



CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CARACTERÍSTICAS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE ADOPTAN LAS ADOLESCENTES

Estudio a realizarse en el Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la Ciudad de Oliva, Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2018.

Tutora: Lic. Valeria Soria

Autoras: Dayana Karen Barriento

Silvia Susana Nuñez

Gisela Verónica Younis

Córdoba, febrero de 2018

Datos de las autoras

BARRIENTO, Dayana Karen. Enfermería Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, en el año 2014.

NUÑEZ, Silvia Susana. Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, en el año 2006. Actualmente se desempeña en el Hospital Zonal de Oliva, Provincia de Córdoba.

YOUNIS, Gisela Verónica. Enfermera Profesional egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, en el año 2011. Inició su desempeño profesional en el año 2009 como asistente geriátrica en Geriátrico de Sinsacate. Entre 2010 y 2012 trabajó como enfermera en la Clínica Dr. Viale de Jesús María. Desde 2012 hasta la actualidad, cumple funciones en el nivel operativo en la guardia central de adultos en la Clínica Universitaria Reina Fabiola de la Ciudad de Córdoba y se desempeña como enfermera en el sector de obstetricia de la Maternidad Nacional de Córdoba.

Agradecimientos

A Dios, por darnos la fuerza y la confianza para sostenernos en este trayecto.

A nuestros padres, por enseñarnos valores como la humildad, el respeto, la sencillez, la honestidad y la dignidad.

A nuestros hijos y compañeros de vida, por cuidarnos, comprender nuestras ausencias y darnos ánimo para seguir adelante.

A las docentes de la cátedra por su colaboración, paciencia y disponibilidad en los momentos de elaboración de este Proyecto.

Gracias a todos por la ayuda y el apoyo recibido.

Índice

Prólogo.....	5
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
Planteamiento y definición del problema	8
Justificación	25
Marco teórico.....	26
Conceptualización de las variables	33
Objetivos.....	36
CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de estudio.....	38
Población.....	38
Operacionalización de las variables.....	38
Fuentes de información, métodos y técnicas de recolección de datos	40
Plan de recolección de datos	40
Plan de procesamiento de datos	41
Plan de presentación de los datos.....	41
Plan de análisis de datos	54
Cronograma de actividades.....	45
Presupuesto	46
Referencias Bibliográficas	47
ANEXOS	
Anexo 1- Solicitud de Autorización	51
Anexo 2- Consentimiento Informado	52
Anexo 3- Formulario.....	53
Anexo 4- Tabla Matriz.....	60

Prólogo

Las prácticas que las personas realizan con el objeto de cuidar de sí mismas, de prevenir la enfermedad, reforzar la salud o reestablecerla, reciben el nombre de autocuidado. Se trata de actitudes, hábitos y acciones aprendidas transcurso de la vida, que varían según los aspectos contextuales, sociales, culturales, religiosos, económicos, políticos y éticos, del grupo de individuos del que se trate.

A partir de la adolescencia, las personas ya cuentan con ciertos aprendizajes y relativa autonomía, lo que les permite comenzar a *cuidar de sí mismas* en diversos aspectos. Sin embargo, a esta edad, la madurez física, mental y emocional aún no han alcanzado su desarrollo pleno, por lo que se considera un grupo de riesgo.

En este sentido, una de las problemáticas más acuciantes en lo que respecta a este grupo etario está vinculada a la salud sexual y reproductiva ya que es común que en la adolescencia tenga lugar el inicio de las relaciones sexuales -que se registran cada vez a más temprana edad-, y con ello, los riesgos de embarazos no deseados o la exposición a enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Desde el área de la salud y específicamente desde la disciplina que nos ocupa, la Enfermería, es importante acompañar y enseñar a los/as jóvenes a poner en práctica conductas responsables orientadas a la preservación de su salud.

Para poder brindar dicho acompañamiento, primero es necesario conocer en profundidad no solo las características de los/as adolescentes, sino también sus hábitos y prácticas vinculadas con el cuidado de la salud.

De esta manera, el presente Proyecto fue diseñado con el objetivo de conocer las características sociales, culturales, económicas y de salud de un grupo de mujeres adolescentes y sus prácticas de autocuidado en lo que respecta a salud sexual y reproductiva.

El texto se encuentra organizado en dos capítulos: el *Capítulo 1* comprende el planteamiento del problema y sus antecedentes; la justificación de su elección, en términos de los aportes que significa para el campo de la enfermería pero también para la investigación en adolescencia; el marco teórico de referencia, donde se incorporan las nociones, conceptos y teorías que dan cuenta del autocuidado en salud sexual y reproductiva y las características de las adolescentes en su dimensión social, cultural, económica y de salud. Este primer capítulo concluye con la conceptualización de las variables de estudio y los objetivos del

Proyecto. El *Capítulo 2* avanza sobre el diseño metodológico. Allí se incluye la operacionalización de las variables; se determina el tipo de estudio y se especifica la población y muestra para luego detallar los procedimientos para la recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos. Hacia el final del capítulo se presenta el cronograma de actividades a realizar durante la puesta en marcha del Proyecto y el presupuesto necesario para llevarlo a cabo. Por último, los *Anexos* contienen las notas de autorización necesarias y el instrumento de recolección de datos elaborado a los fines de este estudio.

Capítulo 1:

Problema de investigación

Planteamiento y definición del problema

La adolescencia es una construcción histórica y social que, como tal, varía según las sociedades y sus culturas, el contexto y el medio ambiente. Aunque los niños y niñas alcanzan la madurez en diferentes edades, existe consenso en que la adolescencia, como proceso de transición entre la niñez y la edad adulta, abarca desde los 10 a los 19 años de edad. Según la Organización de las Naciones Unidas:

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápidos, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes. (ONU, 2016, p. 4)

Durante la adolescencia las personas comienzan a construir su propia identidad y autonomía, a participar más activamente de la vida social cuestionando muchas veces el orden de las cosas y proponiendo cambios. Por ello, no es de extrañar que los adolescentes colaboren positivamente en diversas actividades tendientes al desarrollo comunitario, el respeto por los derechos humanos, la paz y el cuidado del medio ambiente. Estas aspiraciones se vinculan directamente con la capacidad creativa y la gran energía que se experimentan en este momento de la vida.

Sin embargo, la adolescencia también es una etapa marcada por un alto grado de vulnerabilidad psicológica, emocional, social y física. En una sociedad globalizada y cada vez más compleja, el mercado y los medios de comunicación buscan transformar a los jóvenes en meros consumidores. El entorno digital es muchas veces el refugio y el medio de expresión de los adolescentes, pero también es un medio por el cual pueden ser excluidos, discriminados y presionados a actuar de modos negativos. Los jóvenes frecuentemente son expuestos a situaciones de maltrato y violencia, a la explotación sexual o económica, la trata o las adicciones.

En la actualidad, la OMS (2017) calcula que una sexta parte de la población mundial -1.200 millones de personas- está compuesta por adolescentes. Aunque generalmente se considera que este grupo etario goza de buena salud, es importante comprender que se trata de una población de riesgo: muchos adolescentes mueren prematuramente por causas prevenibles o tratables como son la exposición a la violencia, el consumo de tabaco, alcohol

y otras drogas, los malos hábitos alimentarios, la falta de actividad física, las enfermedades de transmisión sexual y las complicaciones con el embarazo. Asimismo, muchos más son los adolescentes con problemas de salud debidos también a estas y otras causas por lo que se vuelve un imperativo promover comportamientos saludables en los jóvenes y generar acciones de protección contra los riesgos sanitarios a los que están expuestos.

Es importante señalar que los embarazos y los partos precoces se encuentran entre los principales problemas de salud y son la causa de mortalidad más frecuente entre las adolescentes de 15 a 19 años. Según datos de la OMS de 2015, a estas niñas corresponde el 11% de los nacimientos en todo el mundo: 44 nacimientos por cada 1000 adolescentes en promedio -siendo mayor el porcentaje en países en desarrollo-. Aunque en comparación con estudios realizados 1990, estas cifras recientes indican una disminución de los embarazos y de la tasa de mortalidad materna de las adolescentes; una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible vinculado a la salud es “garantizar, de aquí a 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (OMS, 2017, p.1).

Por otro lado, aunque el número de muertes relacionadas con el VIH ha disminuido considerablemente en estos últimos años, las defunciones por este virus en la población adolescente van en aumento (OMS, Op cit., p. 3). Es por ello que las acciones de prevención deben centrarse en estos grupos: los jóvenes deben contar no solo con información sino también con recursos para protegerse del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, detectarlo y, en caso de haberse contagiado, acceder a los tratamientos adecuados. Aunque a nivel mundial, los organismos de Derechos Humanos, las diversas organizaciones sociales y múltiples instituciones de alcance internacional alertan sobre la necesidad de concientizar acerca de estas y otras infecciones que ponen en riesgo la vida de las poblaciones y especialmente la de niños y adolescentes, aún resta mucho por hacer.

