

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

"RELACIÓN ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD  
SEXUAL - REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO - NOVIEMBRE 2017"

Presentado por:

Bach. Elizabeth Pinedo Aspajo

Bach. Marily Pérez Fernández

Asesora:

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA

TARAPOTO - PERÚ

2018



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).  
Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

"RELACIÓN ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD  
SEXUAL - REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO - NOVIEMBRE 2017"

Presentado por:

Bach. Elizabeth Pinedo Aspajo

Bach. Marily Pérez Fernández

Asesora:

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA

TARAPOTO - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“RELACION ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD  
SEXUAL - REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO - NOVIEMBRE 2017”**

**Presentado por:**

**Bach. Elizabeth Pinedo Aspajo**

**Bach. Marily Pérez Fernández**

**Asesora:**

**Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA**

**TARAPOTO - PERÚ**

**2018**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



### TESIS

**“RELACION ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD  
SEXUAL - REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO - NOVIEMBRE 2017”**

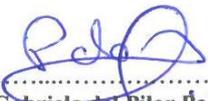
**Presentado por:**

**Bach. Elizabeth Pinedo Aspajo**

**Bach. Marily Pérez Fernández**

**Sustentado y aprobado ante el honorable jurado  
el día 19 de marzo de 2018**

  
.....  
Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino  
Presidente

  
.....  
Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado  
Miembro

  
.....  
Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales  
Miembro

## Declaración de Autenticidad

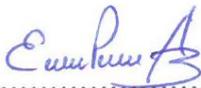
**Elizabeth Pinedo Aspajo** identificada con DNI: 47254204 y **Marily Pérez Fernández** identificada con DNI:47519811, egresadas de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Escuela Profesional de Obstetricia, con la tesis titulado: “RELACIÓN ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL-REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO- NOVIEMBRE 2017”.

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagios (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumimos las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 3 mayo del 2018



Elizabeth Pinedo Aspajo

DNI: 47254204



Marily Pérez Fernández

DNI: 47519811



## **Constancia de Asesoramiento**

Consta con la presente que la **Obsta.Mg. Consuelo Dávila Torres**, ha asesorado el proyecto de tesis titulada, “ RELACIÓN ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL – REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO- NOVIEMBRE DEL 2017”, presentado por las egresadas de la Escuela Profesional de Obstetricia; **Elizabeth Pinedo Aspajo** y **Marily Pérez Fernández**.

Por lo tanto queda revisado por el suscrito, se expide la presente al fin que sea presentado para su aprobación y el trámite respectivo.

Atentamente.

Tarapoto, 03 de mayo del 2018.



---

**Obsta.Mg. Consuelo Dávila Torres**  
Asesora

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres: Pinedo Aspajo Elizabeth	
Código de alumno : 094167	Teléfono: 979821780
Correo electrónico : eliz_pinedo18@hotmail.com	DNI: 47254204

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de: Obstetricia

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título: "Relación entre las practicas de autocuidado en salud sexual-reproductiva y el embarazo adolescente del centro de Salud Morales, Julio - Noviembre 2017"
Año de publicación: 2018

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia No Exclusiva, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

14 / 05 / 2018



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización **NO EXCLUSIVA** para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	Pizar Fernández Marily	
Código de alumno :	084164	Teléfono: 956542563
Correo electrónico :	Mary_linda95@hotmail.com	DNI: 47519811

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	Ciencias de la salud
Escuela Profesional de:	Odontología

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título:	Relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual-reproductiva y el embarazo en adolescentes del Centro de salud Morales, Julio-Rovamán 2017.
Año de publicación:	2018

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

### 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.



Firma del Autor

### 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

14, 05, 2018



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido**: el documento no se visualizará en el Repositorio.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mi hija y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

**Marily**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Martín por habernos dado la posibilidad de formarnos profesionalmente.

A nuestra asesora la Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

A los obstetras y demás personal de salud del área de Obstetricia del C. S. Morales, que contribuyeron en la obtención de los datos de investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

Igualmente, un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

**Los autores**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de Contenido.....	viii
Índice de Tablas.....	ix
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Título.....	1
I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Marco Conceptual.....	1
1.2 Antecedentes.....	4
1.3 Bases Teóricas.....	10
1.4 Justificación.....	28
1.5 Problema.....	29
II OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivo General.....	30
2.2 Objetivos Específicos.....	30
2.3. Hipótesis de Investigación.....	30
2.4. Operacionalización de variables.....	31
III MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
IV RESULTADOS.....	35
V DISCUSIÓN.....	41

VI CONCLUSIONES.....	46
VII RECOMENDACIONES.....	48
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
IX ANEXOS.....	56

**INDICE DE TABLAS**

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Prácticas de autocuidado según la higiene genital realizada por los adolescentes del Centro de Salud Morales	66
<b>Tabla 2.</b> Prácticas de autocuidado según la prevención del embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales	67
<b>Tabla 3.</b> Descensos o flujos genitales en adolescentes del Centro de Salud Morales	68
<b>Tabla 4.</b> Prácticas de autocuidado según el manejo de flujos vaginales en adolescentes del Centro de Salud Morales	68
<b>Tabla 5.</b> Prácticas de autocuidado según realización del autoexamen preventivo de cáncer en adolescentes del Centro de Salud Morales.	69
<b>Tabla 6.</b> Ocurrencia de embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales.	70
<b>Tabla 7.</b> Ocurrencia de embarazo según tipo de adolescente en el Centro de Salud Morales	70
<b>Tabla 8.</b> Ocurrencia de infecciones según tipo de adolescente en el Centro de Salud Morales	71
<b>Tabla 9.</b> Relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017.	73

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Morales, julio-noviembre 2017”, estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo, transversal, la población y muestra fue 80 adolescentes. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados, el autocuidado según la higiene genital fue: 100% realizan higiene de genitales en forma adecuada, todos los días, de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera, utiliza jabón en su lavado y se abstiene de las duchas vaginales. Sin embargo, no realizan la higiene post acto sexual. El autocuidado según la prevención del embarazo, 100% han iniciado la actividad sexual, 26,32% usa método anticonceptivo, 94,74% indicado por profesional calificado. El autocuidado según el manejo de flujos genitales fue: 90% tuvo descenso o flujo vaginal; el 50,0% acudieron al obstetra o médico para diagnóstico y tratamiento. La práctica de autocuidado según autoexamen preventivo de cáncer fue: 47,5% practican el autocuidado del autoexamen de mama. Según el tipo de adolescencia y la ocurrencia de embarazo e infecciones se encontró: el 72,5% se embarazaron. De las adolescentes embarazadas, 96,5% tuvieron 15 – 19 años. Según las infecciones el 20,0% de las adolescentes tuvieron 15 – 19 años. En conclusión, Existe relación significativa entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes, la prueba no paramétrica chi cuadrado, los resultados fueron ( $X^2 = 6,705$ ;  $p = 0,015$ ).

**Palabras claves:** salud reproductiva, prácticas de autocuidado, embarazo adolescente.

## ABSTRACT

The present study aimed to "Determine the relationship between self-care practices in sexual and reproductive health and adolescent pregnancy in the Morales Health Center, July-November 2017", non-experimental, quantitative, descriptive, cross-sectional study, population and sample was 80 teenagers. The technique was the interview and the instrument the questionnaire. The results, the self-care according to genital hygiene was: 100% perform hygiene of the genitals properly, every day, from front to back and from the inside out, use soap in their washing and abstain from douching. However, they do not perform hygiene after sexual intercourse. Self-care according to the prevention of pregnancy, 100% have initiated sexual activity, 47.5% use contraception, 12.5% indicated by qualified professionals and 52.5% do not use MAC. The self-care according to the management of genital flows was: 90% had vaginal discharge or decrease; 50.0% went to the obstetrician or doctor for diagnosis and treatment. The practices of self-care according to cancer preventive self-examination were: 47.5% practiced self-care of breast self-examination. According to the type of adolescence and the occurrence of pregnancy and infections it was found: 72.5% became pregnant. Of the pregnant adolescents, 96.5% were 15 - 19 years old. According to the infections, 20.0% of the adolescents were between 15 and 19 years old. In conclusion, there is a significant relationship between self-care practices in sexual and reproductive health and adolescent pregnancy, the non-parametric chi square test, the results were ( $X^2 = 6.705$ ,  $p = 0.015$ ).

Keywords: reproductive health, self-care practices, adolescent pregnancy



## **TITULO:**

“RELACION ENTRE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL - REPRODUCTIVA Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MORALES, JULIO - NOVIEMBRE 2017”

## **I. INTRODUCCION**

### **1.1. Marco Conceptual**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (1).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (1).

La salud sexual y reproductiva es uno de los temas de mayor interés a nivel mundial, ya que estos son los que conllevan los mayores índices de muertes e infecciones incluyendo la del VIH/SIDA. Los adolescentes son el grupo etareo de mayor riesgo de sufrir cualquiera de estas consecuencias, ya que los atributos físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia contribuyen a que los jóvenes sean particularmente vulnerables a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados por la falta de conocimientos que poseen sobre los métodos anticonceptivos (2).

Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de sus impulsos, la ambivalencia emocional y conducta, exponiéndolos a ser víctimas para iniciar relaciones

sexuales a muy temprana edad, exponiéndolos a algunos riesgos asociados como presencia cada vez más frecuente de infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, etc. (3).

La Organización Mundial de la Salud manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento en el número de ITS entre adolescentes. Se calcula que cada año el 15% del total de adolescentes a nivel mundial contrae una ITS. Asimismo, se estima que 560.000 jóvenes, entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA (OMS, 2005). Actualmente, más de la mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurren en esta población (4).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), de acuerdo al otro indicador de la fecundidad adolescente: la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas, también se perciben cambios según la Encuesta del 2009 en comparación con la del 2000; pues el porcentaje de aquellas que ya son madres y el de las embarazadas de la primera hija o hijo tienden al incremento. Y según la Encuesta del 2013 la proporción de adolescentes embarazadas con la primera hija o hijo sigue en aumento. El porcentaje de mujeres adolescentes que inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años tendió al incremento en la década del 2000, en especial a partir del 2009 (de 5,1% en el 2000 pasó a 6,2% en el 2009). La exposición al riesgo de embarazo de las adolescentes se detecta especialmente a través de la proporción de aquellas sexualmente activas, sin importar su estado conyugal.

Entre 1996 y el 2000 ha disminuido el porcentaje de adolescentes que nunca ha tenido relaciones sexuales y continúa esa tendencia. En segundo lugar, la actividad sexual reciente de las adolescentes - o en las cuatro semanas precedentes a la encuesta - se ha incrementado; comportamiento que se advierte sobre todo desde el año 2009. Según la Encuesta del 2013, alrededor de un tercio de adolescentes alguna vez embarazadas, son madres sin pareja conyugal (25,5% son solteras y 6,8% separadas o divorciadas). Y entre las que tienen pareja conyugal, predominan las convivientes (64,8% frente a 2,9% de casadas). La maternidad adolescente ocurre principalmente en uniones consensuales (convivencias), pero también existe importante proporción de madres solteras, sobre todo en las embarazadas por primera vez (30,1%). En el transcurso de 17 años, el total de mujeres adolescentes que usa algún método anticonceptivo se ha incrementado (de 7,5% en 1996 a 14,0% en el 2013), en especial el uso de métodos modernos (5).

Los adolescentes no hacen uso de los métodos anticonceptivos, solo el 0,9% de este grupo etario usan el condón; el 28,8% de ellos conoce el VIH/SIDA, pero no saben cómo evitarlo; el 50,7% de las mujeres entre 15 y 19 años no conocen sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), una de cada 20 jóvenes se ve afectada por una ITS. La falta de información sobre los métodos hace que inicien su actividad sexual a temprana edad: en los varones a los 17 años y en las mujeres a los 19 años. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS, en 2005, 4,9 millones de personas contrajeron la infección por el VIH. Otros 40,3 millones de personas ya vivían con VIH/SIDA (6).

Los jóvenes podrían tener más probabilidad que los adultos de adoptar y mantener prácticas y conductas sexuales saludables, debido a las características propias de su edad que llevan a desarrollar en el joven capacidades adaptativas para su desarrollo, lo cual los convierte en un elemento clave de las actividades de prevención y atención, además de un recurso poderoso en la lucha contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (7).

