto genital inferior femenino. En Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero-Diciembre.

- Galperin P. Ya. (1982). Introducción a la psicología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- García J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, vol. 12, núm. 2, pp. 133-151. Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. [En línea], disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>.
- García R. M., Torres, T. y Rendón, M. (2017). Conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes. En *Revista Médica Electrónica*. 33(2), pp.1-10. [En línea], disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema09.htm> [Accesado el día 2 febrero, de 2018]
- García R. y G. Sanabria (2006). Maestría en Promoción y Educación para la Salud. Módulo 9. La Habana, Cuba: ENSAP.
- Gil J. (2003). Comportamiento y salud, y comportamiento como riesgo. *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo.
- Gil E., et. al. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. En *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), pp. 17-27.
- Godoy Y, Godoy CC, Reyes J. (2015). Tamizaje de Cáncer Ginecológico en mujeres ecuatorianas. Un estudio cualitativo desde la percepción de las usuarias de servicios de atención primaria de salud. Informe de Congreso. Aracaju, Brasil: Universidad Tiradentes.
- González Rey F. (1990). Motivación moral en adolescentes y jóvenes. 2 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- González Rey F. (2006). Investigación cualitativa y subjetividad. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- González Maura V. et al. (1995). *Psicología para educadores*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González V. (2002). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. En *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología* [En-línea], disponible en: www.psicolatina.org [Accesado el día 20 de junio 2014].

- González H., (2010). Principios Didácticos para la elaboración de un E-Book en salud sexual y reproductiva. Power Point en Carpeta de Maestría de Informática aplicada. Facultad de Ciencias Informáticas. Universidad de Ciego de Ávila. (2015)
- Guzmán, N. (2018). Factores que influyen en la cobertura del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de edad fértil que acuden al Subcentro de Salud El Valle, Cuenca. Tesis de grado.
- Hernández Sampiere R., C. Fernández y P. Baptista (2004). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: Editorial McGraw-Hill
- Ñíguez, M.J. (2016). Diseño de propuesta de una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años [tesis]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; [citado 22 Ago 2018]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5952/1/10T00159.pdf>
- Lara M. D., 2015. Personalidad, afecto y afrontamiento en las conductas saludables y de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. [En línea], disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46269&orden=1&info=link>. [Accesado el día 20 de junio de 2014]
- Leontiev A. N. (1979). La actividad en la Psicología. La Habana: Editorial de Libros para la Educación.
- Leontiev A. N. (1981). Actividad, Conciencia y Personalidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Lescay D. M., E. V. Romero, U. Mestre y C. Carvajal (2015). La educación antialcohólica de los estudiantes de carreras pedagógicas. En Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa (REFCaIE), 3(2), pp. 47-56.
- Lima L. (2013). Las acciones como resultado científico en el proceso investigativo contemporáneo. Material digital. Universidad de Sancti Spíritus —José Martí Pérez.

- Lugones M., et al. (2017). —La consulta de ginecología infanto-juvenil en la atención primaria y la salud reproductiva de las adolescentes. En Revista Cubana de Salud Pública. 27 (2). ECIMED. La Habana. pp 103-116.
- Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llago S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CCM [Internet]. Mar [citado 22 Ago 2018]; 21(1):187-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es
- Martínez Á., et. al. (2010). —Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. En Revista Cubana Obstet Ginecol. Cuba.
- Martínez M., J. C. de la Concepción, A. Pérez (2014). —La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. En Revista Médica Electrón, 36 (3), may-jun, pp. 12-20. Matanzas. Cuba.
- Martínez O. R. (2008). Estrategia pedagógica, desde el desempeño del Profesor General Integral, para fomentar una cultura en salud a estudiantes de Educación Media Superior. Tesis presentada en opción al Título de Master en Ciencias de la Educación. Universidad de Sancti Spíritus —José Martí Pérez.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. [Online].; [cited 2017 Abril 5. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/manual_mais_2013_modificado.pdf.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2019). Educación y comunicación para la promoción de la salud. Manual. Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. Dirección de Promoción de la Salud Quito: Ministerio de Salud Pública. 201 p.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. [Online]. [cited 2017 Abril 5. Available from: www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf

- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2015). Protocolos con evidencia para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino. [Online].; [cited 2017 Abril 5. Available m:https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimi
- Nederveen, L. E. (2012). Escuelas Promotoras de la Salud: Una Innovación Curricular en la Promoción de la Salud. Modelos para la implantación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina. Editorial: Fundación Mexicana para la Salud. México p 127.
- Ochoa Soto R. (1997). Promoción de Salud. Compilaciones.Minsap-CNPES. La Habana.
- Ochoa Soto R., M. Hernández, et. al. (2003). Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA. La Habana: Minsap.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma Ata. Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. In: 1era Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ottawa; p. 5.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Adelaida - Australia: Government of South Australia; 4 p.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Entornos propicios para la salud. Sundsvall, Suecia; 5 p.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Resumen del Programa de Acción de la Conferencia. Onu. 1–29.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 4ta Conf Int sobre la Promoción la Salud; 11 p.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México; 50 p.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.1–6. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar de implementación en promoción de la salud. Nairobi - Kenia; 9 p.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Helsinki.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). —Preventing leading causes of premature death, disease and disabilityll, [En línea], disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/, [Accesado el día 2 febrero de 2015]
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). —Cáncer. Nota descriptiva N°297ll. [En línea], disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>[Accesado el día 2 de febrero de 2015]
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015c). Discurso inaugural pronunciado por la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud en ocasión de la celebración de un encuentro sobre la inclusión permanente de las enfermedades no transmisibles en los programas e iniciativas de cooperación al desarrollo. 21 de abril.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015d). Salud del adolescente. [En línea], disponible en: http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/[Accesado el día 2 febrero de 2015]
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. In: 9a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shangai; p. 1–2.

- OMS/OPS (2000). Declaración de México hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Santa Fe, México.
- OPS (2017). Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas. Washington, D.C.
- OPS/OMS (2000). Funciones esenciales de la salud pública. 126 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Orquera Andrade EA, Llerena Cepeda MdL. (2016). Calidad del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino, Centro de Salud Cevallos, Junio 2015 a Junio 2016. Enfermería Investiga. Diciembre; 1(4).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Control Integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Segunda edición ed. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. [Online].; [cited 2018 enero 2. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22013&Itemid=270&lang=en
- Ortega, G. A. (2017). Factores que influyen en la falta de realización del papanicolaou en mujeres de edad fértil en el dispensario del sector Santa Lucía Centro. Proyecto de Investigación de Médico Cirujano. Ambato, Ecuador.
- Pérez Rodríguez G. (2002). Metodología de la investigación educacional. 1ra parte. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Piñón J. y M. A. Torres (2017). —Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubanall. En Revista Cubana Medicina General Integral, V.17 (1), pp. 15-23. La Habana.
- Poblet García, J. (2018). Nivel de conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer cervicouterino en adolescents. Tesis de maestría. Lima. Perú

- Retana C. M. (2017). Factores de Riesgo del Cáncer Cérvico uterino. [En línea], disponible en: <http://geosalud.com/VPH/factores.riesgo.htm>. [Accesado el día 5 de marzo de 2018]
- Reyes Zuñiga YI, Sanabria Negrín JG, Marrero Fernández R. (2014). Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Sep-Oct [citado 22 Ago 2018];18(5):753-766. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500005&lng=es
- Ríos R. y A. Mendoza (2012). Programa de prevención de riesgo de cáncer cervicouterino (CaCu) para estudiantes universitarias. [En-línea], disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?lng=pt>. [Accesado el día 4 septiembre 2014].
- Rodríguez A. y L. Álvarez (2006). —Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentesII. En Revista Cubana de Salud Pública, 32(1). [En línea], disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432108>. [Accesado el día 13 de marzo de 2015]
- Rodríguez A., et. al. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. En Revista Cubana Salud Pública 39, ene (1), pp.1-12.
- Rodríguez Frade G. (2016). Estrategia pedagógica de preparación a los docentes de ciencias naturales en formación inicial intensiva para dirigir la educación para la salud. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas. Ciego de Ávila. Cuba
- Rojas I. (2010). Morbilidad por cáncer cérvico- uterino. Municipio Sancti Spíritus. Años 2005-2009. Tesis presentada en opción al Título de Master en Epidemiología. Universidad Ciencias Médicas. —Faustino Pérez.
- Salvent A., et. al. (2012). Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. En Revista Cubana ObstetGinecol; 38(2):190-8. [En línea], disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