En 1924 tuvo lugar la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General en 1959 y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en diversos Pactos Internacionales. En dicha Declaración, se sostiene que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. (UNICEF, 2006, p. 9)

En 1989, Argentina aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, solo con algunas reservas y modificaciones, lo que se materializó en la Ley 23849. En dicha normativa, se entiende al sujeto *niño* como “todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad” (Farías Carracedo, 2014, pp. 264-265). En este sentido, los adolescentes casi en su totalidad quedan comprendidos en la categoría de niñez. Los puntos más sobresalientes de esta Ley para el caso que nos ocupa, están condensados en el Artículo N°24 donde se reconoce “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (de Fourcade, Stein, Raffaelli, y Fornagueira, 2013, p. 51).

La Observación General N°20 sobre la implementación de los derechos del niño durante la adolescencia señala que “los y las adolescentes requieren de protección especial” (Comité de Derechos Humanos, 2016, p. 2) y enfatiza no solo en la responsabilidad de los Estados frente a esta situación sino también en la obligación que les compete respecto del reconocimiento de los derechos y de las necesidades de salud y desarrollo de los adolescentes. En el mencionado documento, el Comité observa que los Estados no realizan las inversiones correspondientes ni llevan adelante acciones que garanticen a los adolescentes el ejercicio de sus derechos. Incluso remarcan que en muchos países y regiones no se cuenta con datos estadísticos que permitan identificar la problemática y actuar en consecuencia. Por último, la Observación General N°20 destaca la necesidad de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer y establece los derechos de mujeres y niñas a la salud y a una atención sanitaria adecuada.

Aunque en nuestro país existe un marco legal y jurídico que reconoce los derechos del niño y de los adolescentes, la realidad es que muchos jóvenes menores de 19 años se encuentran en graves situaciones de vulnerabilidad económica, social, cultural y física. Según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) realizada en el año 2013, la media de edad de inicio sexual de las mujeres entre 14 y 19 años es de 15,5 años, en el caso de los varones es de 14,9. Los datos arrojados por dicha encuesta señalan que 9 de cada 10 varones y mujeres de ese mismo rango etario -14 a 19 años- dijeron utilizar métodos anticonceptivos, siendo las pastillas anticonceptivas las más usadas por las mujeres y el preservativo el más usado por los varones. Otra de las conclusiones de la encuesta es

que a medida que aumenta el nivel de instrucción, el uso de anticonceptivos también se incrementa.

En la misma encuesta, casi el 100% de las mujeres más jóvenes dijeron conocer el HIV/SIDA. Sin embargo, el grado de conocimiento de otras ITS -tales como la hepatitis B, la sífilis, el herpes genital, la gonorrea/bleenorragia y los condilomas/verrugas genitales- es menor conforme disminuye la edad. Las ITS menos nombradas y conocidas por las adolescentes fueron la candidiasis, la clamidia, la leucorrea y la tricomoniasis. En relación a los varones, quienes se encuentran en el rango etario de 14 a 19 años mostraron menor conocimiento de las ITS -exceptuando el HIV/SIDA- que el resto de los varones entrevistados. Aquí también se destaca que tanto en varones como en mujeres mientras más alto es el grado de instrucción, mayor es el conocimiento de las ITS. A propósito de ello, se encontró una marcada diferencia entre quienes completaron la escuela secundaria y quienes no.

Aunque de modo general, los resultados de la ENSSyR muestran que la mayoría de las y los adolescentes dicen usar métodos anticonceptivos, la realidad parece considerablemente distinta. Según las Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2013 el 15,5 % del total de nacimientos correspondieron a madres menores de 20 años y si extendemos el análisis a períodos anteriores, constataremos que la cifra va en aumento. De esta manera, podemos decir que en el mismo año (2013) en que se realizó la ENSSyR - encuesta donde la mayoría de las mujeres adolescentes manifestó usar métodos anticonceptivos-, 117 mil adolescentes fueron madres durante ese período, de las cuales 7700 residían en la Provincia de Córdoba (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Asimismo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017) sostiene que actualmente en Argentina, 1 de cada 6 nacimientos corresponde a una mamá adolescente. El 65,5% de estas madres no utilizaron métodos anticonceptivos y más de la mitad del total manifiesta no haber deseado el embarazo. Además, 4 de cada 10 de estas jóvenes madres quedaron embarazadas durante su primera relación sexual. Lo más grave es que casi el 14% de las muertes maternas registradas en el país corresponde a niñas cuya edad se encuentra entre 10 y 19 años, siendo el aborto inseguro la principal causa de fallecimiento.

En relación a las ITS, Argentina ocupa el tercer lugar en América Latina y el quinto en las Américas en el número de enfermos de VIH/SIDA. En un informe realizado por

UNICEF en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación (2011), los especialistas definen dos poblaciones diferenciadas de niños, niñas y adolescentes con VIH. Por un lado, aquellos que han sido expuestos e infectados por transmisión perinatal cuyo seguimiento se realiza en los servicios de infectología pediátrica. Por otro lado, los adolescentes infectados por otras vías, especialmente la sexual, quienes la mayoría de las veces concurren a servicios de adultos, donde no suelen contar con espacios diferenciados para la atención de este grupo en particular. El informe destaca que las relaciones sexuales desprotegidas son actualmente la principal vía de transmisión del VIH, lo que indica la necesidad de abordar este tema desde una perspectiva de educación sexual integral.

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2015), el 70% de los casos de HIV/SIDA se concentran en Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Los jóvenes constituyen el grupo más afectado: el 37,3% de los varones infectados tienen edades que van de los 15 a los 29 años; en las mujeres infectadas este porcentaje es del 43.2%. Si consideramos que los datos epidemiológicos corresponden a personas enfermas de SIDA -ya que no hay cifras concretas sobre sujetos infectados- y tenemos en cuenta que la aparición de los síntomas demora varios años, esta información estaría señalando que gran parte de las mujeres y varones enfermos contrajeron el virus durante la adolescencia.

Otros datos relevantes que provee el Ministerio de Salud de la Nación (2015) están vinculados con el crecimiento de la epidemia entre las mujeres. Esta situación acarrea consecuencias no solo para ellas sino también para sus hijos: la mayoría de las mujeres contagiadas se encuentran en edad fértil, lo que podría explicar por qué Argentina registra el número más alto de infecciones transmitidas de madre a hijo en América Latina.

Si bien todos podemos contraer HIV/SIDA y otras ITS, los datos epidemiológicos demuestran que hay poblaciones más vulnerables que otras. Múltiples y diversos son los motivos por los cuales algunos grupos pueden estar más expuestos. Uno de los principales es la situación de pobreza, ya que de ella derivan varios problemas tales como el acceso a los sistemas de salud, a la información, el desempleo, la prostitución, la violencia y el malestar social, el abandono de la escuela, el consumo de drogas y otras sustancias nocivas. Como se ha mencionado, los jóvenes en general son una población de riesgo y las niñas y adolescentes en particular se encuentran más expuestas.

Durante las observaciones y entrevistas realizadas en el Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la Ciudad de Oliva, Provincia de Córdoba, las autoras encontraron varias de las situaciones problemáticas que afectan a la población de mujeres adolescentes descritas hasta aquí: iniciación sexual temprana, embarazos adolescentes, frecuentes infecciones de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, virus del papiloma humano).

Según las planillas del Centro Asistencial N°2 de Oliva, durante el período que comprende desde enero hasta septiembre de 2017, de un total de 353 mujeres que acudieron a dicho Centro por consultas referidas a salud sexual y reproductiva, 174 fueron adolescentes cuyas edades se encuentran entre los 11 y los 19 años, lo que representa un 49,29% sobre el total de mujeres atendidas.

Al interior de este grupo de mujeres adolescentes podemos destacar que 58 de ellas (33%) tienen entre 11 y 15 años de edad y 116 (67%) se encuentran en la franja etaria que va desde los 16 a los 19 años.

Según las planillas del Centro Asistencial N°2, del subgrupo de adolescentes de entre 11 y 15 años: el 24% declaró haberse iniciado en relaciones sexuales entre los 10 y 13 años; el 55% entre los 14 y 15 años y el 21% restante manifestó no haber tenido aún relaciones sexuales. Respecto del segundo subgrupo, adolescentes cuyas edades se encuentran entre los 16 y 19 años, el 100% manifestó haber tenido relaciones sexuales, de las cuales: el 13% declaró que su primera relación sexual ocurrió entre los 10 y 13 años de edad; el 64% entre los 14 y 15 años; el 39% restante entre los 16 y 19 años.

Si bien los motivos de las consultas realizadas por estas adolescentes son variados, se destacan los siguientes:

De las 58 adolescentes entre 11 y 15 años:

- 5 fueron diagnosticadas y/o tratadas por ITS (tricomoniasis, herpes genital, candidiasis vaginal y clamidia).
- 5 acudieron a Consejería sobre salud sexual y reproductiva.
- 2 de ellas realizaron en el Centro Asistencial el primer control de embarazo.
- 13 adolescentes concurren por consultas sobre Planificación Familiar.

- Las 33 adolescentes restantes consultaron por alteración menstrual, micosis, flujo, ITU (infección del tracto urinario), quistes ováricos, control ginecológico, PAP y para completar la planilla de ANSES (Asignación Universal por Hijo).