Lo preocupante de esta situación en los adolescentes, no es el inicio de las relaciones sexuales tempranamente, sino la poca responsabilidad que adoptan los jóvenes respecto a las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva. Las prácticas y el autocuidado en salud sexual y reproductiva deben de ser aprendido y orientado hacia el cuidado integral, dirigido por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar sexual de las personas (8).

Los adolescentes representan un potencial para el desarrollo social y económico de la región, aunque los gobiernos de muchos países no consideran prioritario invertir en ellos, esto se debe en parte a que la información existente sobre adolescentes y jóvenes es escasa, y los pocos datos que existen se centran en conductas problema o de riesgo y no están desagregados por edad o sexo, esta carencia dificulta la realización de estudios comparativos entre comunidades, países o subregiones y las actividades específicas para este grupo etario (3, 9).

Por la problemática mencionada asociada a los adolescentes, se considera importante realizar esta investigación, la cual nos permitirá conocer el nivel de autocuidado que presentan respecto a su salud sexual y reproductiva y como esta condición se relaciona con el embarazo adolescente, para intervenir oportunamente y evitar la morbimortalidad.

Además, permitirá conocer las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes con respecto a la higiene pre y post coito, el uso de anticonceptivos, manejo de secreciones anormales en la vagina, autoexamen de mamas, para educar óptimamente a los adolescentes y prevenir las complicaciones.

## **1.2. Antecedentes**

**Rangel Y. (2014)**, en su estudio “Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres parejas de migrantes internacionales de San Luis Potosí”, realizado en México, estudio descriptivo simple, de una muestra de 20 mujeres a los cuales se les aplicó un cuestionario, estudio no experimental. Resultados: la mayoría de las mujeres no se reconoce vulnerable frente a las ITS y que la percepción del riesgo no es determinante en la confrontación que respecto a la amenaza puedan desarrollar, dado que los imaginarios patriarcales que prevalecen en ellas, sus parejas y el personal de salud desestiman la utilización de medidas de prevención y detección oportuna. El autor concluye que los esposos en su mayoría no utilizan condón (10).

**Kassa T, Luck T, Bekele A, Riedel S. (2016)**, en su estudio “La salud sexual y reproductiva de los jóvenes con discapacidad en Etiopía: un estudio sobre el conocimiento, la actitud y la práctica: un estudio transversal”, Etiopía, estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, de una muestra de 426 jóvenes a los cuales se les aplicó una encuesta. Resultados: solamente el 64.6% de los jóvenes eran conscientes de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). La radio y la televisión fueron mencionadas como las principales fuentes de información por el 62,2% de los participantes. El 77,9% nunca había tenido una discusión sobre temas de SSR con sus padres. Aunque el 96,7% de los encuestados había oído hablar del VIH, el 88% tenía malos conocimientos sobre las formas de prevenir el VIH. Se encontró que la percepción del riesgo de contraer el VIH era generalmente baja en YPWD; Sólo el 21,6% cree que están en riesgo de contraer el VIH. Los autores concluyen que en general existe una falta de conocimiento integral, práctica apropiada y actitud favorable de los jóvenes con respecto a diferentes temas relacionados con la SSR (11).

**Antonio R, Gómez M, Sánchez A. (2011)**, en su estudio “El Autocuidado en la Sexualidad de los Jóvenes”, México, estudio con enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo, transversal; la muestra fue intencional de 320 alumnos de nuevo ingreso al nivel superior, de una facultad pública del Estado de México. Para la recolección de los datos se utilizó un

cuestionario integrado por 19 reactivos, 7 abiertos y 12 cerrados. Resultados. El 75.4% de los jóvenes no saben con exactitud definir que es la sexualidad, en cierta forma el 24.6% refieren ideas, la información obtenida que tienen los jóvenes es orientada por amigos, medios de información, escuela y familia. El inicio de vida sexual activa es entre los 17 a 19 años el 50.6%. En cantidad de parejas sexuales el 12.9% tiene hasta tres parejas que los vuelve vulnerables de embarazarse o adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Conclusiones. La educación y el autocuidado de la sexualidad se deben proporcionar con una base firme de conocimientos sobre la sexualidad humana, iniciándose a temprana edad, para promover una actitud positiva de prevención hacia la sexualidad (12).

**Tufiño M, Romero C. (2012).** En su investigación titulada “Conductas sexuales generacionales y su relación con la presencia de enfermedades de transmisión sexual en los estudiantes que acuden a la sección nocturna del Instituto Tecnológico Superior 5 de Junio De La Ciudad De Quito”; realizado en Ecuador, estudio descriptivo, cuantitativo, se aplicó una encuesta de 26 preguntas. En resultados se encontró el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino (67- 59%). En comparación al sexo femenino (33 - 41%): las edades comprenden a nivel de colegio oscilan entre 12-30 años. mientras que en el nivel superior es de 17- 30 años. El 70% son solteros. seguido de unión libre en un 13% a nivel del colegio y un 15% de casados en el nivel superior: más del 90% de los alumnos ya han mantenido relaciones sexuales y la edad de inicio de la primera relación sexual se encuentra entre los 11 a 21 años (colegio) y 16 a 17 años (superior) (chi cuadrado: 6.071;p<0.01); presencia de infecciones de transmisión sexual: el 15% de los estudiantes del nivel superior presentan vs el 3% a nivel del Colegio (chi cuadrado de 8.7; p<0.003), y falta de información sobre la sexualidad: el 78% del nivel superior no lo han recibido vs 42% del colegio (chi cuadrado de 27; p<0.0000002). Conclusión: Los dos niveles de la institución son proclives al desarrollo de enfermedades de transmisión sexual, que la falta de información adecuada para la misma hace que dichas enfermedades afecten la salud sexual y reproductiva de la población estudiantil (13).

**Gutiérrez B. (2010),** en su estudio “Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: Aproximación a un grupo de jóvenes.”, Colombia, estudio cualitativo, descriptivo de una muestra de 224 jóvenes, a los que se les aplicó un cuestionario. Resultados: encontró que de 101 mujeres de entre las edades de 12 a 18 años, 87 de ellos manifestaron no haber iniciado aun relaciones sexuales; sin embargo, 9 ya lo hizo, con respecto a los hombres de un total

de 120 de entre las edades de 9 a 17, 79 manifestó no haber iniciado aun relaciones sexuales, 41 manifiestan que ya lo habían hecho. Conclusión: algunos hombres presentan practicas irresponsables de sexualidad, no les interesa protegerse y mucho menos que su pareja se proteja (14).

**Herreda L, Solís A. (2014)**, en su estudio “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la institución educativa “Jorge Basadre Grohman” Huangalá –Sullana”, realizado en Perú, estudio cuantitativo, descriptivo, diseño no experimental, transversal, de una muestra de 100 adolescentes, a los cuales se les aplicó un cuestionario. Resultados: 62% de los adolescentes pertenecían al grupo etáreo de 14 a 16 años, así mismo el 38% ha iniciado su actividad sexual. Respecto a los conocimientos el 91% desconoce de manera global sobre su sexualidad, siendo la dimensión menos conocida; ciclo de respuesta sexual con un 99%. Así mismo el 76% presenta actitudes desfavorables, como desconocimiento de medidas preventivas sobre el VIH (97%), desconocimiento sobre medidas anticonceptivas para prevenir el embarazo (94%), desconocimiento de la anatomía y fisiología sexual (97%). Conclusión: la mayoría de los adolescentes desconocen su sexualidad y no pueden mantener una vida sexual responsable, segura y saludable (15).

**Lozada R, Solís N. (2014)**, en su estudio, “conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la institución educativa República Argentina Chimbote, 2014”. Perú, estudio descriptivo, cuantitativo, transversal de una muestra de 193 alumnos. Resultados: el 85% desconoce que la Vivencia sexual responsable implica tener conocimientos sobre Infecciones de transmisión sexual/Virus de inmunodeficiencia humana/SIDA, mientras que el 67.4% no conoce que los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad. Un 92.2% de adolescentes que si tienen claro que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida, mientras que un 55.4% de adolescentes desconocen cuáles son las infecciones de transmisión sexual, seguido de un 67.9% no saben que el SIDA no se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada. Un 67.4% no saben que las medidas anticonceptivas para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU. Conclusión: hay alto desconocimiento sobre medios de cómo se contagian las enfermedades de transmisión sexual (16).

**Oliveira D, Reyna S. (2014)**, en su estudio “Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva diferenciado por sexo en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali,

Pucallpa – 2014”, Perú, estudio descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal, de una muestra de 374, a los cuales se les aplicó un cuestionario de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva. Resultados: el 88% de los estudiantes del sexo femenino y el 56% del sexo masculino realizan una inadecuada higiene de sus genitales, el 19% de estudiantes del sexo masculino y el 12% del sexo femenino realizan una inadecuada higiene pos coito, el 70% de estudiantes del sexo masculino y el 44% del sexo femenino tienen un adecuado uso de métodos anticonceptivos, así mismo se observa que el 10% del sexo masculino y el 5% del sexo femenino tienen un inadecuado uso de métodos anticonceptivos. El 28% de los estudiantes del sexo femenino y el 4% del sexo masculino realizan un inadecuado manejo de flujos genitales. El 34% de estudiantes del sexo masculino y el 13% del sexo femenino realizan un inadecuado autoexamen preventivo de cáncer de órganos reproductivos. El 36% de estudiantes tienen una inadecuada frecuencia en el examen del Papanicolaou. Conclusión: el sexo que predomina con adecuadas prácticas es el sexo masculino, mientras que el sexo femenino cuenta con inadecuadas prácticas en salud sexual y reproductiva (17).

**Rueda M. (2011)**, en su investigación titulada. "Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 16 años del distrito de Marcavelica - Sullana", investigación de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, diseño transversal, la muestra de 100 adolescentes. Resultados: encontró que adolescentes de 14 a 19 años del distrito de Marcavelica - Sullana, en su mayoría, no conocen acerca de la sexualidad debido a que éstos desconocen temas básicos para que puedan aprender a vivir una sexualidad de manera saludable y responsable. Los adolescentes en su gran mayoría han demostrado no conocer las cuatro dimensiones básicas: anatomía y fisiología sexual y reproductiva (77.6%), respuesta sexual humana (86.4%), prevención de infecciones de transmisión sexual, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (72.8%). Entre los ítems menos conocidos por dimensiones en los adolescentes es en cuanto a los días fértiles de la mujer (54.4%); las fases de la respuesta sexual (53.6%), las principales ITS (56%); desconocen que la monogamia previene del VIH (56%); desconocen de la sintomatología de las ITS (54.40%); que el preservativo es seguro para prevención de ITS (47.2%); además desconocen los métodos anticonceptivos para regular la fecundidad en un (60.8%); desconocen los métodos hormonales (60.8%); los métodos de barrera (57.6%), el uso de la T de cobre (51.2%); la abstinencia sexual como método (51.20%) y desconocen que en la primera relación coital una mujer puede quedar embarazada (40%). Si bien es cierto que los adolescentes del distrito de Marcavelica de

manera general presentan actitudes favorables frente a la sexualidad, es importante resaltar que existe un importante grupo de éstos (36.8%) que presentan actitudes desfavorables, siendo de mucha importancia ya que ellos se encuentran expuestos a diversas situaciones que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva. Las actitudes desfavorables de los adolescentes por dimensiones están presentes en primer lugar en la dimensión autonomía con un 48.8%, responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 44%, respeto mutuo y reciprocidad con 44%, libertad para decidir 39.2%, sexualidad como algo positivo 36% y sexualidad y amor con 35.2%. Conclusión: los adolescentes de la Institución educativa Jorge Basadre Grohman de Huangalá – Sullana, en su mayoría desconocen su sexualidad global y por dimensiones, así mismo presentan actitudes desfavorables frente a su sexualidad, lo que pone en riesgo una vivencia sexual responsable, segura y saludable (18).