- [600X20120002 00006&lng=es](#)[Accesado el día 16 de noviembre de 2015]
- Sanabria G. (2007). —El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. II En Revista Cubana Salud Pública V.33 N.2, La Habana.
- Sanabria G., A. Rodríguez y N. Rojo (2012). Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos. La Habana.
- Sanabria G. y A. Rodríguez (2013). Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Experiencias en el contexto cubano. ENSAP, CENESEX, La Habana, Cuba
- Shepherd PJ. (2011). Intervenciones para la prevención del cáncer de cuello de útero mediante modificaciones de la conducta sexual. [En-línea], disponible en: <http://www.cochrane.org/es>[Accesado el día 13 de septiembre 2014]
- Sociedad Mexicana de Oncología, (SMO). (2016) Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer. [Online].; [cited 2018 enero 2. Available from:
https://www.smeo.org.mx/images/2016/copredoc/COPREDOC_GUIA.pdf
- Sueiro E., J. L. Diéguez, A. González (1998). —Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva. En Revista Atención Primaria, 21 (5) 283-288.
- Talízina N. F. (1987). —La formación de la actividad cognoscitiva de los escolares. II. En Los fundamentos de la enseñanza en la Educación Superior. Departamento de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, ENPES.
- Torres G. M. A. y C. Carvajal (2003). Fundamentos pedagógicos de la promoción de salud y educación para la salud en el ámbito escolar. Curso 12. Congreso de Pedagogía 2003. Habana.
- Torres G. M. A. y A. B. López (2003). ¿Quieres saber sobre ITS/VIH/SIDA? 100 preguntas y respuestas. La Habana: Ministerio de Educación.
- Torres G. M. A. (2013). Promoción de la salud en sistemas educativos. Soporte bibliográfico para la Maestría de Promoción de la Salud en Sistemas Educativos.
IPLAC, UNESCO, Mined de Cuba.

- Urrutia M. T., X. Concha y G. Riquelme (2012). —Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenasll. En Revista chilena de infectología, 29 (6). [En línea], disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0716-1018&lng=es&nrm=iso[Accesado el día 12 de febrero de 2014]
- Vigotsky S. L. (1981). Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Vigotsky S. L. (1988). —Interacción entre enseñanza y desarrollo. Selección de lecturas de Psicología Pedagógica y de las Edades, Tomo III. La Habana: Editorial Universidad.
- WHO (2009). 7th Global Conference for Health Promotion. Promoting health and development. Closing the implementation gap. Conference working draft. Nairobi, Kenya.

ANEXO 1

GUÍA TEMÁTICA QUE SE UTILIZA PARA APLICAR LA ENTREVISTA ALEQUIPO DE SALUD DEL ÁREA N° 6 GUANO-PENIPE, PARROQUIA VELOZ DE LA UNIDAD EDUCATIVA "SAN FELIPE NERI".

1. Conocimientos que posee sobre el CCU: concepto, síntomas, factores de riesgo, consecuencias derivadas de la enfermedad, situación en el mundo y en Ecuador, entre otros aspectos).
2. Vías que se utilizan para informar a las adolescentes sobre el CCU. Resaltar la más directa y efectiva.
3. Opinión sobre el interés que muestran las adolescentes conocer, leer y buscar información sobre el CCU.
4. Valoración general sobre las habilidades que muestran las (los) estudiantes para el autocuidado de la salud, en particular del CCU.
5. Criterios sobre la práctica de las relaciones sexuales de las (los) estudiantes.
6. Valoración sobre los hábitos de consumo de los (las) estudiantes. Información sobre datos específicos.
7. Apreciación sobre las relaciones interpersonales y normas de convivencia de los (las) estudiantes.
8. Valoración de las medidas higiénicas que se toman en la institución y que contribuyen al mantenimiento de la salud individual y colectiva.
9. Valoración general del nivel de percepción de riesgo que poseen las (los) estudiantes sobre el CCU teniendo en cuenta la categorización propuesta por la autora y fundamentarla.