De las 116 adolescentes entre 16 y 19 años:

- 18 fueron diagnosticadas y/o tratadas por ITS (tricomoniasis, candidiasis vaginal, gonorrea, blenorragia, sífilis y VPH).
- 3 acudieron a Consejería sobre salud sexual y reproductiva.
- 8 de ellas concurrieron al Centro para realizar el primer control de embarazo.
- 34 adolescentes concurrieron por consultas sobre Planificación Familiar.
- Las 53 adolescentes restantes consultaron por alteración menstrual, micosis, flujo, ITU, displasia mamaria, lactancia, quistes ováricos, control ginecológico, PAP y para completar la planilla de ANSES (Asignación Universal por Hijo).

Según la información brindada durante la entrevista que se realizó a la ginecóloga a cargo del área, en la mayoría de los casos las mujeres adolescentes acuden al Centro Asistencial en busca de anticonceptivos hormonales. Salvo algunas excepciones, estas adolescentes llegan solas o acompañadas de sus madres. Las consultas que refieren a anticoncepción son referidas en las planillas como “Planificación Familiar”, Programa que funciona en el Centro Asistencial N°2 de manera sostenida desde hace poco más de siete años.

En relación a los anticonceptivos entregados en el marco del mencionado Programa, las planillas mensuales muestran los siguientes datos:

- De un total de 83 adolescentes fichadas entre enero y septiembre de 2017, cuyas edades se encuentran entre los 11 y 15 años, 57 de ellas retiran anticonceptivos “orales” y 26 retiran inyectables - “mesigyna”-. Aunque estos números varían de mes a mes, la proporción se mantiene casi estable.

- De un total de 149 adolescentes fichadas entre enero y septiembre de 2017, cuyas edades se encuentran entre los 16 y 19 años, 94 de ellas retiran anticonceptivos “orales” y 55 retiran inyectables - “mesigyna”-. Al igual que con el grupo anterior, aunque estos números varían de mes a mes, la proporción se mantiene casi estable.

Estos datos nos permiten reconocer que las proporciones de quienes optan por anticonceptivos orales y quienes eligen inyectables es casi la misma en ambos grupos: alrededor de un 70% de las mujeres adolescentes retiran anticonceptivos orales y un 30% - aproximadamente- prefiere inyectable. Sin embargo, lo más llamativo es que en ambos grupos el 100% de las mujeres adolescentes parecen optar por métodos anticonceptivos hormonales -desconocemos si usan preservativos ya que no se lleva registro de ello-.

A partir de lo hasta aquí expuesto, surgen los siguientes interrogantes:

- 1- ¿Inciden las características personales, interpersonales, familiares y socioculturales de las adolescentes en sus representaciones y acciones en torno a la salud sexual y reproductiva?
- 2- ¿Qué factores influyen en la iniciación temprana de las relaciones sexuales en las mujeres adolescentes?
- 3- ¿Conocen las adolescentes los riesgos que implican los embarazos precoces?
- 4- ¿Conocen las adolescentes las ITS, sus modos de contagio y los peligros que suponen para su salud?
- 5- ¿Qué prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva llevan a cabo las mujeres adolescentes?
- 6- ¿Contribuyen la educación en Salud Sexual y Reproductiva, los programas de Planificación Familiar y Consejería, a la promoción de las conductas de autocuidado de salud sexual y reproductiva de las adolescentes?

En relación al **primer interrogante**, sobre la incidencia de las características sociales, culturales, económicas y de salud de un grupo en sus representaciones y acciones en torno a la salud sexual y reproductiva; varios estudios realizados por la OMS, UNICEF e incluso el Ministerio de Salud de la Nación, han señalado que existe una relación directa

entre los comportamientos de los adolescentes y las condiciones materiales y simbólicas del contexto sociocultural en el que viven. En este sentido, la mayoría de los estudios consultados insisten en la necesidad de no restar importancia a las variables que intervienen en la forma de vivir la propia sexualidad: componentes culturales, estructura familiar, formas de expresión de los afectos, aceptación de la propia sexualidad, formas de comunicación con las otras personas, creencias religiosas.

Se han realizado diversas investigaciones que vinculan la salud sexual y reproductiva con variables de tipo socioeconómicas y culturales. Ejemplo de ello son los estudios realizados sobre salud sexual y reproductiva y el nivel educativo de la población: a mayor nivel educativo, más y mejores prácticas de autocuidado. La situación socioeconómica de los adolescentes también es un factor de incidencia: está demostrado que cuanto más grave es la situación de vulnerabilidad socioeconómica, más expuestos se encuentran los adolescentes a hechos de violencia, violaciones, trata, ITS o embarazos no deseados.

Otros estudios muestran marcadas diferencias sociales en los procesos reproductivos vinculadas al embarazo adolescente. Ejemplo de ello es que mientras el 27,3% de las mujeres pobres fueron madres antes de los 20 años, solo el 1,6% de las mujeres que viven en hogares con ingresos más altos ha tenido esta experiencia (Ariño, 2003).

Según informes de UNICEF (2005), existe una correlación positiva entre estos valores y cualquiera de los indicadores de riesgo social como necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de madres analfabetas o con estudios primarios incompletos, o adolescentes que no trabajan ni estudian. Asimismo, los embarazos de adolescentes marginales tienden a profundizar la desigualdad social, ya que muchas veces son expulsadas de sus hogares o abandonan definitivamente su educación, lo que luego complica la inserción en el mundo laboral. Por otro lado, muchas de las jóvenes que tienden a ocultar el embarazo, no cuentan con un seguimiento médico apropiado y son más proclives a situaciones que pueden conducir a la morbilidad materno-infantil.

En torno a las representaciones que tienen las adolescentes de la sexualidad, la mayoría de ellas se encuentran vinculadas a los procesos reproductivos. Según un estudio multidisciplinario acerca de las significaciones sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes (Pacheco Sánchez, Rincón Suárez, Guevara, Latorre Santos, Enríquez Guerrero y Nieto Olivar, 2007), existe una tendencia a considerar "lo sexual" como negativo, ligado a

los "riesgos" y consecuencias problemáticas del ejercicio sexual, lo que juega un papel preponderante en la socialización de las mujeres:

En general no existe una visión positiva de la sexualidad ligada a la calidad de vida y el ejercicio de la autonomía y los derechos de las mujeres. Los embarazos no esperados empiezan a ser comunes en el discurso de las mujeres como uno de los riesgos de establecer relaciones afectivas de pareja, y son objeto de advertencia por parte de madres, hermanas y pares (Pacheco Sánchez, et al., 2007, p. 6).

Otros autores alertan sobre los “tabúes” sociales que inciden en las representaciones de las adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva. Dichos tabúes generalmente son aprendidos en grupos sociales o con los grupos de pares. En muchas ocasiones, los adolescentes no han podido hablar en sus hogares ni en sus escuelas sobre la sexualidad, sobre sentimientos, emociones o incluso sobre la forma de relacionarse con pares. Esto es más frecuente en el contexto de la pobreza y, sobre todo, si existe violencia familiar. (Jacobzon, Miklaski, Lamy, Pasqualini, 1991)

Respecto del **segundo interrogante**, diversos son los trabajos publicados en torno a los factores que inciden en la iniciación sexual temprana de las mujeres. En un estudio realizado por Dolto y Dolto Tolitch (1992), las mujeres adolescentes refieren, frecuentemente, que la iniciación en las relaciones sexuales está vinculada con “el amor”. Pero el significado de la palabra “amor” varía según las personas y su contexto. Algunos de los significados sobre los que indagaron los autores mencionados son:

- Generosidad, fuerza, fidelidad, confianza, amistad.
- Necesidad de fusionarse: complacer y ser aceptada.
- Pasión: necesidad de poseer hasta los pensamientos.
- Excitar, a veces, sin llegar al límite.
- No siempre se conserva la libertad de pensamiento, no siempre hay respeto y ternura y, a veces, desencadenan pasiones violentas.
- Otras adolescentes refieren presión o violencia.

Por su parte, Pantelides, Geldstein, Calandra y Vázquez (1999), hallaron que muchas veces el debut sexual bajo coerción está vinculado con el acto de forzar por la violencia, las

amenazas, la insistencia verbal, el engaño, las expectativas culturales o las circunstancias económicas, a participar en una conducta sexual contra su voluntad. En este marco, la coerción expresa asimetría de género, pero no siempre se percibe esta sujeción como tal. Según los autores, en algunos grupos sociales la mujer tiene serias dificultades de inserción social: abandona la escuela en la adolescencia, carece de grupo social de referencia, se dedica a los quehaceres domésticos y al cuidado de hermanos o niños menores. Estas mujeres son las que tienen mayor riesgo de iniciar la actividad sexual tempranamente ya sea por decisión personal o por imposición (abuso sexual). A través de varios trabajos, se infiere que muchas de las adolescentes que tienen un debut sexual temprano y que concurren a los Servicios de Adolescencia de Hospitales Públicos provienen de hogares donde la madre también tuvo hijos en la adolescencia; no son ellas quienes deciden cuándo tener relaciones y no usan métodos anticonceptivos. Los padres no han podido ofrecerles el sostén necesario o la violencia y la falta de diálogo familiar son frecuentes. Carecen de las bases imprescindibles para un crecimiento y desarrollo pleno: necesidades básicas satisfechas y crianza en el hogar (ídem).