**Grados M, Ordoñez M. (2014)**, en su estudio “Nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la institución educativa 3054, La Flor, Carabayllo – 2014”, Lima Perú, estudio es cuantitativa, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 125 alumnos. El instrumento utilizado fue un cuestionario y como técnica, la encuesta. Resultados: El nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo es bueno en un 78,4%, en la dimensión de nivel conocimientos sobre los métodos anticonceptivos es buena en un 35,2%, en la dimensión de autocuidado sobre métodos anticonceptivos es buena en un 38,4%, en la dimensión de conocimientos sobre las ITS y VIH-SIDA es deficiente, en la dimensión de autocuidado de las ITS y VIH-SIDA es excelente con un 44%. Conclusión: Se pudo determinar que hay un porcentaje excelente en el nivel de autocuidado de las ITS y VIH-SIDA; deficiente en el nivel de conocimientos de ITS y VIH-SIDA (2).

**Gómez A. (2011)**, en su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011”. Lima Perú, estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, la muestra estuvo conformada por 226 alumnos del 5to año y la recolección de los datos se hizo mediante la aplicación de una encuesta. Resultados: el 99.10%, ha recibido algún tipo de información con respecto a sexualidad siendo la fuente más mencionada los profesores 81.86%. El 99.60% conocen de la existencia de las infecciones de transmisión sexual, siendo las más conocidas el VIH/SIDA 99,12%, la Hepatitis B 66.37% y la Sífilis, 61.95%. El 98,7% sabe que estas

infecciones se pueden contagiar y que también se puede prevenir; a pesar de esto solo el 30.97% conoce las tres formas correctas de prevenirlas. El 99.6%, conocen de la existencia del VIH/SIDA; y el 98,7% sabe que se puede contagiar y también prevenir; sin embargo, solo el 49.12% conoce las cuatro formas de infección y tan solo el 33.63% conoce las tres formas correctas de prevenir la infección. El 99.6% de los alumnos conoce de la existencia de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos la Píldora 93.81%, la T de Cobre 89.38% y el Preservativo 87.61%. Sin embargo, solo el 24.78% sabe que sirven para evitar un embarazo. El 71.68% de los alumnos está de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos por los adolescentes antes del matrimonio. El 31% de los alumnos ya han tenido actividad sexual. El 56.9% usó algún método anticonceptivo siendo el preservativo 80,5% el más usado. Entre las razones para el no uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual se encontró a “No desear usarlo” en 38,71% casos. El 14.6% de los alumnos son sexualmente activos de ellos el 90.9% usa algún método anticonceptivo siendo el preservativo 70% el más usado. El 85.8% de los alumnos conoce de la existencia de lugares donde encontrar información con respecto a salud reproductiva y/o planificación familiar, el 75.66% está de acuerdo con hacer uso de ello y el 37.17% ya lo ha hecho. El 42.92% de los alumnos está de acuerdo con las relaciones sexuales en los adolescentes antes del matrimonio. Entre los alumnos que ya han tenido actividad sexual y su opinión con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio el 58.33% está de acuerdo; y el 41.67% no está de acuerdo y/o no sabe y/o no opina (19).

**Navarro M, López A. (2012)**, en su estudio “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – setiembre 2012”, realizado en Perú, estudio descriptivo simple, no experimental, de corte transversal, de una muestra de 79 adolescentes. Resultados: los adolescentes tienen un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%. El 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%. Conclusión: los adolescentes tienen actitudes favorables frente a las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual obtuvo un 83.5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones, el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7% (20).

### **1.3. Bases teóricas**

#### **Autocuidado**

Totalidad de un individuo incluyendo no sólo sus necesidades físicas sino también sus necesidades psicológicas y espirituales y el concepto "cuidado" como la totalidad de las actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (21).

Comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales (22). Es el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad que tiende a brindarse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda (23).

Comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales en tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso (24).

Es una contribución constante del individuo a su propia existencia: "como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma" (25).

Son las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un "entorno natural", es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas (26).

### **Educación para el Autocuidado**

Es importante tener una educación para el autocuidado, ya que se debe facilitar al sujeto la propia definición de su condición de salud, es decir, debe conocer y reconocer sus problemas, identificando éstos en la medida que se presentan, todo esto para lograr soluciones entre las cuales esté presente el cuidado de sí mismo y la solicitud de ayuda pertinente, Esta educación debe partir con un diagnóstico de la situación individual que incluye el entorno del cual procede la persona, los estilos de vida, experiencias, forma de relacionarse, creencias, valores y motivación a cambios de conducta (27).

Existen factores determinantes en las conductas de autocuidado y la variabilidad entre las personas se acentúa con los años, por lo que se debe considerar que la conducta de autocuidado es aprendida de padres a hijos, por lo tanto, la familia constituye la base de la educación, en su rol formador: el niño adquiere valores y normas de vida que lo marcarán a futuro (28).

### **Sexo**

En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética (20).

Es una estricta variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales (29).

### **Autocuidado en salud sexual y reproductiva**

El autocuidado tiene que ver con las cosas que una/o hace, dice y siente para asegurarse y proteger la salud física, sexual, mental y espiritual propia. Entre estas se incluye la protección contra ITS/VIH-SIDA y la prevención del embarazo (30).

Autocuidado en salud sexual y reproductiva es en todas las generaciones especialmente en los jóvenes el autocuidado para una buena y sana salud sexual y reproductiva, considerando que la sexualidad es algo básico para el ser humano: El hombre, la mujer, la adolescencia, un embarazo (17).

### **Tipos de autocuidado**

Entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quiere alcanzar con el autocuidado (14).

**Autocuidado Universal:** Llamados también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: la conservación de ingestión suficiente de aire agua y alimento. Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, Evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar. Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal (25).

**Autocuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez (31).

**Autocuidado en relación a la desviación de la salud:** Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado, el cual tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándose demanda de autocuidado para la prevención secundaria. La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes (32).

### **Principios para el autocuidado**

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

### **Teoría del autocuidado según Dorothea Orem:**

La teoría del autocuidado: en la que se explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí misma, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado (25).

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud,** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

## **Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva, cuidado e higiene de los órganos sexuales y reproductivos (17).**

### **Higiene sexual**

La higiene es indispensable para todo el cuerpo. Hablar de higiene no solo supone hablar de agua y jabón, sino que va más allá; también significa hablar de hábitos saludables.

La higiene diaria es necesaria para todo el cuerpo, pero muy especialmente para los órganos sexuales, más aún en la pubertad, en que los órganos sexuales empiezan a funcionar y a producir nuevas sustancias, semen en los hombres, y en las mujeres la menstruación y fluidos vaginales.

### **En las mujeres**

La aparición de la menstruación en las niñas es uno de los aspectos más importantes de la pubertad y consiste en la salida, por la vagina, de un flujo sanguíneo por tres o más días cada mes. Otro fluido que sale por la vagina es el “flujo”, una sustancia parecida a un moco o clara de huevo, generalmente sale días antes de la menstruación o durante los días de ovulación.

Para evitar el mal olor o infecciones causadas por la acumulación de estas sustancias, es conveniente bañarse diariamente, limpiar bien los genitales cada vez que se acude al baño y cambiarse la toalla higiénica si se está menstruando, por lo menos tres veces durante el día.

Debido a que el orificio del ano (por donde salen las heces) y el de la vagina están muy cerca, es necesario que, después de defecar, se limpie muy bien estirando el papel de adelante hacia atrás y no al revés, para evitar que restos del excremento lleguen a la vagina y provoquen alguna infección. También se debe lavar y secar bien toda la zona genital, en especial la de los pliegues que forman los labios menores y labios mayores, dado que la humedad y el calor favorece el desarrollo de infecciones por hongos.

En caso de que el flujo vaginal sea amarillento y oloroso, produzca comezón y ardor, se debe consultar al ginecólogo para que recomiende el tratamiento adecuado.

### **Higiene Pre coital**

El lavado pre coital no es un ingrediente esencial ni imprescindible, siempre y cuando no hayamos corrido antes una maratón. Partiendo de la creencia de que la gente se ducha a diario y mantiene una higiene prudente, no hay por qué obsesionarse con la asepsia. Los prelavados pueden interrumpir fastidiosamente el juego previo y destruir las feromonas (33)

### **Higiene post coito**

Una buena higiene es imprescindible a la hora de practicar sexo con la pareja. Tanto el hombre como la mujer deben ser conscientes de que limpiarse la vagina o los genitales de forma sistemática y rutinaria es muy importante. Antes de llevar a cabo el acto sexual, conviene realizar una limpieza íntima. (33)

### **Higiene íntima después del acto sexual**

Una vez llegado el coito no se considera indispensable volver a limpiarse las partes íntimas. Los sexólogos suelen recomendar que la pareja dedique los momentos posteriores al acto sexual a quedarse en la cama abrazada y acariciándose antes de que uno de los dos desaparezca rumbo al lavado (33).

Estar sin lavarse no es algo insano ya que el esperma es estéril y cualquier mujer puede pasar toda una noche con esta sustancia en la vulva o en las nalgas. El hombre, por su parte, también puede quedarse tranquilo ya que las bacterias que provienen de la vagina no perjudican al sexo masculino. La higiene íntima es necesaria en los casos de micosis o piel sensible, o si el médico lo recomienda, pero en general se puede pasar una noche sin necesidad de hacer una limpieza íntima después del acto sexual.

Uno de los casos que más dudas genera es el del acto sexual durante la menstruación. En esta situación no existe peligro de infecciones, si ninguna de las dos personas tiene el sida, pero es preferible hacer rápidamente una limpieza después del acto ya que la sangre es un medio favorable para el desarrollo de los microbios.

### **Uso de métodos anticonceptivos (33).**

Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar.

Sin embargo, es importante saber que no existe el método anticonceptivo “perfecto”, adecuado a todas las mujeres o varones, para todas las edades y en todas las situaciones. Cada mujer, cada varón, cada pareja, debe decidir cuál es el anticonceptivo más adecuado a su situación, estado de salud, edad, frecuencia de las relaciones sexuales, actitudes propias y de su pareja, creencias y proyectos de vida.

La buena comunicación en la pareja sobre este tema ayuda a tomar decisiones con más seguridad y permite a ambos un mayor disfrute sexual. Siempre conviene consultar al médico, que podrá aconsejar cual es el método que mejor se adapta a las necesidades de cada persona y cada pareja. Así se podrá elegir el método que resulte más cómodo y seguro.

Los métodos anticonceptivos se clasifican en los siguientes grupos:

- **Métodos Naturales:** Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.
- **Métodos de Barrera:** Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos Vaginales, etc.
- **Métodos Hormonales:** Anticonceptivos orales (pildora), Inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), Implantes (Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia (Pastillas de Levonorgestrel).
- **Dispositivos intrauterinos (DIU):** T de Cobre, DIU que libera progesterona.
- **Métodos Quirúrgicos:** Bloqueo Tubarico Bilateral (Ligadura de Trompas), Vasectomía.

### **Manejo de flujos genitales**

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: inodoras, claras, viscosas, pH ácido menor que 4,5, no contienen neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por lactobacilluspp. La mucosa vaginal de la niña, a diferencia de la mujer adulta, es delgada con ausencia de glucógeno y lactobacilos acidófilos de Doderlein, pH neutro (7 a 8), medio que favorece el cultivo de microorganismos. Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria. En las niñas puede existir una secreción vaginal fisiológica en el momento del nacimiento y pre menarquia, y en la mujer durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia.

Las mujeres generalmente se quejan de secreción vaginal sólo cuando se modifican sus características en cuanto a cantidad, color y olor o cuando sienten prurito o molestias. El síntoma de secreción vaginal se presenta en las mujeres cuando tienen vaginitis (infección en la vagina), Cervicitis (infección del cuello del útero) o ambas. Cabe diferenciar estas dos afecciones porque la Cervicitis provoca complicaciones graves (33).

Las tres infecciones más frecuentes asociadas al síndrome del Flujo Vaginal son: Trichomoniasis, Vaginosis Bacteriana y la Candidiasis y con menor frecuencia la infección por *N. Gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*.

### **Diferencias entre la Vaginitis y Cervicitis**

**Vaginitis:** Es causada por Trichomoniasis, Candidiasis y Vaginosis Bacteriana, es la causa más común de flujo vaginal, fácil de diagnosticar, las complicaciones son infrecuentes, la Trichomoniasis exige tratamiento de las parejas sexuales. En la Candidiasis, solamente se sugiere en casos de recurrencia o presencia de balanitis o dermatitis del pene.