ANEXO 2

TABLA 1: GUÍA PARA REGISTRAR LA OBSERVACIÓN

Actividad: _____

Tema que se trabaja: _____

Quién la dirige: _____

Horario_____ Tiempo de duración_____

Lugar: _____

Participantes _____

INDICADORES	CATEGORÍAS PARA LA EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
	ALTA	MEDIA	BAJA	
Dominio que muestran de los conocimientos sobre el CCU (concepto, síntomas, causas, factores de riesgo, consecuencias conductas a seguir, hábitos de consumo)				
Calidad para expresar lo aprendidosobre CCU				
Deseos de aprender sobre el CCU				
Avidez por leer y buscar bibliografía sobre el CCU				
Importancia que le otorga al cuidado de la salud (autocuidado y autoestima) y la de lo demás				
Cumplimiento de las reglas de higiene personal y colectiva				
Responsabilidad en la práctica de las relaciones sexuales				
Prácticas de hábitos de consumo				

Cumplimiento de las reglas de higiene personal y colectiva				
Establecimiento de relaciones sociales				
Compromiso por divulgar lo aprendido				
Indice de asistencia a las actividades desarrolladas				
Disciplina durante las acciones que se realizan				

ANEXO 3.

CUESTIONARIO PARA ENCUESTA

Estimada adolescentes, estamos realizando un estudio relacionado con la percepción de riesgo que tienes del cáncer cérvicouterino, el cual se considera el segundo cáncer más frecuente en las mujeres y una de las primeras causas de muerte en el mundo, se incluye nuestro país. Esta encuesta es personal y anónima, no tienes que poner su nombre, no es para evaluar, solo queremos saber tu parecer sobre el tema. Solicitamos tu valiosa colaboración y confiamos en la seriedad de tus criterios. Agradecemos mucho tu colaboración. Gracias

Cuestionario

1. ¿Qué conoces del cáncer cérvico uterino? Marque con X la opción que consideres correcta.

- a) Es una enfermedad no prevenible
- b) Es una enfermedad prevenible
- c) No sé nada

2. Los conocimientos o información sobre temas de las enfermedades como el cáncer los obtienes de:

(Marca con una x tantas como consideres)

- a) Escuela (profesores y profesoras)
- b) Médico
- c) Madre
- d) Medios de comunicación (TV, radio, internet, foros sociales etc.)
- e) Padre
- f) Libros
- g) Amistades
- h) Pareja
- i) Otros ¿Cuáles?.
- j) _____

3. Identifica en las siguientes situaciones, cuáles son posibles observar en tu entorno (Marca con una x tantas como consideres)

- a) Empleo de lenguaje vulgar para referirse a aspectos relacionados con la sexualidad, relación de pareja, etc.

- b) Compañeros que tienen relaciones con una persona que tiene otra pareja.
- c) En las relaciones entre compañeros, se aprecian ofensas, faltas de respeto, malos tratos y discriminación a los más pequeños.
- d) Carteles y posters sobre la prevención de enfermedades crónicas como el cáncer cérvicouterino.
- e) Compañeros fumando en ocasiones.

4. Lee cuidadosamente y contesta V (verdadero), F (Falso), o NS (no sé).

- a) El cáncer solo afecta a las personas mayores. creencia
- b) Las adolescentes no se enferman de cáncer cérvicouterino.
- c) Las causas del cáncer cérvicouterino son: la mala alimentación, tener mala higiene genital, heredarlo de la madre.
- d) El virus de papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual.
- e) El hábito de fumar es factor de riesgo de distintos tipos de cáncer entre ellos el cáncer cérvicouterino.
- f) Una persona joven que se ve saludable no tiene el virus de papiloma humano.
- g) El condón o preservativo es lo más eficiente para protegerse de las Infecciones de transmisión sexual.
- h) Las mujeres pueden tener cáncer cérvicouterino y no darse cuenta de los síntomas.
- i) Las pastillas anticonceptivas son la mejor vía para evitar el embarazo.
- j) El cáncer cérvicouterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.