Finalmente, en el trabajo realizado por Arditi, Zorrilla, Lamy, Pasqualini (2001), treinta y seis adolescentes mujeres que habían debutado relataron las siguientes vivencias: placer 64%; displacer 27,7%; violencia 5,6%; indiferencia 2,7%. El inicio temprano de relaciones sexuales se asoció a trastornos de los vínculos familiares y a falta de diálogo con la madre. Otros factores de riesgo fueron la deserción escolar, abuso de sustancias, depresión y abuso por parte de algún familiar o allegado.

En relación al **tercer interrogante**, el cual refiere al conocimiento por parte de las adolescentes de los factores de riesgo que implican los embarazos precoces, de riesgo o no deseados; las autoras encontraron que en Argentina la cantidad de embarazos adolescentes no planeados es significativa: aproximadamente 15% de los bebés nacen de mamás adolescentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

En el trabajo realizado por Pasqualini y Llorens (2010), se muestra cómo la mortalidad por aborto es una causa importante de la mortalidad materna y la diseminación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana son factores que han hecho que el tema educación sexual esté en la agenda del gobierno (Ley N.º 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral). Las estadísticas muestran que por lo menos el 50% de las mujeres no recibe información sexual en sus casas y que el riesgo de embarazo y de ITS es

mayor cuanto menor es la edad del debut sexual, el nivel socioeconómico y el educativo, y cuanto mayor es la diferencia de edad entre la mujer y el varón. Un dato muy importante es que más de un tercio de los adolescentes se inicia sin prevención:

En la Argentina, el número de recién nacidos vivos de madres menores de 20 años se mantiene estable y es de 100.000 nacimientos al año, con una proporción respecto del total de nacimientos más elevada en el Norte, como por ejemplo en el Chaco, 23,9%, casi el doble que en las provincias centrales, y cuatro veces la de la Ciudad de Buenos Aires, que tiene el valor más bajo, 6,2%. Una preocupación especial merece la tasa de la fecundidad adolescente precoz (10 a 14 años) que se encontraba en descenso en la Argentina desde 1980; sin embargo, en seis provincias esta tasa aumentó a tal punto de ser la más alta para el 2001. (Pasqualini y Llorens, 2010, p. 348)

Para responder al **cuarto interrogante**, sobre los conocimientos que las adolescentes tienen sobre ITS, sus modos de contagio y los peligros que suponen para su salud,

Según Maddaleno (en Gogna, 2005) muchas adolescentes sexualmente activas no cuentan con suficiente información acerca de las conductas adecuadas para la prevención de las ITS, lo que incide en el alto porcentaje de adolescentes que llegan a los Centros de Salud afectadas por alguna enfermedad producto de infecciones que podrían haberse evitado.

Por un lado, la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada el 30 de octubre de 2002 establece la distribución de anticonceptivos gratuitamente en hospitales y la educación sexual en las escuelas. Por otro lado, la Ley N.º 26.150 ofrece marco normativo al Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006). Si bien existe acuerdo en relación a la necesidad de la educación sexual, aún no se ha logrado consenso sobre los contenidos que deben incluirse ni de qué manera hacerlo. Alcántara Sánchez (2012) refiere lo siguiente:

El ejercicio de la sexualidad requiere ser asumido como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad; sin violencia ni imposición. Para ello los adolescentes necesitan saber quiénes son, qué quieren y reconocer su propio valor. A partir de la definición de sí mismos y de la seguridad personal, pueden ser congruentes con su actuación social. (p. 38)

Con respecto al conocimiento y uso de métodos, se evidencia un incremento del conocimiento. En 1984 el preservativo era conocido por el 27,5% de las adolescentes, y en 1994 es mencionado por el 80%. En cuanto al uso, en 1984 referían utilizarlo un 17,4% contra un 51,3% en 1994.

Trumper, López Kaufman, Ruiperez y Santos, (2002) reportan como métodos más conocidos el hormonal (87,9%) seguido por el preservativo (80,2%) y el DIU (42,1%).

En un estudio sobre salud reproductiva de los adolescentes en Argentina realizado por Weller (2000), la autora informa de fuertes diferencias en las conductas de cuidado en función del estrato social de los jóvenes:

Así, alrededor de un tercio de los entrevistados no tomó ninguna precaución en su primera relación. Las diferencias por clase social son notables. En la clase baja la proporción de los que no adoptaron ningún tipo de cuidado supera el 50%. En la clase media, sólo el 15 % de los varones y el 20% de las mujeres no se protegieron. Al comparar los resultados con las respuestas sobre los cuidados en la última relación, se observa un aumento del cuidado. Si se considera el trayecto de la conducta anticonceptiva, se observa que más de la mitad de los jóvenes han usado anticonceptivos en forma continua. Las diferencias por clase se mantienen, ya que la mayor proporción de adolescentes que nunca se cuidaron se da en el estrato bajo, especialmente entre las mujeres. (p. 17)

En el mencionado estudio, Weller indagó a cerca de los métodos anticonceptivos más usados en la primera relación. Los resultados en orden de mayor a menor uso del método fueron: el preservativo, las pastillas y el retiro. Cabe destacar que el estudio permite observar que entre la primera y la última relación sexual hubo un aumento del uso de las pastillas en detrimento, sobre todo, del preservativo.

Por último, la autora observa que las adolescentes no mencionan las ITS como único motivo de prevención. Afirman además que la preocupación por las ITS es casi inexistente entre las jóvenes de estrato bajo.

El **quinto interrogante**, referido a las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva que llevan adelante las mujeres adolescentes, recientes y numerosos estudios coinciden en que se han producido alteraciones en los comportamientos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Las prácticas sexuales a temprana edad y sin protección aumentan la probabilidad de adquirir ITS y muchas veces devienen en embarazos

de riesgo o no deseados. En las mujeres adolescentes, por ejemplo, la edad de la primera relación sexual es cada vez menor. A esto se suma la cantidad de parejas sexuales que, según diversos estudios, va en aumento (OMS, 2017; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2013; UNFPA, 2017). Aunque estas son prácticas de alto riesgo, el uso de métodos anticonceptivos y de barrera pueden reducir los efectos negativos para la salud que pueden tener dichas prácticas. En este sentido, el autocuidado se refiere a las decisiones, actitudes y acciones que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud. Se trata de prácticas aprendidas que tienen objetivos concretos: fortalecer la salud, prevenir enfermedades o, en caso de ser necesario, reestablecer la salud (Orem, 1993).

En relación al **sexto interrogante**, la información es un recurso esencial para comprender la necesidad de tomar decisiones que impacten positivamente en nuestra salud. La Ley de Educación Nacional sancionada en 2006, exige a las escuelas de todos los niveles -Inicial, Primario y Medio- como así también a los Profesorados de Formación Docente, la incorporación de la Educación Sexual Integral como asignatura obligatoria. Esto significa un gran paso en cuanto al acceso de información -se crearon cuadernillos, videos, documentales y otros recursos pensados para los sujetos destinatarios-, sin embargo, como ya mencionamos, muchos docentes aún no se animan a hablar del tema o lo abordan muy por encima sin propiciar un espacio de aprendizaje para los estudiantes. Otros recursos están disponibles en Centros de Salud, tales como folletería, información, anticonceptivos, consultas al personal a cargo, estudios diversos. Pero según algunos estudios, en estos espacios son relativamente pocas las mujeres adolescentes -muchas veces acompañadas por sus madres- las que hacen uso de los recursos disponibles.

Si bien son varios los programas y proyectos que llevan adelante las instituciones educativas y los centros de salud. Las leyes ya mencionadas -Ley Nacional N°25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y Ley N°26.150 sobre el Programa Nacional de Educación Sexual Integral- dan marco legal a la Promoción de actividades de Comunicación Social sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Sin embargo, las investigaciones desarrolladas en América Latina revelan que una proporción considerable de jóvenes sabe poco o nada sobre sexualidad y reproducción, carece de información suficiente sobre anticoncepción, tropieza con grandes obstáculos cuando intenta acceder a los métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, por lo que quedan expuestos al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH o a embarazarse sin quererlo.