**Cervicitis:** Causada por Gonorrea y Clamidia, es una causa menos frecuente de flujo vaginal, difícil de diagnosticar, tiene complicaciones graves, siempre deben tratarse las parejas sexuales.

### **Autoexploración de mamas**

Todas las mujeres deberían examinar mensualmente sus senos para verificar la existencia de nódulos, zonas de mayor densidad o consistencia u otros cambios. Algunas lo hacen. Otras no. El hecho es que la mayoría de los nódulos de mama son descubiertos por las propias mujeres y, felizmente, la mayoría de ellos no son cancerosos. Conociendo cómo son tus mamas, serás capaz de reconocer cualquier cambio e informar a tu médico de inmediato. El autoexamen de mama puede salvar tu seno - y tu vida. Nadie conoce tu cuerpo mejor que tú. No te olvides de ir al médico una vez al año para tu examen de mama anual, además de tu examen pélvico (33, 34).

Este tipo de autoexamen es importante porque:

- El cáncer de mama es más fácilmente tratado y curado cuando se lo detecta temprano.

- Cuanto más te examinas, mejor para ti. Una vez que estés familiarizada con la palpación de tus mamas, te vas a dar cuenta rápidamente de cualquier cambio.
- Es fácil.
- El mejor momento para examinar las mamas es siempre en la misma época del ciclo.
- El mejor momento para hacer un autoexamen es después de tu menstruación, cuando tus senos no están sensibles o hinchados. Si no tienes períodos regulares, o si a veces tu menstruación se atrasa un mes, asegúrate de hacer el examen en el mismo día cada mes.

Hay dos modos de examinar tus senos:

- Mientras estás en la ducha.
- Mientras estás acostada.

Aún si has elegido examinarlos acostada, no es mala idea hacerte un autoexamen extra mientras estás en la ducha. Tus manos jabonosas resbalarán fácilmente sobre la piel mojada, facilitando examinarlos cada mes.

Después de examinarlas, usa el espejo. Después de examinar tus senos, revísalos mientras estés parada frente a un espejo. Trata de observar cualquier cambio en la apariencia de tus senos, tales como retracciones en la piel, cambios en los pezones, coloración roja o hinchazón. Informa a tu médico de inmediato, si encuentras un nódulo, zona de mayor densidad o algún cambio. La mayoría de los nódulos de mama no son cancerosos, pero no sabrás si no preguntas. Si descubres el cáncer de mama temprano, puede ser tratado con éxito.

#### **Cómo examinar los senos: (34)**

- Póngase frente al espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Fíjese en la piel de las mamas por si aparecen zonas salientes (nódulos) u hoyuelos, o cambios en el tamaño o aspecto de las mamas. Observe si los pezones están normales, comprobando que no estén invertidos, retraídos o fijados hacia el interior.
- Luego ponga las manos en sus caderas, observando lo mismo.
- Después ponga los brazos extendidos, para realizar, una vez más, la misma observación.

- Posteriormente, estando las mamas secas después del baño, ponga su mano izquierda detrás de la cabeza y examine la mama izquierda con la mano derecha del siguiente modo: Imaginando que su mama es una esfera de reloj ponga su mano derecha a las 12 en punto (arriba). Deje su mano relajada y presione con las puntas de los dedos (todos juntos) haciendo lentamente un movimiento circular, intentando palpar la posible presencia de nódulos.
- Realice la misma operación en la posición de la 1 del reloj, luego de las 2 y así, sucesivamente, todo el horario.
- Cuando termine el horario, vuelva a poner los dedos y la mano en la misma actitud pero ahora alrededor del pezón y con movimientos circulares, desde las 12 horas y en el sentido de las agujas del reloj vaya haciendo círculos concéntricos.
- Haga círculos cada vez más pequeños para llegar hasta el pezón. Fíjese en la posible existencia de nódulos y en una posible exudación de líquido por el pezón.
- Para terminar, realice una pequeña palpación del área cercana a la axila, donde puede haber tejido mamario.
- Al terminar esta exploración, debe realizar la misma operación en su otra mama, utilizando su mano contraria y siguiendo los mismos pasos.
- Es conveniente realizar esta misma operación estando acostada, colocando una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha, y luego repitiendo la misma operación con la mama izquierda.

### **Salud Sexual**

Es la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Requiere entre otras intervenciones, el fomento del trato justo entre los sexos para la mejora de las relaciones personales y la calidad de vida. La sexualidad está presente y forma parte de toda la vida (35).

Según la Organización Mundial de la Salud la salud sexual es definida como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud" (33).

### **Salud Reproductiva**

Según el ministerio de salud del Perú, es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo (36).

Según la organización mundial de la Salud, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos (33).

### **Salud Sexual y Reproductiva**

Es el derecho de las personas, el mismo que debe reconocer a hombres y mujeres la decisión si quiere o no tener hijos, a tener embarazos y partos saludables, a no contraer enfermedades de transmisión sexual ni ser víctima de violencia y a recibir ayuda para poder engendrar hijos. La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor. La salud sexual y reproductiva de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida (36).

### **Componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:**

Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva (36).

- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto. - Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

### **La adolescencia y su desarrollo**

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Algunos/as autores/as identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (37, 38).

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social. Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años. La etapa adolescente abarca situaciones muy diversas.

Durante este período los y las adolescentes tienen necesidades específicas para alcanzar un desarrollo pleno y saludable. Por ejemplo, las necesidades de una niña de 12 años serán muy distintas a la de una de 17 años. La adolescencia tardía (15-19) es la que recibe mayor atención y es el principal foco de las políticas públicas de adolescencia y juventud, mientras que el inicio de la pubertad y la adolescencia temprana reciben escasa atención a pesar de

que constituyen una etapa crítica del desarrollo físico y psicológico, y un momento de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos que pueden acarrear consecuencias de por vida.

En este sentido, el período entre los 10 y los 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes, cuidadores/as y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños<sup>31</sup>. Entre los 10 y los 14 años el cuerpo experimenta rápidas transformaciones incluyendo el desarrollo sexual. En los últimos 200 años la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años, y actualmente puede ocurrir tan temprano como a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños, si bien para la mayoría de los niños y niñas se da entre los 10 y los 14 años.

En esta etapa los y las adolescentes son todavía niños y niñas que comienzan a identificarse como sujetos con una identidad separada a la de sus padres y su familia y que empezarán a desarrollar conflictos con estos por su autonomía y cada vez compartirán más tiempo con sus pares, se preocuparán por ser aceptados e insertarse en la cultura juvenil popular y comenzarán a sentirse atraídos física y emocionalmente hacia otros (38).

En este período las diferencias de género se encarnan fuertemente. Hombres y mujeres interiorizan los mensajes diferenciales acerca de los roles femenino y masculino que reciben por parte de los adultos, los medios de comunicación y las instituciones. Los hombres son presionados para iniciarse sexualmente mientras que se espera que las mujeres controlen su deseo sexual y eviten la exploración sexual. Así se promueve el comportamiento sexual de riesgo en los primeros, a la vez que a las mujeres se les niega la información y los servicios básicos de salud sexual y reproductiva (39).

Al mismo tiempo, los y las adolescentes están permanentemente expuestos/as a imágenes y mensajes de alto contenido sexual particularmente en la televisión, y también en la música, los medios gráficos e Internet.

La adolescencia temprana es también una etapa de toma de riesgo y de experimentación con conductas adultas (como por ejemplo fumar) con una comprensión limitada del alcance del riesgo, sumada a sensaciones de invulnerabilidad y omnipotencia que afectan la posibilidad de implementar medidas de prevención. Por otro lado, situaciones de pobreza y

abandono con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir.

### **Sexualidad en la adolescencia**

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados. Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía.

Igualmente, la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

### **Fecundidad en la adolescencia**

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales, pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico (40).

Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo. Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo(a) representa no sólo un objeto de afecto, sino que es también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer. Su ocurrencia a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable es más tolerada social y familiarmente en los estratos de menores recursos.

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano ligado al deseo de tener hijos(as) propios(as) para no seguir cuidando de los(as) hermanos(as) pequeños(as), tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres. Por otro lado, el embarazo también puede ser un mecanismo para obtener protección apoyo económico por parte del hombre. Estas variables podrían explicar parcialmente el fracaso reiterado de los programas destinados a evitar la repitencia de embarazos en la adolescencia (41, 42).

Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los(as) hijos(as); de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer (43).

Son pocos los países de la región que registran datos de fecundidad en menores de 15 años de forma discriminada. Las encuestas de Demografía y Salud (EDS), una de las fuentes de datos más importantes en la región, se aplican a mujeres de 15 a 49 años. Existen algunas

investigaciones de alcance local con muestras intencionales que aportan información sobre el segmento de 10 a 14 años<sup>36</sup>. Además de la invisibilidad en los registros estadísticos, son escasos los estudios que abordan el embarazo y la maternidad en el inicio de la pubertad y su impacto biológico, psíquico y social. Distintas razones contribuyen a este vacío. Por un lado, la fecundidad de las menores de 15 años es muy costosa de captar en encuestas por muestreo probabilístico, ya que es un fenómeno relativamente infrecuente<sup>36</sup>. Por otro lado, las cuestiones éticas de la investigación hacen que se excluya a las menores de 15 de las muestras, ya que en muchos contextos se considera que por debajo de los 15 años las personas no pueden dar su consentimiento informado para participar en una investigación y requieren del consentimiento de sus padres. También, el hecho que en este grupo etéreo los embarazos tengan una estrecha relación con el abuso sexual, muchas veces perpetrado por familiares directos, complejiza las investigaciones aún más, ya que éstas deberían contemplar dispositivos de contención y resguardo de las niñas estudiadas, así como la obligación de denunciar los casos de abuso detectados.

La maternidad en la adolescencia precoz representa un problema socio-sanitario, es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y contextos familiares adversos. No es un hecho aislado, sino determinado por un conjunto de variables macro y micro sociales que inciden fuertemente en su ocurrencia.

Los embarazos en adolescentes menores de 15 años son en su mayoría embarazos no deseados. Esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas. Asimismo, como causales directas revisten particular importancia el abuso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la explotación sexual. Preocupan especialmente las repercusiones bio-psico-sociales del embarazo precoz. Como se ampliará más adelante, el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (16 a 19 años) estaría asociado con factores sociales más que con la edad materna, mientras que en las de 14 años y menos los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna.

La evidencia muestra que las mayores de 15 años, cuando reciben apoyo y tienen un adecuado control prenatal, tienen resultados obstétricos comparables a los de mujeres de mayor edad; mientras que las de 15 años y menos presentan mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto. Asimismo, el aborto inseguro produce serias secuelas, entre ellas la infertilidad futura e incluso la muerte.

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas. Cuando el embarazo ocurre antes de los 15 años se exacerban los temores por los dolores del parto y a las adolescentes les cuesta posicionarse como madres, son muy dependientes de sus propias madres, especialmente cuando es un embarazo por abuso sexual, y no asumen la crianza de su hijo(a), que por lo general queda a cargo de la abuela (44).

La opción de ceder al/la recién nacido/a en adopción suele estar fuertemente influenciada por la presión que ejercen sobre la adolescente sus padres, familiares, personal de los equipos de salud, profesores, e incluso sus pares. La madre adolescente puede también ser víctima de personas inescrupulosas vinculadas a vías de adopción no legales (45).

Desde la década de 1970 la fecundidad general en América Latina y el Caribe ha descendido fuertemente, producto de una combinación de factores socioeconómicos, culturales, y tecnológicos, especialmente el creciente acceso a los métodos anticonceptivos. Si bien era esperable que la fecundidad adolescente acompañara la misma tendencia, ésta no ha descendido en la misma medida que la fecundidad general y parece presentar mayor resistencia al descenso y en algunos países muestra una tendencia en alza. Incluso en países de la región donde recientemente la baja de la fecundidad general ha sido notable, se observa una tendencia creciente de la fecundidad a edades tempranas. Además, se ha constatado que en América Latina hay una escasa relación entre el nivel de la fecundidad adolescente y el de la fecundidad total: hay países con baja fecundidad y tasas de fecundidad adolescente moderadas (Brasil y Colombia) o altas (República Dominicana), y hay otros con fecundidad general elevada (Haití y Bolivia) y registran una fecundidad relativamente baja o moderada

en el grupo de 15 a 19 años de edad. Es posible que el subregistro de RNV en madres de 14 años y menos influya en estos perfiles de la fecundidad por grupos de población. Este fenómeno ubica a la región en una posición ambigua a nivel mundial, ya que por una parte América Latina y el Caribe presenta niveles de fecundidad general inferiores a la media mundial y los países en desarrollo, pero por otra parte registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ampliamente la media mundial, sólo superados por los indicadores de África, y es además la región del mundo donde los embarazos en la adolescencia representan la mayor proporción dentro del total de nacimientos (18%) (46).