5. Trata de recordar y contesta con exactitud sobre tus experiencias sexuales, si es que las has tenido.

¿En qué etapa de tu vida iniciaste las relaciones sexuales? (Marca con una sola X según fue tu caso)

- a) Antes de los 14 años.
- b) entre los 14 y 16 años.
- c) Después de los 18 años.
- d) No las he tenido.

6. ¿Te interesa conocer acerca del cáncer cérvicouterino?

SI NO

7. ¿Qué vías prefieres para conocer acerca del cáncer cérvicouterino? Marca según tu gusto.

a) ___ Por tus profesores

b) ___ Por tu mamá o tu papá

c) ___ En talleres participativos.

d) ___ En murales, carteles, folletos, plegables...etc.

e) ___ Por los softwares educativos, libros electrónicos, multimedia, videos, otros medios de las tecnologías de comunicación.

f) ___ Por tu mejor amiga (o).

g) ___ Por el médico del área de salud.

h) ___ Otros.

¿Cual? _____

ANEXO 4

TABLA 2: ESCALA AUTOVALORATIVA APLICADA A LAS ADOLESCENTES

NOMBRE: _____

Señale en cada aspecto el valor que consideras tienes verdaderamente. Si es bajo, 1 punto, si es medio, 2 puntos y si es alto, 3 puntos.

Cuando realices la suma total, puedes reconocer qué nivel de percepción de riesgo tienes hacia el cáncer cérvicouterino, atendiendo a los siguientes rangos: de 17 a 28 (Bajo), de 29 a 40 (Medio), de 41 a 51 (Alto)

Si lo deseas puede argumentar la valoración que ofrezcas de algún aspecto en la casilla de las observaciones o en el dorso de la hoja

ASPECTOS A AUTOVALORAR	CATEGORÍAS PARA LA VALORACIÓN			OBSERVACIONES
	ALTO	MEDIO	BAJO	
Domino del concepto de CCU				
Reconocimiento de los síntomas del CCU				
Identificación de los factores de riesgo (biológicos y sociales) del cancer cérvicouterino				
Reconocimiento de las consecuencias, personales, sociales y económicas) del CCU				
Identificación de las conductas a seguir en la práctica de				

las relaciones sexuales (estables-inestable y protegidas-protegida)				
Tipificación de los hábitos de consumo (tabaquismo, alcoholismo, drogas)				
Situación del CCU en el mundo y en Cuba				
Deseos de aprender sobre el CCU				
Avidez por leer y buscar información sobre el CCU				
Importancia que le otorgas al cuidado de su salud (autocuidado y autoestima) y a la de los demás				
Cumplimiento de las reglas de higiene personal y colectiva				
Responsabilidad en la práctica de las relaciones sexuales				
Prácticas de hábitos de consumo				
Establecimiento de relaciones sociales				
Compromiso por divulgar lo aprendido				
Índice de asistencia a las actividades desarrolladas				
Disciplina durante las actividades que se realizan				

Participación en las actividades que se desarrollan				
Total por niveles de percepción de riesgo el cáncer cervicouterino				
Nivel general de percepción de riesgo sobre el cáncer cervicouterino				

ANEXO 5

TABLA 3: CATEGORÍAS PARA EMITIR UN CRITERIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO HACIA EL CCU QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES AL INICIO Y AL FINAL DE LA INVESTIGACIÓN

NIVELES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
ALTO	Cuando las adolescentes de la muestra y el resto de las personas que aportan información emiten respuestas correctas, amplias, con seguridad, así como criterios y niveles de satisfacción muy Buenos sobre los indicadores establecidos en el conjunto de métodos aplicados.
MEDIO	Cuandolas las adolescentes de la muestra y el resto de las personas que aportan información emiten respuesta correctas, pero limitadas con ciertas eguridad, así como criterios y niveles de satisfacción aceptables sobre los indicadores establecidos en el conjunto de métodos aplicados
BAJO	Cuandolas las adolescentes de la muestra y el resto de las personas que aportan información emiten respuestas muylimitadas o incorrectas, o responden que no saben, así como criterios y niveles de satisfacción negativos sobre algunos de los indicadores establecidos en el conjunto de métodos aplicados.