Para García Werebe (1979, p. 9), “la educación sexual, en un sentido amplio, comprende todas las acciones directas o indirectas, deliberadas o no, ejercidas sobre un individuo, que le permiten situarse en relación con la sexualidad en general y con su vida sexual en particular”. El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam) propone que la educación sexual sea:

- **Adecuada:** Los contenidos y formas de comunicación deben ser apropiados a cada edad. Se trata de una Mirada Integral madurativo y de comprensión de los grupos a quienes esta educación va dirigida. Deberá contemplarse la necesidad de incluir en la educación sexual a la sociedad adulta. Ellos comparten los mismos mitos, miedos y desinformación que los más jóvenes y son aún más reacios a introducir cambios de conducta en sus prácticas sexuales.
- **Integral:** La educación sexual deberá entenderse como la integración de los contenidos biológicos, psicológicos y socioculturales acerca de la sexualidad, abarcando también los deseos, valores y principios de las personas en el marco de la pluralidad y del respeto mutuo.
- **Continua:** dar una charla o taller sobre estos temas no implica haber concluido con la tarea de dar educación sexual, sino que como todo proceso educativo, esta temática deberá permanecer en el tiempo e ir repitiendo temas y contenidos según el nivel madurativo de los alumnos.
- **Interactiva:** La modalidad de talleres interactivos que permiten el intercambio de ideas y la formulación libre de preguntas, es el más adecuado para abordar la educación sexual, ya que permite adecuar los contenidos a las necesidades de los alumnos y facilita la incorporación del conocimiento y las actitudes necesarias para generar cambios favorables de conducta.
- **Operativa:** La educación sexual debe proveer elementos concretos que permitan a los alumnos concretar las acciones preventivas que se están recomendando. En este sentido, resulta beneficioso contar con mecanismos de articulación entre la escuela y el servicio de salud.

- Respeto: La educación sexual debe promover el respeto por el propio cuerpo y el del otro, la diversidad de ideas y de elecciones en torno a la sexualidad, en el marco del respeto integral a los derechos humanos.

Según Pasqualini y Llorens (2010), la forma más adecuada de encarar la educación sexual es a través de un abordaje amplio que incluye la reflexión sobre las propias actitudes y la discusión sobre iniciación sexual, anticoncepción, prevención del embarazo, aborto y de las ITS. Sin embargo, es de tener en cuenta que para modificar conocimientos, sentimientos, actitudes y prácticas propias es necesario integrar viejos y nuevos conocimientos y adquirir la convicción de la necesidad de modificar aspectos personales. No existe evidencia de que la provisión de información sobre anticoncepción resulte en incremento de la actividad sexual, en el número de parejas, en el inicio más precoz. Según los autores, las intervenciones aisladas de prevención primaria evaluadas a la fecha no demoran el inicio de las relaciones sexuales, no mejoran el uso de métodos anticonceptivos en varones o mujeres, no reducen el número de embarazos en mujeres jóvenes. Y, en el mejor de los casos, sus efectos beneficiosos persisten por poco tiempo. Es por ello que los programas deben ser continuos y diseñados, llevados a cabo y evaluados en forma participativa con los jóvenes y el resto de la comunidad en el marco de sus convicciones. Temas como la autoestima, la equidad de género, vínculos afectivos, reconocimiento y respeto a la diversidad, maduración biológica y psicológica, comportamientos preventivos para evitar embarazos no esperados e ITS, mitos y temores son prioritarios. Pero, además, es necesario incluir un espacio para dialogar sobre el placer. Por otro lado, la mayoría de las veces las docentes y familiares a cargo manifiestan no saber cómo abordar el tema de la salud sexual y reproductiva, y en la mayoría de los casos prefieren no hacerlo o limitarse a brindar muy poca información.

Crear un ambiente de confianza, donde el niño y adolescente pueda preguntar sin temor o vergüenza es uno de los grandes desafíos, no solo para la escuela y la familia sino también para los centros de salud. En este sentido, la Consejería o Asesoramiento es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población. Su fin es revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja. Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud. Promover la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y hacia los demás.

Propiciar la comunicación en la pareja, proponiendo relaciones equitativas y horizontales. Incentivar en la pareja criterios de responsabilidad compartida, tanto en la anticoncepción como en la prevención de la transmisión de ITS (Pasqualini y Llorens, 2010).

La bibliografía y los estudios consultados, indican que existen múltiples y diversos factores que inciden en las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de las adolescentes tales como el contexto social, cultural y económico; las representaciones construidas socialmente sobre sexualidad y reproducción o las propuestas educativas respecto de la temática; entre otros. De este modo, si desde el área de la salud y específicamente desde la enfermería se intentan abordar las problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, se torna necesario caracterizar a la población y conocer sus prácticas actuales en materia de autocuidado. Por lo expuesto, las autoras definen el problema de la siguiente manera:

¿Cuáles son las características y prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de las adolescentes mujeres que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2018?

Justificación

Existen cuantiosos estudios que abordan la problemática de la adolescencia y la salud sexual y reproductiva. La mayoría de ellos arrojan datos y cifras que son recuperadas a la hora de diseñar intervenciones que buscan resolver o al menos mejorar la situación de los adolescentes en nuestra región. Sin embargo, y a pesar de los mencionados estudios, la mayoría de las políticas y programas educativos y de salud tienen efectos insuficientes en los más jóvenes: la adolescencia es cada vez más una población de riesgo en nuestro país y especialmente en Córdoba. Se observa que la población adolescente se enfrenta día a día con algunas situaciones que dificultan el pleno ejercicio de su salud sexual y reproductiva, por lo que se requiere de acciones concretas para su superación (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Se parte de la idea de que faltan indagaciones locales que hagan foco en las conductas de autocuidado que las mujeres adolescentes despliegan en situaciones de su vida cotidiana, es decir, que busquen saber qué acciones realizan y qué decisiones toman para mantener o mejorar su calidad de vida en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. De esta manera, acercarnos desde lo que efectivamente hacen por sí mismas implica reconocerlas y quizás, esto brinde más pistas sobre cuáles son sus demandas concretas -explícitas e implícitas- en torno a esta problemática. En este sentido, el presente Proyecto brindaría elementos que aporten al tema de indagación de la adolescencia -en términos de conocimientos sobre características y prácticas de esta población -desde el campo de la salud.

En el nivel más específico de la enfermería como servicio humano y humanizador, este proyecto puede realizar contribuciones que habiliten alternativas de resolución al problema planteado. Dicho de otro modo, este estudio implica la posibilidad no solo de conocer las características y prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de las adolescentes -eje central del presente proyecto- sino también de lograr una aproximación general a las posibles demandas de autocuidado de esta población, lo que habilita nuevas alternativas en torno al diseño de intervenciones cada vez más pertinentes y efectivas desde el propio campo de acción, la enfermería.

Marco teórico

La adolescencia y sus características

La OMS define la adolescencia como el “período 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” (OMS, 2017, párr. 4). La adolescencia es seguramente uno de los procesos de crecimiento y desarrollo más importante en la vida de las personas.

Se pueden diferenciar tres etapas de la adolescencia (Craig, 1997; Delval, 1998; Papalia et al., 2001):

Adolescencia temprana: entre los 10 y 13 años cuando aparecen los cambios físicos. El sujeto comienza a dejar de sentirse niño, pero tampoco se siente adolescente, lo cual muchas veces lo lleva al aislamiento social incluso en el propio seno familiar. De a poco va adquiriendo nuevas responsabilidades y su entorno escolar comienza a cambiar considerablemente con el paso de la escuela primaria a la secundaria.

Adolescencia intermedia: abarca aproximadamente los 14 y 16 años. El adolescente comienza a integrarse en algún grupo, lo que le brinda cierta confianza y aceptación de sí mismo. Crece más aceleradamente y comienza a conocer mejor su propio cuerpo y a experimentar con él.

Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años. El cuerpo comienza a estabilizarse, el crecimiento se hace un poco más lento, lo que colabora con la aceptación de su imagen personal y le brinda cierta seguridad. Controla mejor sus emociones y ha ganado autonomía.

La OMS (2015) nos recuerda que, aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. De esta manera, el entorno ejerce presión sobre los adolescentes, quienes en su intento por “pertenecer” a un grupo, se sienten muchas veces forzados a consumir tabaco, alcohol y otras drogas como así también a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Estas situaciones suelen derivar en embarazos no deseados, adicciones, ITS, entre otras consecuencias peligrosas para su salud y bienestar.

Aunque podemos reconocer ciertos determinantes biológicos propios de la adolescencia que son universales, los cambios que se experimentan durante esta etapa exceden ampliamente esta dimensión ya que incluye niveles de tipo individual, interpersonal, familiar y social. De esta manera, las esferas de lo afectivo, emocional, sexual, social, cultural e ideológico también se ven movilizadas. Además, no debemos olvidar que el contexto histórico, cultural y socioeconómico también incide en las características propias de los grupos particulares. Con todo esto, es esperable que en distintas sociedades se vivencie el paso por la adolescencia de maneras también distintas.

Sin embargo, y más allá de las singularidades propias de cada región y momento histórico, interesa destacar que la adolescencia implica el logro de cierta autonomía en relación a su propio control, a su propia conducta. Aunque la protección, seguridad y estabilidad emocional siguen siendo necesidades de los sujetos, se trata de una etapa de revolución personal en la que se producen cambios profundos: es un momento de mucha reflexión sobre la identidad y de formación de la personalidad. La adolescencia es también un fenómeno grupal, se vivencia generalmente con otros sujetos que también se encuentran en pleno proceso de alcanzar la madurez biológica, sexual, emocional y social (Papalia, Olds y Feldman, 2001).

Autores como Freud (1991), entre muchos otros, estudiaron exhaustivamente los cambios a nivel psicológico cuestiones centrales como las transformaciones en la personalidad y la búsqueda de identidad. En relación a este último punto, el proceso de construir una identidad es uno de los más difíciles y quizás el más importante, ya que definir su identidad le permitirá ingresar en la vida adulta de una manera segura y confiada.