El embarazo adolescente precoz (menores de 15 años) es quizás uno de los temas más preocupantes, pero no se cuenta con registros que permitan dar cuenta de su ocurrencia para todos los países de la región. Se presenta a continuación la información de las tasas y razones de fecundidad disponibles para una serie comparativa de 2000 a 2008 de 9 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana (con algunos años no disponibles para los autores del estudio) y Uruguay. Al momento del estudio los datos preliminares de Brasil, Chile, República Dominicana y Uruguay aún estaban siendo revisados. Las razones de embarazo en las menores de 15 años como las tasas de fecundidad entre 15 y 19 años se mantienen casi sin variación. Esto a pesar que varios países han tenido descenso en las tasas de fecundidad entre 15 y 19 años. La tasa varía entre 75 y 80 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años y la razón de fecundidad entre 2,4 y 2,8 por 1000. Se aprecia además que la proporción del total de nacidos vivos que corresponde a las menores de 15 años y entre 15 y 19 varían entre 18 y 19 % en adolescentes de 15 a 19 años y entre 0,55 y 0,70 en las menores de 15 años.

### **Embarazo Adolescente**

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas

mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. Al ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado. La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato.

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)" (Castillo et al.,1992, p.21). Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural en los adolescentes, los medios de comunicación le ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

#### **1.4. Justificación:**

El estudio es importante porque aborda la adolescencia, etapa en la que se adoptan valores y consolidan hábitos y conductas, por lo tanto constituye una población vulnerable que está expuesta a muchos riesgos que pueden afectar su salud para toda la vida, tal como la alimentación no saludable; el aumento del consumo de alcohol, drogas y tabaco; incremento del sedentarismo; violencia doméstica y callejera, las relaciones sexuales sin protección; embarazo adolescente; entre otros, que ponen en riesgo la salud y vida de los adolescente (9).

Además, el estudio aborda la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, que figura en la actualidad como uno de los asuntos de mayor relevancia tanto en el ámbito académico, político y social. La preocupación central de muchos gobiernos se ha centrado en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS) mejorando la conducta de los adolescentes. También la investigación permitirá conocer las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 10 a 19 años del Centro de Salud Morales, para identificar las conductas de riesgo sexual predominantes, que pueden alterar su salud y bienestar; logrando a su vez que sirva como base científica para conocer y actuar frente a los problemas que se presentan. De igual manera los resultados obtenidos de este estudio podrán servir a las autoridades de salud, para implementar medidas y políticas, que permitan a los adolescentes llevar una salud sexual y reproductiva responsables, sin el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS), el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), o propiciar un embarazo no deseado.

El estudio es conveniente, porque a nivel regional y local no existe información respecto a las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes, es relevante para la sociedad porque permitirá conocer la relación de las prácticas con el embarazo adolescente, además de la incidencia del inicio temprano de relaciones sexuales, lo cual incrementa el riesgo de morbilidad, lo cual nos ayudaría a resolver los problemas en la salud de los adolescentes.

El presente estudio aportaría conocimientos estadísticos respecto al problema de salud en la zona, pudiendo ser aplicable en todo el departamento. También es accesible realizarlo porque contamos con el asesoramiento otorgado y el apoyo estadístico necesario y tiene relevancia social porque al obtener los resultados propuestos en los objetivos, permitirá conocer las prácticas inadecuadas de los adolescentes respecto a su salud sexual y reproductiva, resultados con los cuales se pretende elaborar estrategias de prevención a fin de que los adolescentes adquieran prácticas saludables de salud sexual y reproductiva.

### **1.5. Problema**

¿Cuál es la relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

Determinar la relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

1. Identificar las prácticas de autocuidado según la higiene genital en adolescentes del Centro de Salud Morales.
2. Determinar las prácticas de autocuidado según la prevención del embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales.
3. Identificar las prácticas de autocuidado según el manejo de flujos genitales en adolescentes del Centro de Salud Morales.
4. Identificar las prácticas de autocuidado según realización del autoexamen preventivo de cáncer en adolescentes del Centro de Salud Morales.
5. Determinar según tipo de adolescencia la ocurrencia de embarazo e infecciones en adolescentes del Centro de Salud Morales.

### **2.3. Hipótesis de Investigación:**

A mayor prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva menores casos de embarazo en adolescentes en el centro de salud Morales, julio - noviembre 2017.

### 3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Independiente: Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva	Son conductas propias de las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y/o funcionamiento sexual y reproductivo, en beneficio de su salud y vida.	Es la conducta que presentan las adolescentes del Centro de Salud Morales respecto a su cuidado en salud sexual y reproductiva.	Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene genital,</li> <li>• Frecuencia de la higiene genital</li> <li>• Artículo que se utiliza en la higiene genital</li> <li>• Duchas vaginales</li> <li>• Higiene genital durante la menstruación</li> <li>• Forma de realizar la higiene genital</li> <li>• Higiene genital después del acto sexual</li> <li>• Duchas vaginales después del acto sexual</li> <li>• Orinar después del acto sexual.</li> </ul>	Práctica adecuada Práctica inadecuada	Nominal
			Prevención del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de la actividad sexual</li> <li>• Uso de métodos anticonceptivos</li> <li>• Quien le indicó el uso de métodos anticonceptivos</li> <li>• Precauciones para el uso de métodos anticonceptivos.</li> </ul>	Práctica adecuada Práctica inadecuada	
			Flujos de genitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de flujo vaginal, o uretral</li> <li>• Medida tomada ante la presencia de flujo vaginal o uretral</li> </ul>	Práctica adecuada Práctica inadecuada	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia que acude al médico ante la presencia de flujo vaginal o uretral.</li> </ul>		
			Autoexamen preventivo de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Practica de autoexamen de mama o testículos</li> <li>• Momento que realiza el autoexamen de mama o testículos</li> <li>• Frecuencia de realiza el autoexamen de mama o testículos</li> <li>• Forma que realiza el autoexamen de mama o testículos.</li> </ul>	Práctica adecuada  Práctica inadecuada	
Variable Dependiente: embarazo adolescente	Gestación en mujeres, cuyo rango de edad es de 10 a 19 años, independiente de su edad ginecológica	Gestación en mujeres de 10 a 19 años de edad según OMS, relacionado con la ocurrencia del embarazo, tipo de adolescencia	Ocurrencia del embarazo  Tipo de adolescencia temprana o tardía  Infecciones	En algún momento quedaste o actualmente estas embarazada?  A qué edad ocurrió el embarazo?  A padecido de infección u otra enfermedad antes o durante el embarazo?	Si / No  Edad -10 a 14 años -15 a 19 años  Si / No	<b>Nominal</b>

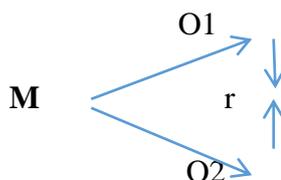
### III. MATERIALES Y METODOS

#### 3.1. Tipo de estudio:

El estudio fue no experimental cuantitativo descriptivo transversal de corte transversal.

#### 3.2. Diseño de investigación

El diseño fue descriptivo relacional que se esquematiza de la siguiente manera:



**Donde:**

**M** : Muestra, adolescentes del Centro de Salud Morales

**O<sub>1</sub>** : Variable Independiente: prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva.

**O<sub>2</sub>** : Variable Dependiente: embarazo adolescente.

**r** : relación entre las variables.

#### 3.3. Universo población y muestra

**Universo:**

Estuvo constituido por el total de adolescentes que asisten al centro de salud Morales.

**Población:**

Estuvo constituida por adolescentes mujeres que asisten al centro de salud Morales, un total de 80 adolescentes según la oficina de estadística del establecimiento.

**Muestra:**

Estuvo constituida por el 100% de adolescentes que asistan al Centro de Salud Morales, siendo ellas un total de 80.

### **3.3.1. Criterios de inclusión**

- Adolescentes de 10 a 19 años mujeres que asisten al centro de salud Morales.
- Adolescentes de 10 a 19 años cuyos padres firmaron consentimiento informado y que voluntariamente deseen participar en esta investigación.
- Adolescentes con capacidad física y mental para responder a la encuesta.

### **3.3.2. Criterios de exclusión**

- Adolescente referida o que sólo acompaña a un usuario en el centro de salud Morales.
- Adolescentes que no deseen participar en la investigación.

### **3.4. Procedimientos**

- Se solicitó asesor a la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Se realizó la revisión de información y se elaboró el proyecto de investigación teniendo presente el reglamento de tesis de la facultad, el cual fue supervisado metodológica y académicamente por nuestra asesora.
- Se elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de variables
- Se presentó el proyecto de tesis a la Facultad de Ciencias de la Salud para revisión y aprobación.
- Se emitió una solicitud dirigida al Jefe del Centro de Salud Morales, comunicando la investigación y solicitando la autorización para su ejecución.
- Se entregó a los adolescentes el consentimiento informado para ser llenado por los padres o tutores.
- Se procedió a recoger los datos de las adolescentes los cuales fueron previamente informados sobre el manejo de la información, para realizar dicha encuesta.
- Se procedió a la tabulación y análisis de los datos con apoyo estadístico.
- Se elaboró el informe de tesis y se presentó a la Facultad Ciencias de la salud.
- Posteriormente se realizará la sustentación de la tesis.

### **3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos**

El método utilizado fue la encuesta, con su instrumento el cuestionario con preguntas cerradas, el cual nos permitió conocer las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El cuestionario aplicado a las adolescentes cuenta

con, las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 permitieron conocer las practicas sobre salud sexual y reproductiva relacionado a la higiene, las preguntas 8, 14, 15, 16, 17 permitieron conocer sobre las prácticas en salud sexual y reproductiva relacionada a la prevención del embarazo. Las preguntas 18, 19, 20 permitieron conocer sobre las prácticas en salud sexual y reproductiva relacionada a la prevención de infecciones. Las preguntas 21, 22, 23, 24 permitieron conocer sobre las prácticas en salud sexual y reproductiva relacionada a la prevención del cáncer.

La segunda parte del cuestionario aborda el embarazo adolescente donde las preguntas 25 y 26 se buscan determinar la condición si hubo embarazo o infección en la adolescente.

### 3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

La información obtenida a través de la encuesta se ingresó en una base de datos del programa Microsoft Excel, los cuales fueron codificados y se trasladaron al programa SPSS Versión 22 con la cual se analizaron las funciones estadísticas del mismo programa. La información fue presentada a través de tablas y gráficos.

Se explicó lo estadístico descriptivo como frecuencia, porcentaje y cuadro aritmético y en lo estadístico diferencial, la prueba no paramétrica del chi cuadrado de pearson.

## IV. RESULTADOS:

**Tabla 01:** Prácticas de autocuidado según la higiene genital realizada por los adolescentes del Centro de Salud Morales.

Higiene genital	Práctica			
	Adecuada		Inadecuada	
	Nº	%	Nº	%
Realiza higiene de sus genitales	80	100,0	0	0,0
La frecuencia de higiene de los genitales es diaria.	79	98,8	1	1,3
Utiliza agua y jabón en la higiene de los genitales	77	96,3	3	3,8
Se abstiene de las duchas vaginales	72	90,0	8	10,0
Realiza higiene de todas las partes de sus genitales	80	100,0	0	0,0
Durante la menstruación realiza higiene de los genitales	68	85,0	12	15,0

Limpia los genitales de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera.	<b>78</b>	<b>97,5</b>	2	2,5
Luego de las relaciones sexuales, realiza la higiene de los genitales.	62	77,5	<b>18</b>	<b>22,5</b>
Luego del acto sexual lava los genitales con agua y jabón	64	80,0	<b>16</b>	<b>20,0</b>
Durante los 10 minutos después del acto sexual realiza higiene de los genitales.	48	60,0	<b>32</b>	<b>40,0</b>
Realiza duchas vaginales después del acto sexual.	70	87,5	<b>10</b>	<b>12,5</b>
Micciona después del acto sexual	52	65,0	<b>28</b>	<b>35,0</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestados atendidos en el Centro de Salud de Morales, en su totalidad se realizan la higiene de los genitales en forma adecuada (100%), todos los días (98,8%), realizan la limpieza de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera (97,5%), utiliza jabón en su lavado (96,3%) y se abstiene de las duchas vaginales (90%). Sin embargo, se resalta que durante los 10 minutos después del acto sexual no realiza la higiene (40%), no micciona después del acto sexual (35%), y no realiza la higiene después del acto sexual (22,5).