Según Coon (1998), podemos destacar cuatro factores principales que tienen influencia directa durante la adolescencia: la dinámica familiar, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y los límites y las condiciones económicas de vida.

Es indiscutible que las dificultades familiares pueden considerarse un factor de riesgo para la desviación del comportamiento de los adolescentes. De esta manera, la usencia o el exceso de disciplina, la mala o la escasa comunicación familiar, los límites difusos, las expectativas poco realistas, entre tantas otras situaciones, inciden en el desarrollo físico, social, intelectual, psicológico y afectivos del adolescente.

Por otra parte, el factor económico influye de significativamente en el desarrollo del joven. Muchas veces, los problemas o dificultades socioeconómicas derivan en la exclusión social, el abandono escolar e incluso el trabajo infantil.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, si bien los adolescentes suelen exponerse a situaciones de alto riesgo, muchas veces son capaces de sobrellevar exitosamente dichas situaciones, logrando aprendizajes y la adquisición de diversas capacidades. (Montenegro, 1994)

En esta línea, las teorías de la Psicología Social y Comunitaria sostienen y promueven la visión de la participación e intervención positiva que los jóvenes son capaces llevar a cabo para sí y para la comunidad donde viven. De este modo, “las consecuencias destructivas del riesgo variarán en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación” (Aguilar y Catalán, 2005 p. 8).

En definitiva, existen características ligadas a aspectos individuales, es decir, que están vinculadas a la esfera personal del individuo, tales como la edad, en nivel educativo, la edad de inicio en las relaciones sexuales, entre otras. Otras características están relacionadas con aspectos interpersonales, esto es, a los vínculos con personas que no pertenecen al ambiente más cercano, tales como el grupo de pares o la pareja. Por otro lado, los autores mencionan aquellas características referidas a factores familiares, como la estructura y los vínculos familiares, el nivel educativo de los padres, entre otros. Por último, los aspectos ligados a la esfera comunitaria social, hacen hincapié en aquellos factores relativos al ambiente de influencias de tipo más general o más amplio que los anteriores pero que de igual manera incide y condiciona la salud y el bienestar de los individuos. (Florenzano, 1995)

Autocuidado

Orem (1993), define **autocuidado** como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, (o restablecerla cuando sea necesario), prevenir la enfermedad y limitarla cuando existe.” (Orem, en Muñoz Franco, 2009, p. 393)

Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el

porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

La autora concibe al ser humano como un organismo integral: biológico, racional y pensante. El posicionamiento de Orem puede resumirse en la apuesta que la autora hace a la capacidad que tienen las personas para reflexionar sobre sí mismos y su entorno. En este sentido, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Desde esta perspectiva, el entorno está conformado por aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. Así, la noción de salud no es algo estático sino que cobra sentido según sus según los cambios que se producen en el contexto -entorno -, las características socioculturales y biológicas de los grupos.

De esta manera, el autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Los requisitos de autocuidado, en cambio, son las reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se conciben como necesarias para la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. En definitiva, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Orem identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción 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: surgen o están vinculados a los estados de salud.

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

La compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, tomar decisiones frente a los factores que se considera deben ser controlados, se conoce con el nombre de agencia de autocuidado. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado pero esta vez por las personas que de ellos dependen (niños, personas enfermas, adultos mayores dependientes, entre otros). En dichas situaciones existe lo que se considera “déficit de autocuidado”. Se trata de situaciones donde la capacidad para ejercer el autocuidado requerido es menor que la que se necesita para satisfacer una demanda de autocuidado.

El déficit del autocuidado nos lleva a comprender la necesidad de las intervenciones por parte de personas entrenadas (enfermeras, por ejemplo) con el fin de colaborar con las demandas de autocuidado terapéutico que se encuentran descubiertas -no atendidas- o para enseñar a otras personas prácticas de autocuidado.

Salud sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) como:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es 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.

Para ello, se “requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (ídem).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) ha definido la salud sexual como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.”

Para contextualizar la problemática, es útil referirnos a la construcción histórica y social de la noción de salud sexual. Vera Gamboa (1998) sostiene que, durante la época del puritanismo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción era considerado anormal. La visión de la sexualidad, como algo impuro y condenable, impidió a muchos hombres y mujeres disfrutar plenamente de su sexualidad.

Llegado el Siglo XX y con él los inicios del movimiento de liberación femenina, algunas sociedades fueron interpeladas sobre sus ideas y costumbres sobre sexualidad y poco a poco se fueron sentando las bases que permitieron situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. De esta manera, las mujeres pudieron comenzar a vivenciar y experimentar su sexualidad y a dejar de lado algunos tabúes sobre el cuerpo. (Gutiérrez, 2003)

En el año 1905, Sigmund Freud desarrolla su teoría de la personalidad, la cual tiene como eje central el desarrollo sexual. El autor introdujo el término de “libido” y lo conceptualizó como *la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres* (en Vera Gamboa, 1998: p. 2). Con esta noción escandalizó a la sociedad burguesa de Viena y del mundo occidental, y además se animó a afirmar que la mayoría de las fobias y miedos guardan relación con las frustraciones sexuales.

La Sexología como ciencia llegó un poco más tarde, siendo uno de sus principales hitos la publicación de “Matrimonio ideal, su fisiología y técnica”, de Theodor Van de Velde, donde el autor incluía técnicas sexuales detalladas. Alfred Kinsey, investigador de las conductas sexuales de hombres y mujeres, realizó estudios cuantitativos sobre la sexualidad humana. Este autor sostiene que la conducta sexual es variada, diversa y multiforme (ídem).

Otra noción de sexualidad es la de Michel Foucault, quien afirmó que “la sexualidad, como manifestación humana, tiene que entenderse como un elemento más de los múltiples inscriptos en la práctica social, y que por consiguiente está estructuralmente articulada dentro del complejo aparato formado por los mecanismos de poder y saber propios de cada

sociedad, y está mediatizada por la cultura, la cual le otorga un significado distinto de acuerdo a un momento histórico determinado.” (1984, p. 63)

Según especialistas de la Dirección de Salud de México (2002), la sexualidad es parte de la vida de las personas y los grupos y, por lo tanto, es una construcción histórica y cultural. La salud sexual tiene por objetivo el pleno estado de bienestar. Sin embargo, existen múltiples problemas que afectan la sexualidad de las personas, tales como: los embarazos no planeados, la maternidad y la paternidad tempranas, los abortos ilegales, las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y abuso sexual entre otros. Todos estos problemas son motivo de estudio y atención tanto por especialistas como por instituciones públicas o privadas, que trabajan en el diseño y prevención de programas y servicios en salud sexual.

En este sentido, los autores sostienen que la salud sexual forma parte de la salud del ser humano y se refiere al estado de bienestar de hombres y mujeres para tener una vida sexual placentera y segura:

Se entiende por salud sexual, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación; en esencia la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación, responsabilidad y equidad de género. (Dirección de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 2002, p. 53)

Salud reproductiva

En cuanto a la salud reproductiva, se trata de un concepto que también fue cambiando durante el transcurso del tiempo. En los años sesenta se consideraba que esta noción estaba fuertemente vinculada a la planificación familiar. Hoy se habla de salud reproductiva desde una perspectiva más amplia y por lo tanto más compleja: la salud reproductiva comienza antes de la concepción y concluye en la menopausia y el climaterio para la mujer y en la andropausia para el hombre. De este modo, “cualquier alteración que se produzca en las etapas mencionadas de la salud reproductiva tendrá repercusión en el futuro del recién nacido, en el de su familia y en la sociedad”. (OPS, 1996, p. 6).

Para la OMS, la salud reproductiva “implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee”. De este modo, la salud reproductiva conlleva el derecho a obtener información sobre planificación familiar, a contar con métodos para la regulación de la fecundidad y acceder a

los servicios adecuados de salud para embarazos y partos sin riesgos. (González González, 2004) Sin embargo, no debemos olvidar que la salud reproductiva se encuentra condicionada por múltiples dimensiones -social, cultural, política y económica, afectiva- y factores -vivienda, educación, alimentación-.

En este sentido, la OPS insiste en que:

El objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el feto o recién nacido enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre y que permita la obtención de un recién nacido saludable. (OPS, Op. cit, p. 5)

Respecto de las prácticas de autocuidado en **salud reproductiva**, la OMS dice: “en relación con la salud en general y específicamente con la salud reproductiva, los autocuidados constituyen los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida”. (2001, p. 22)

Conceptualización de las variables

Considerando el marco teórico de referencia, las autoras precisan la variable *características de las adolescentes* como aquellos aspectos individuales, interpersonales, familiares y comunitarios- sociales (Aguilar y Catalán, 2005; Florenzano, 1995; Montenegro, 1994) reconocibles al interior del grupo de sujetos cuyas prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva serán objeto de indagación.

Aspectos individuales: son aquellos que dan cuenta de características y acciones que involucran la esfera personal del individuo.

Indicadores que serán tenidos en cuenta:

- Edad.
- Edad de inicio en las relaciones sexuales.
- Nivel de estudio alcanzado: primario, secundario o superior.
- Antecedentes de ITS.
- Embarazos previos.

Aspectos interpersonales: Refiere a los vínculos con personas que no pertenecen a la familia cercana o directa.

Indicadores que serán tenidos en cuenta:

- Edad de la pareja.
- Tipo de la relación mantenida con la pareja sexual: estable o inestable.
- Número de parejas sexuales: cantidad de parejas sexuales que ha tenido hasta el momento.
- Vínculo con los pares: buena comunicación, regular o deficiente.

Aspectos familiares: Se trata del entorno social más cercano, donde ejercen influencias las personas que conviven con el individuo.

Indicadores que serán tenidos en cuenta:

- Vínculos familiares: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala.
- Estructura familiar: cantidad de personas con las que vive.

- Nivel de estudio alcanzado por los padres o cuidadores: primario, secundario o superior.
- Tiempo compartido con la familia: cantidad de horas diarias que comparte con la familia.

Aspectos comunitarios- sociales: se refiere al contexto sociocultural o ambiente de influencias de tipo más general o más amplio que los anteriores pero que de igual manera incide y condiciona la salud de los individuos.

Indicadores que serán tenidos en cuenta:

- Acceso a servicios de salud: público o privado.
- Ingresos familiares: suma aproximada de los ingresos familiares mensuales.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Actividades de recreación y tiempo libre: tipo de actividades que realiza en su tiempo libre.

Por otro lado, tomando como referencia la teoría general de Orem (2013) sobre autocuidado y los enfoques de Muñoz Franco (2009), las autoras definen la variable *prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva* como acciones intencionadas y dirigidas hacia uno mismo que generan, mantienen, intensifican o restablecen la salud sexual y reproductiva. Se trata de prácticas que tienen cierto grado de efectividad en tanto buscan regular los procesos de desarrollo interno al mismo tiempo que intentan construir relaciones seguras con los factores ambientales, externos.

De la multiplicidad de prácticas de autocuidado en salud sexual, se estudiarán aquellas que están orientadas a **evitar infecciones de transmisión sexual**.

Los indicadores que serán tenidos en cuenta son:

- Uso de métodos de barrera.
- Conocimiento de las ITS.
- Búsqueda de información o consulta con profesionales sobre ITS.
- Asistencia a controles ginecológicos.
- Participación en Programas de Salud Sexual.
- Concurrencia a Consejería de Salud Sexual.

Respecto de las prácticas de autocuidado en salud reproductiva, se hará foco en aquellas que estén dirigidas a **evitar embarazos de riesgo y embarazos no deseados**.

Los indicadores que serán tenidos en cuenta son:

- Uso de métodos anticonceptivos.
- Conocimiento sobre diversos métodos anticonceptivos.
- Búsqueda de información o consulta a profesionales sobre prevención y riesgos de embarazo.
- Participación en Programas de Salud Reproductiva (Programa de Planificación Familiar).

Objetivo general:

- ❖ Conocer las características y prácticas de autocuidado sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la ciudad de Oliva, Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2018.

Objetivos específicos:

- ❖ Describir las características personales, interpersonales, familiares y comunitarios-sociales de las adolescentes que concurren por consultas sobre salud sexual y reproductiva.
- ❖ Identificar las prácticas de autocuidado para prevenir ITS, empleadas por las adolescentes.
- ❖ Detallar las prácticas de autocuidado para prevenir embarazos de riesgo o no deseados, desarrolladas por las mujeres adolescentes.

Capítulo 2:

Diseño metodológico

Tipo de estudio

El tipo de estudio empleado para el abordaje del problema es el **descriptivo**, porque describirá las características y prácticas de autocuidado de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa”; y **transversal**, porque la variable será medida por única vez durante un breve período de tiempo: segundo semestre del año 2018.

Población

La población -o universo- estará conformada por mujeres adolescentes mujeres de 10 a 19 años de edad que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Córdoba, durante el segundo semestre del año 2018, por consultas sobre salud sexual y reproductiva. Se estima un promedio de 100 adolescentes de acuerdo a los datos obtenidos de las planillas administradas por el Centro Asistencial durante el segundo semestre del año 2016 y primer semestre del 2017. Considerando que se trata de una población finita, no se tomará muestra.

Operacionalización de las variables

Las características y prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la ciudad de Oliva, Provincia de Córdoba, serán estudiadas según las siguientes dimensiones e indicadores:

Variables	Dimensiones	Indicadores
Características de las mujeres adolescentes	Individuales	<ul style="list-style-type: none">• Edad.• Edad de inicio en las relaciones sexuales.• Nivel de estudio alcanzado.• Antecedentes de ITS.• Embarazos previos.

	Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la pareja. • Tipo de la relación mantenida con la pareja sexual. • Número de parejas sexuales. • Vínculo con los pares
	Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculos familiares. • Estructura familiar, personas con las que vive. • Nivel de estudio alcanzado por los padres o cuidadores. • Tiempo compartido con la familia.
	Comunitarios-sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a servicios de salud. • Ingresos familiares mensuales. • Actividades de recreación y tiempo libre. • Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.
Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva	Prevención de ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Usa métodos de barrera. • Conoce las ITS. • Busca información sobre ITS/ Consulta a profesionales. • Asiste a controles ginecológicos. • Participa en Programas de Salud Sexual. • Concorre a Consejería de Salud Sexual.
	Prevención de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Usa métodos anticonceptivos. • Conoce diversos métodos anticonceptivos. • Busca información o consulta a profesionales sobre prevención y riesgos de embarazo. • Participa en Programas de Salud Reproductiva (Programa de Planificación Familiar).

Fuentes de información, métodos y técnicas de recolección de datos

Las fuentes de las que se extraerá información serán de tipo primarias, es decir, se plantea la obtención de datos e información a partir del contacto directo con los sujetos de estudio.

En cuanto a la técnica, se tratará de una encuesta en modalidad autoadministrada.

El instrumento de recolección de datos será un **formulario** impreso que contenga preguntas cerradas, semiestructuradas y abiertas, el cual será completados de manera voluntaria y anónima por las adolescentes.

Plan de recolección de datos

En relación al plan de recolección de datos, se ordenarán los pasos a seguir de la siguiente manera:

- Solicitud de autorización: en primer lugar, se presentará una nota a la directora de la institución -Centro de Salud N°2 “Medalla Milagrosa”- solicitando permiso para realizar observaciones y acceder a documentación necesaria para llevar adelante el estudio (Anexo 1).
- Elaboración de acuerdo entre los responsables del Centro de Salud y las investigadoras: una vez firmada la autorización, se procederá a realizar un acuerdo entre las partes - Centro de Salud e investigadoras- donde se expliciten las acciones y pautas de trabajo que podrán llevarse a cabo en el marco del estudio.
- Firma del Consentimiento informado: se redactó un **consentimiento informado** (ver Anexo 2) que explicita de manera clara en qué consiste la indagación y que deberá ser firmado por los padres o cuidadores de las adolescentes que acepten participar.
- Aplicación del instrumento: las investigadoras concurrirán al Centro de Salud los días y horarios pautados en el acuerdo ya mencionado y administrarán los formularios

aplicables a las pacientes adolescentes que concurren por consultas sobre salud sexual y reproductiva.

Prueba piloto:

Se llevó a cabo una prueba piloto en contexto en la que se aplicaron 5 formularios a mujeres adolescentes cuyas edades se encuentran entre los 10 y 19 años, esto permitió comprobar la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos y detectar posibles fuentes de error o prever inconvenientes que pudieran surgir a causa de las condiciones de aplicación.

Plan de procesamiento de datos

Para procesar los datos obtenidos, primero se enumerarán los formularios respondidos por las adolescentes. Luego, los datos cuantitativos extraídos se trasladarán a una tabla matriz (ver Anexo 4) para luego ser categorizados según las dimensiones de las variables y los objetivos planteados. Respecto de las preguntas abiertas, se organizarán según similitud de respuestas.

Plan de presentación de los datos

Para una mejor organización y visualización, los datos se presentarán en tablas simples de frecuencia y porcentaje que se elaborarán en base a los indicadores de cada una de las variables. Asimismo, para mostrar los resultados de preguntas abiertas se confeccionarán cuadros de contenidos y comentarios que se definirán una vez realizado el procesamiento de datos.

A manera de ejemplo, se exponen las siguientes tablas y cuadros:

Tabla 1: Edad de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Córdoba, por consultas sobre salud sexual y reproductiva, durante el segundo semestre del 2018.

Intervalo de clases	Frecuencia acumulada F	Frecuencia relativa %
10 a 13 años		
14 a 16 años		
17 a 19 años		
Totales		100 %

Fuente: Formulario.

Tabla 2: Nivel de estudios alcanzado por las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Córdoba, por consultas sobre salud sexual y reproductiva, durante el segundo semestre del 2018.

Nivel de estudios alcanzado	Frecuencia acumulada F	Frecuencia relativa %
Primario incompleto		
Primario completo		
Secundario incompleto		
Secundario completo		
Totales		100 %

Fuente: Formulario.

Tabla 3: Edad de la primera relación sexual de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Córdoba, por consultas sobre salud sexual y reproductiva, durante el segundo semestre del 2018.