**Tabla 02:** Prácticas de autocuidado según la prevención del embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales.

Prevención del embarazo	Práctica			
	Adecuada		Inadecuada	
	Nº	%	Nº	%
Ha iniciado la actividad sexual	0	0,0	<b>80</b>	<b>100,0</b>
Utiliza algún método anticonceptivo	38	47,5	42	52,5
El método anticonceptivo fue indicado por profesional calificado	10	26,32	28	73,68
Tiene precauciones en el uso de los métodos anticonceptivos	36	94,74	2	5,26

**Fuente:** elaboración propia

Referente a las prácticas de autocuidado según la prevención del embarazo, el 100% de adolescentes han iniciado la actividad sexual (80), pero solo el 47,5% utiliza algún método anticonceptivo, el 26,32% refiere que fue indicado por profesional calificado y el 94,74% tiene precauciones en el uso del MAC.

El 73,68% que no utiliza algún método anticonceptivo refiere que “a mi pareja no le gusta usar preservativo”, “por mi edad no me voy a embarazar”, “me cuido con mi regla”. El 5,26% manifiesta que fueron los amigos, profesores, la madre, otros quienes le indicaron que método anticonceptivo tomar. El método más utilizado fue el uso del preservativo y las píldoras.

**Tabla 03:** Descensos o flujos genitales en adolescentes del Centro de Salud Morales.

Descenso o flujo vaginal	Adolescente	
	Nº	%
Presencia	72	90,0
No Presencia	08	10,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia

El 90% de las adolescentes que conformaron el estudio (72), manifiesta que ha padecido de descenso o flujo vaginal.

**Tabla 04:** Prácticas de autocuidado según el manejo de flujos vaginales en adolescentes del Centro de Salud Morales.

Manejo de flujos vaginales	Práctica				Total	
	Adecuada		Inadecuada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Acudieron al obstetra como medida adoptada ante la presencia de flujo vaginal	36	50,0	36	50,0	72	100,0
Cumple con el tratamiento indicado	32	88,9	4	11,1	36	100,0

Fuente: elaboración propia

De las 72 adolescentes que tuvieron flujo vaginal, el 50,0% acudieron al obstetra o médico para que diagnosticara la patología y recibir tratamiento (36), de los cuales solo el 88,9% cumplieron con el tratamiento indicado (32) porque tenían miedo que al colocarse los óvulos las bacterias asciendan o dañe al bebé.

**Tabla 05:** Prácticas de autocuidado según realización del autoexamen preventivo de cáncer en adolescentes del Centro de Salud Morales.

Autoexamen preventivo de cáncer	Práctica			
	Adecuada		Inadecuada	
	Nº	%	Nº	%
Practica el autoexamen de mama	38	47,5	42	52,5
Momento en que realiza el autoexamen	38	47,5	42	52,5
Frecuencia que realiza el autoexamen	38	47,5	42	52,5
Forma en que lo realiza (acostada o frente al espejo, luego de baño, con frecuencia mensual).	36	45,0	44	55,0

**Fuente:** elaboración propia

Las adolescentes en un bajo porcentaje practican el autocuidado del autoexamen de mama, esto se refleja en que solo el 47,5% realiza el autoexamen de mama, lo realizan en el momento adecuado, es decir, luego del baño, recostada, frente al espejo; en la frecuencia (mensual) y forma que lo realizan.

**Tabla 06:** Ocurrencia de embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales.

Embarazo	Adolescente	
	Nº	%
Se embarazó	58	72,5
No se embarazó	22	27,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** elaboración propia

De la población en estudio, el 72,5% de las adolescentes se embarazaron (58) y el 27,5% no.

**Tabla 07:** Ocurrencia de embarazo según tipo de adolescente en el Centro de Salud Morales.

Edad de ocurrencia	Adolescentes Embarazadas		Medidas estadísticas
	Nº	%	
10 – 14 años	02	3,5	X = 17,44 Desvest = 2,321
15 – 19 años	56	96,5	
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: elaboración propia

De las 58 adolescentes que se embarazaron, el 96,5% oscilaban entre 15 – 19 años y el 3,5% entre 10 – 14 años. El promedio de edad alcanzado fue de 17,44 años  $\pm$  2,321 desviaciones en relación a la media.

**Tabla 08:** Ocurrencia de infecciones según tipo de adolescente en el Centro de Salud Morales.

Infecciones	Edad Adolescente			
	10 – 14 años		15 – 19 años	
	Nº	%	Nº	%
Presenta	0	0,0	16	20,0
No presenta	32	40,0	32	40,0
Total	32	40,0	48	60,0

Fuente: elaboración propia

Nos muestra que el 20,0% de las adolescentes entre 15 – 19 años, entre las infecciones más comunes refieren a la “infección del tracto urinario” y “descensos”.

**Tabla 09:** Relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017.

**Tabla de contingencia Embarazo \* Autocuidado**

Condición		Práctica Autocuidado		Total	
		Adecuado	Inadecuada		
Embarazo	Si	Recuento	12	46	58
		% del total	15,0%	57,5%	72,5%
	No	Recuento	14	8	22
		% del total	17,5%	10,0%	27,5%
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>26</b>	<b>54</b>	<b>80</b>
		<b>% del total</b>	<b>32,5%</b>	<b>67,5%</b>	<b>100,0%</b>

	Valor	gl	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,705 <sup>a</sup>	1	,015
Estadístico exacto de Fisher			
N de casos válidos	80		

Al relacionar las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Morales, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado con una significancia de precisión al 95% y error al 5% ( $p < 0,05$ ), los resultados muestran que existe relación entre ambas variables ( $X^2 = 6,705$ ;  $p = 0,015$ ).

## V. DISCUSION

Entendemos que la conducta sexual de los adolescentes y sus resultados no son situaciones aisladas, el ejercer una actividad sexual sin conocer los riesgos que ésta pudiera ocasionar, hace que cada vez sea mayor el número de adolescentes que están más expuestos a los riesgos que conlleva una vida sexual activa, entre ellas los embarazos no planificados con sus consecuencias en el incremento de las tasas de morbilidad materna e infantil, y las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA limitando sus oportunidades de desarrollo personal y social.

El presente estudio nos permitió determinar las condiciones de autocuidado en salud sexual - reproductiva y su relación con el embarazo adolescente, evidenciando en la tabla N° 01, que el 100% de adolescentes encuestados atendidos en el Centro de Salud de Morales, en su totalidad realizan la higiene de los genitales en forma adecuada (100%), todos los días (98,8%), realizan la limpieza de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera (97,5%), utiliza jabón en su lavado (96,3%) y se abstiene de las duchas vaginales (90%). Sin embargo, resalta que durante los 10 minutos después del acto sexual no realiza la higiene (40%), no micciona después del acto sexual (35%), y no realiza la higiene después del acto sexual (22,5%).

Resultados que se relacionan con Oliveira D, Reyna S. (2014) quienes encontraron que el 88% de los estudiantes del sexo femenino y el 56% del sexo masculino realizan una inadecuada higiene de sus genitales, el 19% de estudiantes del sexo masculino y el 12% del sexo femenino realizan una inadecuada higiene pos coito.

Por lo expuesto podemos mencionar que a pesar que las adolescentes tienen buena higiene fuera de las relaciones sexuales e incluso no usan duchas vaginales sin embargo existe deficiencia de higiene después del acto sexual, ya que muchas de ellas no lo realizan dentro de los 10 minutos posteriores al acto sexual ni después de transcurrido este tiempo poniendo en riesgo de que el fluido seminal pueda contribuir al contagio con bacterias u otros microorganismos.

En la tabla N° 02, observamos las prácticas de autocuidado según la prevención del embarazo, el 100% de adolescentes han iniciado la actividad sexual (80), pero solo el

47,5% utiliza algún método anticonceptivo, el 26,32% refiere que fue indicado por profesional calificado y el 94,74 % tiene precauciones en el uso del método anticonceptivo. Sin embargo, el 73,68% no utiliza algún método anticonceptivo y refiere que “a mi pareja no le gusta usar preservativo”, “por mi edad no me voy a embarazar”, “me cuido con mi regla”. Sin embargo, el 5,26% manifiesta que fueron los amigos, profesores, la madre, otros quienes le indicaron que método anticonceptivo tomar. El método más utilizado fue el uso del preservativo y las píldoras.

Resultado relacionado con Antonio R, Gómez M, Sánchez A. (2011), quien encontró que el inicio de vida sexual activa es entre los 17 a 19 años el 50.6%. En cantidad de parejas sexuales el 12.9% tiene hasta tres parejas que los vuelve vulnerables de embarazarse o adquirir una enfermedad de transmisión sexual. También se relaciona con Tufiño M, Romero C. (2012), más del 90% de los alumnos ya han mantenido relaciones sexuales y la edad de inicio de la primera relación sexual se encuentra entre los 11 a 21 años. Así mismo se relaciona con Herreda L, Solís A. (2014), quien encontró que el 38% ha iniciado su actividad sexual, 94% desconocen medidas anticonceptivas para prevenir el embarazo. Igualmente se relaciona con Lozada R, Solís N. (2014), un 67.4% no saben que las medidas anticonceptivas para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU. También Oliveira D, Reyna S. (2014), que el 70% de estudiantes del sexo masculino y el 44% del sexo femenino tienen un adecuado uso de métodos anticonceptivos, así mismo se observa que el 10% del sexo masculino y el 5% del sexo femenino tienen un inadecuado uso de métodos anticonceptivos. Así mismo se relaciona con Rueda M. (2011), quien encontró que los adolescentes desconocen metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (72.8%), que el preservativo es seguro para prevención de ITS (47.2%); de los métodos anticonceptivos para regular la fecundidad en un (60.8%); como los métodos hormonales (60.8%); los métodos de barrera (57.6)%, el uso de la T de cobre (51.2%); la abstinencia sexual como método (51.20%) y desconocen que en la primera relación coital una mujer puede quedar embarazada (40%). Igualmente se relaciona con Grados M, Ordoñez M. (2014) encontró la dimensión de nivel conocimientos sobre los métodos anticonceptivos es buena 35,2%, autocuidado sobre métodos anticonceptivos es buena 38,4%. También se relaciona con Gómez A. (2011), El 56.9% usó algún método anticonceptivo siendo el preservativo 80,5% el más usado. Entre las razones para el no uso de un método anticonceptivo en

la primera relación sexual se encontró a “No desear usarlo” en 38,71% casos. El 14.6% de los alumnos son sexualmente activos de ellos el 90.9% usa algún método anticonceptivo siendo el preservativo 70% el más usado.

Por lo indicado anteriormente podemos deducir que los adolescentes inician tempranamente su actividad sexual, desconocen en su mayoría de los métodos anticonceptivos y algunos usan métodos anticonceptivos indicados por amigos y familiares y no por personal calificado hecho que pone en riesgo su adecuado uso para los fines que son evitar el embarazo o prevención de las ITS – VIH SIDA. Sin embargo es importante resaltar que en general los adolescentes desconocen de los cuidados en salud sexual y reproductivo por ende están en riesgo permanente por sus creencias y costumbres no sólo de ellas sino de sus parejas ya que piensan que no pueden quedar embarazadas por ser muy jóvenes. Además, amerita reducir la brecha de inaccesibilidad de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud y especialmente con consultorios diferenciados para adolescentes.

En la tabla N° 03, evidenciamos los descensos o flujos genitales en adolescentes, donde el 90% manifiestan que ha padecido de descenso o flujo vaginal. Y la tabla N° 04 nos muestra que para este problema las prácticas de autocuidado en las 72 adolescentes que tuvieron flujo vaginal, el 50,0% acudieron al obstetra o médico para que diagnosticara la patología y recibir tratamiento, de los cuales solo el 88,9% cumplieron con el tratamiento indicado porque tenían miedo que al colocarse los óvulos las bacterias asciendan o dañe al bebé.

Resultados que se relaciona con Oliveira D, Reyna S. (2014), quien encontró que el 28% de los estudiantes del sexo femenino y el 4% del sexo masculino realizan un inadecuado manejo de flujos genitales. También se relaciona con Rueda M. (2011), quien encontró que los adolescentes desconocen de la prevención de infecciones de transmisión sexual y desconocen de la sintomatología de las ITS (54.40%). Sin embargo, no se relaciona con Gómez A. (2011), quien encontró el 99.60% conocen de la existencia de las infecciones de transmisión sexual siendo las más conocidas el VIH/SIDA 99,12%, la Hepatitis B 66.37% y la Sífilis, 61.95%. El 98,7% sabe que estas infecciones se pueden contagiar y que también se puede prevenir.

Por lo mencionado podemos deducir que las adolescentes identifican los flujos vaginales, sin embargo, no determinan su normalidad o patología, ya que puede tratarse de una ITS, la minoría consulta y busca un tratamiento adecuado sin embargo pero sólo y no en pareja y es posible que reciba sólo ella el tratamiento predisponiéndose a que continúe con el problema por el contagio de la pareja. Esta condición coloca a la adolescente en riesgo, considerando que la mayoría de las adolescentes en estudio son gestantes y pueden conllevar a una complicación materna perinatal, agravándose aún más el problema por sus creencias con no cumplir con el tratamiento. La tabla N° 05, evidencias las prácticas de autocuidado según realización del autoexamen preventivo de cáncer en adolescentes donde un bajo porcentaje practican el autocuidado del autoexamen de mama, esto se refleja que solo el 47,5% realiza el autoexamen de mama en el momento adecuado, es decir, luego del baño, recostada, frente al espejo; en la frecuencia (mensual).

Resultado que se relaciona con Oliveira D, Reyna S. (2014), quienes encontraron que el 34% de estudiantes del sexo masculino y el 13% del sexo femenino realizan un inadecuado autoexamen preventivo de cáncer de órganos reproductivos.

En realidad el autocuidado reproductivo para la prevención del cáncer ginecológico cuello uterino y mama está relacionado con el inicio de la relaciones sexuales porque el tiempo de enfermedad evoluciona de entre 10 a 15 años, sin embargo los conocimientos de prevención deben instalarse desde la niñez y adolescencia para garantizar su ejecución óptima, por lo tanto las y los obstetras en los servicios de salud

y durante la proyección social a los colegios deben fortalecer estas prácticas de prevención del cáncer.

La tabla N° 06, nos muestra la ocurrencia de embarazo en adolescentes donde de la población en estudio, el 72,5% de las adolescentes se embarazaron (58) y el 27,5% no. Asimismo la tabla N° 07, nos evidencia la ocurrencia de embarazo según tipo de adolescente, donde de las 58 adolescentes que se embarazaron, el 96,5% oscilaban entre 15 – 19 años y el 3,5% entre 10 – 14 años. El promedio de edad alcanzado fue de 17,44 años + 2,321 desviaciones en relación a la media. Por su parte la tabla 08 evidencia la ocurrencia de infecciones según tipo de adolescente y nos muestra que el 20,0% de las adolescentes entre 15 – 19 años, entre las infecciones más comunes refieren a la “infección del tracto urinario” y “descensos”. La tabla N° 09, evidencia la relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes, donde al relacionar las variables aplicando la prueba no paramétrica chi cuadrado con una significancia de precisión al 95% y error al 5% ( $p < 0,05$ ), los resultados muestran que existe relación significativa entre ambas variables ( $X^2 = 6,705$ ;  $p = 0,015$ ).

Los resultados nos demuestran que la edad de 15 a 19 años es la de mayor inicio de las relaciones sexuales y de embarazo adolescentes, con riesgo de infecciones de transmisión sexual, condición que permite resaltar el inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes por sus falsas creencias y costumbres o por condiciones como el acoso o violencia que sufren muchas veces y que pueden conllevar a mayores complicaciones en la madre adolescente y en el niño por nacer.

## VI. CONCLUSIONES

1. Las prácticas de autocuidado según la higiene genital en adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Morales fueron: 100% realizan higiene de genitales en forma adecuada, todos los días (98,8%), realizan la limpieza de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera (97,5%), utiliza jabón en su lavado (96,3%) y se abstiene de las duchas vaginales (90%). Sin embargo, durante los 10 minutos después del acto sexual no realizan la higiene (40%), no miccionan después del acto sexual (35%), y no realizan la higiene después del acto sexual (22,5).
2. Las prácticas de autocuidado según la prevención del embarazo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Morales fueron: el 100% han iniciado actividad sexual, solo el 47,5% utiliza algún método anticonceptivo, 26,32% refiere que fue indicado por profesional calificado y 94,74% tiene precauciones en el uso del Método Anticonceptivo. Sin embargo, el 73,68% no utiliza algún método anticonceptivo y refiere que “a mi pareja no le gusta usar preservativo”, “por mi edad no me voy a embarazar”, “me cuido con mi regla”. El 5,26% manifiesta que fueron los amigos, profesores, la madre, otros quienes le indicaron el método anticonceptivo. Los métodos más utilizados fueron el preservativo y las píldoras.
3. Las prácticas de autocuidado según el manejo de flujos genitales en adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Morales fueron: el 90% manifiestan que ha padecido de descenso o flujo vaginal; el 50,0% acudieron al obstetra o médico para que diagnosticara la patología y recibir tratamiento, de los cuales solo el 88,9% cumplieron con el tratamiento indicado, porque tenían miedo que al colocarse los óvulos las bacterias asciendan o dañe al bebé.
4. Las prácticas de autocuidado según la realización de autoexamen preventivo de cáncer en adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Morales fueron: 47,5% practican el autocuidado del autoexamen de mama, 47,5% realiza el autoexamen de mama en el momento adecuado, es decir, luego del baño, recostada, frente al espejo; en la frecuencia (mensual).

5. Según el tipo de adolescencia y la ocurrencia de embarazo e infecciones se encontró: el 72,5% se embarazaron y el 27,5% no. De las adolescentes embarazadas, 96,5% tuvieron 15 – 19 años y 3,5% de 10 – 14 años. El promedio de edad alcanzado fue de 17,44 años + 2,321 desviaciones en relación a la media. Según las infecciones el 20,0% de las adolescentes tuvieron 15 – 19 años, entre las infecciones más comunes refieren a la “infección del tracto urinario” y “descensos”.
  
6. Existe relación significativa entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes, donde aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado con una significancia de precisión al 95% y error al 5% ( $p < 0,05$ ), los resultados fueron ( $X^2 = 6,705$ ;  $p = 0,015$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

- A los obstetras y al equipo de salud, tener presente entre las prácticas de autocuidado según la higiene genital en adolescentes, el fortalecer la higiene genital después del acto sexual para evitar infecciones posteriores.
- A los obstetras y al equipo de salud, tener presente las prácticas de autocuidado para la prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales, porque todas las adolescentes del estudio ya habían iniciado actividad sexual, la minoría utiliza algún método anticonceptivo, indicado por profesional calificado y no tiene precauciones en el uso. Refiriendo básicamente “a mi pareja no le gusta usar preservativo”, “por mi edad no me voy a embarazar”, “me cuido con mi regla”.
- A los obstetras y al equipo de salud, tener presente y fortalecer la educación en prácticas de autocuidado para el manejo de flujos genitales considerando que la mayoría ha padecido de descenso o flujo vaginal; sólo la mitad acuden al obstetra o médico para que diagnostiquen la patología y recibir tratamiento, solo algunos cumplen con el tratamiento indicado, porque tienen miedo que al colocarse los óvulos las bacterias asciendan o dañe al bebé.
- A los obstetras y al equipo de salud, tener presente y fortalecer la educación en prácticas de autocuidado para el autoexamen preventivo de cáncer en adolescentes porque la minoría practican el autocuidado del autoexamen de mama y lo realiza en el momento adecuado, es decir, luego del baño, recostada, frente al espejo, además en la frecuencia que debe ser mensual.
- A los obstetras y al equipo de salud, considerar que el mayor embarazo y las infecciones genitales se presentan a la edad entre 15 a 19 años, siendo el promedio de edad de 17,44 años + 2,321, siendo las infecciones más comunes la “infección del tracto urinario” y “descensos”.

- A los obstetras y al equipo de salud, promover y desarrollar un programa educativo para adolescentes con el propósito de valorar las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva para evitar el embarazo en adolescentes y reducir los indicadores de salud negativos.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Ginebra. 2017. Consulta 19.09.17 4:00 pm. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Grados M, Ordoñez M. “Nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la institución educativa 3054, La Flor, Carabayllo”. Universidad de Ciencias y Humanidades. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Lima Perú. 2014. Consulta 19.09.17 3:46 pm. [http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uich/73/Grados\\_Ot%C3%A1rola\\_Mecedes\\_Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uich/73/Grados_Ot%C3%A1rola_Mecedes_Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Rodríguez M. Cedeño M. Peraza D. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes. GinecolObstetMex 2011;79(2):86-92.
4. Maddaleno M, Morello P, Infante F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública México, 2003. 45, 132-139.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las Adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-00157. Jesús María, Lima Perú. 2015. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf)
6. Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el Manejo Síndromico de las Infecciones de Transmisión. 2ª Edición. Artículo. 2008;2 (1):1–59. Consulta 19.09.17 5:00 pm. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43277/1/9789243593401\\_modulo1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43277/1/9789243593401_modulo1_spa.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud. La epidemia del SIDA: Un breve resumen. Ginebra, 2005. Recuperado el 20 de enero de 2017, de [www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index1.html](http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index1.html)

8. Gutiérrez B. Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: aproximación a un grupo de jóvenes. Universidad Industrial de Santander. Maestría en Pedagogía. Bucaramanga. 2010
9. Litano V. Prácticas de Autocuidado en Adolescentes de la I.E. “Virgen del Varmen” N° 6014. VMT-Lima. 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Lima- Perú 2015. Consulta 19.09.17 10:26 pm. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4097/1/Litano\\_jv.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4097/1/Litano_jv.pdf)
10. Rangel Y. Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres parejas de migrantes internacionales de San Luis Potosí. Revista de enfermería y humanidades. ISSN 1138-1728, ISSN-e 1699-6003, N° 40, págs. 82-92. México 2014. Consulta 20.09.17 6:10 am. Recuperado el 23 de enero de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4917953>
11. Kassa T, Luck T, Bekele A, Riedel S. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes con discapacidad en Etiopía: un estudio sobre el conocimiento, la actitud y la práctica. Salud Global. 12: 5, 2016 Feb 10. Artículo en Inglés | MEDLINE | ID: mdl-26864115. Consulta 20.09.17 6:47 am. <http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/es/mdl-26864115>
12. Antonio R, Gómez M, Sánchez A. El Autocuidado en la Sexualidad de los Jóvenes. Desarrollo Científico Enfermería. Original. Vol. 19 N° 10 Noviembre-Diciembre. México. 2011. Consulta 20.09.17 6:54 am. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-339.pdf>
13. Tufiño M, Romero C. Conductas sexuales generacionales y su relación con la presencia de enfermedades de transmisión sexual en los estudiantes que acuden a la sección nocturna del Instituto Tecnológico Superior 5 de Junio De La Ciudad De Quito”; universidad UNIANDES, curso de maestría en salud pública, pp 11,12, Ecuador, 2011.

14. Gutiérrez B. Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: Aproximación a un grupo de jóvenes. Universidad Industrial de Santander. Maestría en pedagogía. 2010. Consulta 20.09.17 4:25 pm. <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/9939/2/134020.pdf>
15. Herreda L. Solís A. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la institución educativa “Jorge Basadre Grohman” Huangalá –Sullana. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud - Vol. 01, N 02, 2014, pp. 455 – 462, Obstetricia. Piura Perú. 2014. Consulta 20.09.17 7:05 am. <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/380/255>
16. Lozada R, Solís N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la institución educativa república argentina Chimbote, 2014. Recuperado el 23 de enero del 2017, de <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2015/01/02/133825/20151220110720.pdf>
17. Oliveira D, Reyna S. Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva diferenciado por sexo en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa – 2014. Facultad de ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tesis para optar el título de: Licenciados en Enfermería. Pucallpa Perú. 2014. Consulta 20.09.17 7:59 am <http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/1994/000001124T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Rueda, M. conocimientos y actitudes sexuales de los adolescente de 14 a 16 años. Marcavelica: Sullana; 2011
19. Gómez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia Lima Perú. 2011. Consulta 20.09.17 [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3083/1/Gomez\\_ma.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3083/1/Gomez_ma.pdf)

20. Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para obtener el título profesional de obstetras. San Martín Perú. 2012. Consulta 20.09.17 4:33 pm. <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2290>
21. Cavanagh S. Modelo de Orem. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona. España. 1993. Consulta 20.09.17 5:22 pm. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-bienestar-subjetivo-y-el-autocuidado-de-doro-tea-orem/6/>
22. Anzala E. La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Años Noventa OPS. Publicación Científica. N° 546. 1994.
23. Colliere M. “Promover la Vida”. Editorial Mc Graw Hill. España. 1993, pg. 232
24. Fallow D. Effective Patient Education: A Guide to Increased Compliance. Maryland: Aspen Publication; 1985.
25. Orem D. Normas prácticas de Enfermería. España. 2da Edición Editorial pirámide. Madrid. España. 1983. pg. 181.
26. Rodríguez A. Estrategia Educativa Sobre Promoción En Salud Sexual Y Reproductiva Para Adolescentes Y Jóvenes Universitarios. Revista Cubana de Salud Pública 2013; Vol. 39 (1). Recuperado el 23 de enero de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000100015&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000100015&script=sci_arttext)
27. Concha M. Autocuidado Gerontología Básica: Lecturas Complementarias
28. Diccionario de la Lengua Catalana (en catalán). Institut d'Estudis Catalans. Consulta 20.09.17 5:31 pm <http://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=Sexe&operEntrada=0>.

29. GirondeLLa L. Sexo y Género: Definiciones. Consulta 22.09.17 3:06 pm <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
30. Ayala C. La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/sida" módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud. Costa Rica, 2005
31. Guirao JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare*21 2003; 2
32. Denyes M, Orem D, y SozWiss G. Self-care: a foundational science. *NursingScienceQuarterly*, 2001. 14(1), 48-54
33. OMS. Temas de salud. Recuperado el 23 de enero de 2017, de [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
34. Ministerio de la Salud. Norma técnico oncológico para la prevención, detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama a nivel nacional. Perú, 2008. Recuperado el 15 de abril de 2017, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1786.pdf>
35. Ministerio de Salud. Documento técnico: Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. Perú, 2008.
36. Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú, 2004.
37. Luengo X. Características de la adolescencia normal. En: Molina, R., Sandoval, J. y González, E. *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterráneo, 2003
38. UNFPA/UNAIDS/WHO. Seen but not 54ajor Very 54ajor adolescents aged 10-14 years. Geneva: UNAIDS, 2004.
39. WHO/Reproductive Health and Research. Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. Policy Brief 4, 2006.

40. CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2005, Capítulo III: Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política. Disponible en: [www.eclac.org/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005\\_Cap3\\_DesigualdadDemografica.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Cap3_DesigualdadDemografica.pdf)
41. Climent I. “Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos”. En: Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA) / Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) / Centro de Estudios de Población (CENEP), 1998.
42. Pons E, Deligeoroglu E, Horejsi J. Which are the main gynecological problems among children and adolescents in developed and developing countries? Trabajo presentado en el XIX Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología, Cape Town, Sudáfrica, Octubre 2009.
43. Pantelides A. “Aspectos sociales del Embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina”. En: Notas de Población Año XXXI, N° 78, Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile, 2004.
44. Issler, J. “Embarazo en la adolescencia”. En: Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, 2001;107: 11-23.
45. González, E. “Adopción en adolescentes: Una experiencia clínica”. En: Molina, R., Sandoval, J. y González, E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Ed. Mediterráneo, 2003.
46. Rodríguez, J, Hopenhayn, M. “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”. En: UNICEF y CEPAL. Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio, 2007(4).

## IX. ANEXOS

### Anexo N°1: Instrumento de recolección de datos



**Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Obstetricia**

**Estudio:** “Relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017”

### **CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA MUJERES.**

#### **INSTRUCCIONES:**

A continuación, se presenta una serie de enunciados por lo que le solicitamos leerlos con detenimiento y marcar la respuesta según estime conveniente. Se le recuerda que debe responder las preguntas con total sinceridad.

#### **DATOS GENERALES:**

Edad : .....

#### **I. Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva:**

##### **1.- Realiza Ud. la higiene de sus genitales:**

- a).- Si
- b).- No

##### **2.- ¿Con que frecuencia hace la higiene de sus genitales?:**

- a).- Diariamente.
  - b).- Interdiario.
  - c).- Dos veces por semana.
  - d).- Semanalmente.
  - e).- Otros.
- Especificar.....

##### **3.- ¿Qué jabón o sustancia usa para la higiene de sus genitales?**

- a).-Jabón de tocador.
  - b).-Jabón íntimo (Glicerina).
  - c).- Jabón para lavar ropa.
  - d).- Solo agua.
  - e).- Otros.
- Especificar.....

**4.- ¿Realiza Ud. duchas vaginales?**

- a).-Si
- b).-No

¿Por qué?:

.....

.....

**5.- ¿Qué partes de sus genitales realiza su higiene?**

Especificar:

.....

.....

**6.- Cuando Ud. se está con su menstruación, ¿se realiza la higiene de sus genitales?**

- a. Si
  - b. No
- ¿Por qué?:

.....

.....

**7.- ¿Cuál es la forma en que se realiza la higiene de sus genitales?:**

- a).- De la parte externa de la vagina hacia la parte de atrás (ano).
- b).- Desde atrás (ano) hacia la parte externa de la vagina.
- c).- De adentro hacia afuera de la vagina.
- d).- De afuera hacia adentro de la vagina.
- e).-Otras formas.

Especificar:.....

**8.- Ud. ya inicio relaciones sexuales coitales.**

- a. Sí
- b. No.

**Si su respuesta es SI, continuar con las siguientes preguntas; si su respuesta es NO pásese a la pregunta número 20.**

**9.- Cuando Ud. tiene relaciones sexuales, ¿acostumbra a realizar la higiene de sus genitales?**

- a).- Sí.
- b).- No

¿Antes o después? y ¿Por qué?:

.....  
 .....

**Si su respuesta es SI, continúe con las siguientes preguntas; si su respuesta es NO pásese a la pregunta número 13.**

**10.- ¿Qué utiliza para la higiene genital antes y/o después del acto sexual?:**

Especificar:

.....  
 .....

**11.- Después de cuantos minutos u horas del acto sexual realiza la higiene de sus genitales.**

Especificar:

.....  
 .....

**12.- ¿Realiza Ud. duchas vaginales después del acto sexual?:**

a). Sí.

b). No.

¿Por qué?:

.....  
 .....

**13.- Ud. suele orinar después del acto sexual:**

a). Sí.

b). No.

¿Por qué?:

.....  
 .....

**14. Para tener relaciones sexuales ¿hace uso de algún método anticonceptivo?:**

a). Sí.

b). No.

¿Por qué?:

.....  
 .....

**Si su respuesta es SI, continúe con las siguientes preguntas; si su respuesta es NO pásese a la pregunta número 18.**

**15. ¿Quién le indico el uso de ese método anticonceptivo?**

- a). Algún familiar.
- b). Un amigo(a).
- c). El personal de salud (Ginecólogo, Obstetra, Enfermero, Farmacéutico, etc.)
- d). Su profesor o docente.
- e). Otros.

Especificar:.....

**16. ¿Qué método anticonceptivo usas?:**

- a). Barrera (Condón, Diafragma, etc)
- b). Hormonal (Píldoras, Ampollas, Norplant, etc)
- c). Dispositivos Intra Uterinos – DIU (T de cobre, etc)
- d). Naturales (Ritmo, Moco cervical, Temperatura basal, etc)
- e). Otros.

Especificar:.....

**17. ¿Qué precauciones tiene Ud. para el uso de métodos anticonceptivos?**

Especificar:

.....

.....

**18. Ud. durante el mes o en el transcurso del presente año tuvo algún descenso o flujo vaginal:**

- a. Sí.
- b. No.

**Si su respuesta es SI, continúe con las siguientes preguntas; si su respuesta es NO pásese a la pregunta número 21.**

**19. ¿Qué medida tomo o adopto?:**

Especificar:

.....

.....

**20.-Si Ud. acude al obstetra o médico por el descenso vaginal, ¿cumple con el tratamiento indicado?**

- a). Sí.
- b).No.

¿Por qué?:

.....

.....

**21. Practica Ud. el autoexamen de mamas:**

- a. Sí.  
 b. No.  
 ¿Por qué?

.....  
 .....

**Si su respuesta es SI, continúe con las siguientes preguntas; si su respuesta es NO pase a la pregunta 25 del cuestionario.**

**22. ¿En qué momento realiza el autoexamen de mamas?:**

Especificar:

.....  
 .....

**23. ¿Cada cuánto tiempo realiza el autoexamen de mamas?:**

Especificar:

.....  
 .....

**24. ¿De qué forma Ud. realiza el Autoexamen de Mamas?**

- a). Mediante la palpación de cada seno, siguiendo la forma horaria (las agujas del reloj).  
 b). Mediante la palpación de cada seno, siguiendo la forma antihorario.  
 c). Palpándose los senos de arriba hacia abajo.  
 d). Palpándose los senos de abajo hacia arriba.  
 e). Otras formas.

Especificar.....

**II. Embarazo adolescente:****25. ¿En algún momento quedaste o actualmente estas embarazada?**

- a). Sí.  
 b).No.

Si, su respuesta es Sí, ¿A qué edad ocurrió el embarazo?:

-10 a 14 años ( )

-15 a 19 años ( )

**26. ¿A padecido de infección u otra enfermedad antes o durante el embarazo?:**

- a). Sí.  
 b). No.

Si, su respuesta es Sí, ¿cuál infección o enfermedad?:

.....

**¡Muchas gracias por participar!**

## Anexo N° 02: Consentimiento informado



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**Estudio:** “Relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017”

#### Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia, Marilyn Pérez Fernández y Elizabeth Pinedo Aspajo. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual - reproductiva y el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Morales, julio - noviembre 2017.

Por lo cual solicitamos su participación; si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta realizada por las investigadoras. Todo este proceso tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los límites de esta investigación. También es importante mencionar que existe la posibilidad que los datos obtenidos sean publicados en revistas de investigación a nivel regional, nacional e internacional.

Por lo mencionado y explicado minuciosamente, **ACEPTO** participar voluntariamente en esta investigación, conducida por las estudiantes de obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín. He sido informada sobre el objetivo del estudio.

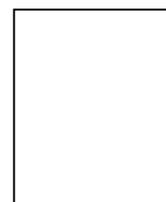
Se me han indicado también que tendré que responder al cuestionario de preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera del estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione problema alguno para mi persona.

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Nombre completo:.....

DNI: .....



### Anexo N° 03: Otros datos de la Investigación

#### Técnica de Percentiles para Categorizar la variable Prácticas de Autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva

Para la valoración y categorización de la variable, se ingresó la información en una base de datos en Excell y se procedió a exportar la información al programa estadístico SPSS versión 22, como se detalla:

#### 1.- Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 24

#### 2.- Recorrido (R): $R = \text{Max} - \text{min}$

$$R = 24 - 0 = 24$$

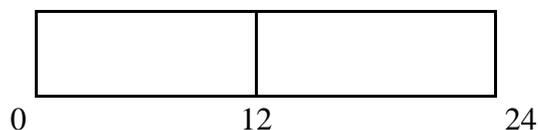
#### 3.- Recorrido medio (R):

$$R = R/2 = 24/2 = 12$$

#### 4.- Mediana teórica (Met):

$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$0 + 12 = 24 - 12 = 12$$



#### 5.- Clasificación:

Adecuada : 13 - 24 puntos

Inadecuada : 0 - 12 puntos