Intervalo de clases	Frecuencia acumulada F	Frecuencia relativa %
Antes de los 10 años		
Entre los 11 y 13 años		
Entre los 14 y 16 años		
Entre 17 y 19 años		
No tuvo relaciones sexuales		
Totales		100 %

Fuente: Formulario.

Tabla 4: ITS reconocidas por las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Córdoba, por consultas sobre salud sexual y reproductiva, durante el segundo semestre del 2018.

ITS	Frecuencia acumulada F	Frecuencia relativa %
Herpes Genital		
Gonorrea		
VIH (o HIV)		
Clamidia		
Tricomoniasis		
Hepatitis		
Sífilis		
VPH o HPV (Virus del Papiloma Humano)		
Candidiasis		
Otro		
Totales		100 %

Fuente: Formulario.

Tabla 5: Uso de métodos anticonceptivos de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la localidad de Oliva, Córdoba, por consultas sobre salud sexual y reproductiva, durante el segundo semestre del 2018.

Método	Frecuencia acumulada F	Frecuencia relativa %
Pastillas anticonceptivas		
Inyección anticonceptiva		
DIU		
Preservativo		
Método del ritmo		
Diafragma		
Espemicida		
Método del moco cervical		
Método de retirada		
Parches		
Anticonceptivo de emergencia		
Otro		
No usa método anticonceptivo		
Totales		

Fuente: Formulario.

Plan de análisis de datos

Se realizará un análisis exploratorio de datos con técnicas de la estadística descriptiva -análisis de frecuencia y porcentaje-. Los datos obtenidos serán contrastados con la teoría con el fin de obtener discusiones y conclusiones relevantes.

Cronograma de actividades

Actividades	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión del proyecto	XXXXX						
Recolección de datos		XXXXX	XXXXX				
Análisis de datos			XXXXX	XXXXX			
Presentación de datos					XXXXX		
Informe final						XXXXX	
Publicación							XXXXX

Presupuesto

Detalles	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Recursos humanos			
Investigadoras	3	\$0	\$0
Recursos financieros			
Fotocopias	800	\$ 0,80	\$640
Papelería y Artículos de librería	Varios	\$300	\$300
Material Bibliográfico	Varios	\$0	\$0
Transporte interurbano	18	\$ 130	\$2.340
Transporte urbano	12	\$ 15,50	\$186
Impresiones varias	varias	\$ 210	\$210
Pen drive	1	\$150	\$150
Imprevistos	Varios	\$ 400	\$400
Llamadas telefónicas	Varias	\$100	\$100
Recursos técnicos			
Revista científica	Varias	\$ 200	\$200
Computadora	1	\$0	\$0
PRESUPUESTO TOTAL			\$4.526

Referencias bibliográficas

- Alcántara Sánchez, J. (2000). Sexualidad y discapacidad. En S. d. Familia. México.
- Arditi, Z., Zorrilla, P., Lamy, P., & Pasqualini, D. (2004). Sexualidad adolescente: Información y riesgo. *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, 203-208.
- Catalán, I. A. (2005). Influencia del entorno social en el desarrollo de las capacidades de los o las adolescentes. *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. Osorno.
- Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México : Prentice Hall.
- Delval, J. (1998). *EL desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Dolto, F., & Dolto- Tolitch, C. (1992). *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires: Atlántida.
- Farías Carracedo, C. (22 de mayo de 2014). *CONICET*. Recuperado el 16 de octubre de 2017, de http://ri.conicet.gov.ar/admin/bitstream/11336/14023/1/CONICET_Digital_Nro.17352.pdf
- Florenzano, U. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago: Ediciones Universidad Católica.
- Foucault, M. (20 de enero de 1984). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. *La hermenéutica del sujeto*.
- Freud , S. (1991). *20° Conferencia: La vida sexual de los seres humanos (1916-1917)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- G., M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Santiago.
- García Werebe, M. (1979). *La educación sexual en la escuela*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Gogna, M. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.
- González González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un Municipio del Departamento de Cundinamarca. *Acta Colombiana de Psicología*, (págs. 59-68). Colombia.
- Gutierrez, M. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En S. Checa, *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pág. 228). Buenos Aires: Paidós.
- INDEC. (28 de mayo de 2014). *INDEC*. Recuperado el 10 de octubre de 2017, de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf
- Jacobzon, C., Solari, G., Lamy, P., & Pasqualini, D. (1991). Conducta sexual de los adolescentes. Reflexiones e investigaciones sobre factores de riesgo. Buenos Aires: Juvenil.
- Muñoz Fanco , N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3), 391-401. Recuperado el 22 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300007&lng=es&nrm=iso

- Niño, C. d. (6 de diciembre de 2016). *Buenos Aires Ciudad*. Recuperado el 7 de octubre de 2017, de <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=1&subs=477&cod=3112&page=>
- OMS. (2001). *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (6 de octubre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/health-standards-adolescents/es/>
- OMS. (28 de septiembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortion-worldwide/es/>
- ONU. (6 de diciembre de 2016). *Naciones Unidas. Derechos Humanos*. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de <http://www.ohchr.org/SP/Pages/Home.aspx>
- OPS. (1996). *Salud reproductiva: concepto e importancia*. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de <https://epifesz.files.wordpress.com/2011/01/salud-reproductiva-concepto-e-importancia-ops.pdf>
- OPS. (22 de mayo de 2000). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 15 de octubre de 2017, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397%3A2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&catid=1425%3Apublications&Itemid=0&lang=es
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.
- Pantelides, E., Calandra, N., Geldstein, R., & Vázquez, S. (1999). Iniciación sexual bajo coerción. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, 109- 116.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *Psicología del desarrollo*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (3 de agosto de 2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Stein, P., Raffaelli, A., Fornagueira, A., & de Fourcade, B. (2013). La salud sexual y reproductiva de los adolescentes. ¿Requiere un abordaje especial? *Revista de la Facultad de Derecho*.
- Trumper, E., López Kaufman, C., Ruiperez, S., & Santos, H. (2002). Anticoncepción en la adolescencia. En E. Trumper, C. López Kaufman, S. Ruiperez, & H. Santos, *Manual de ginecología infanto juvenil* (págs. 441-457). Buenos Aires: Ascune Hnos.
- UNICEF. (15 de septiembre de 2004). *UNICEF ARGENTINA*. Obtenido de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNDerechos.pdf
- UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (16 de Agosto de 2016). *Ministerio de Salud de la Nación*. Recuperado el 12 de octubre de 2017, de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>

Vera Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomed*, 116-121.

Weller, S. (2000). Salud reproductiva de los/as adolescentes, 1990-1998. En M. Oliveira, *Cultura, adolescencia, saúde*. Campinas: Consórcio Latinoamericano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade.

Anexos

Anexo 1: Solicitud de autorización

Córdoba, de de 20....

Al SR./SRA. DIRECTOR/A
CENTRO ASISTENCIAL N°2 “MEDALLA MILAGROSA”
Dra.
S _____/_____ D

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted a fin de poner en conocimiento que las Enfermeras Barriento, Dayana Karen, Nuñez, Silvia Susana y Younis, Gisela Verónica; estamos elaborando un estudio de investigación sobre el tema “características y prácticas de autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes”.

Por tal motivo se solicita su autorización para la ejecución de dicho estudio y su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saludan atte.

Firma y aclaración

Firma y aclaración

Firma y aclaración

Anexo 2: Consentimiento Informado

Córdoba, de de 20....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre “características y prácticas de autocuidado de salud sexual y reproductiva que adoptan las adolescentes”. Esta investigación será realizada por quienes suscriben, Enfermera Barriento, Dayana Karen, Enfermera Nuñez, Silvia Susana y Enfermera Younis, Gisela Verónica; de la Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba.

El objetivo de nuestra investigación es el “conocer las características y prácticas de autocuidado sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes que concurren al Centro Asistencial N°2 “Medalla Milagrosa” de la ciudad de Oliva, Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2018. Específicamente, con esta investigación intentamos describir las características individuales, intrapersonales, familiares y comunitarias- sociales de las adolescentes; identificar las prácticas de autocuidado para prevenir ITS que ellas emplean y detallar las prácticas de autocuidado para prevenir embarazos de riesgo o no deseados.

Se espera que en este estudio participen de manera voluntaria aproximadamente 100 adolescentes. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que conteste un formulario, lo cual le tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo. La identidad de la participante será protegida ya que la encuesta es anónima y confidencial. Toda información o datos que aporte la participante serán tratados confidencialmente.

Si ha leído este documento y ha decidido colaborar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y no le genera ningún costo. Además, sepa que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta, en caso de que así lo considere. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Córdoba, de de 2018

.....

Firma y aclaración
de la menor

.....

Firma y aclaración
del responsable

Se ha discutido el contenido del consentimiento con los arriba firmantes y se han explicado los beneficios del estudio.

.....

Firma y aclaración
de la investigadora

Anexo 3: Formulario

Formulario N°:

Formulario sobre características y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva

¡Hola! Respondiendo las siguientes preguntas nos ayudás a conocer más sobre las *características y prácticas vinculadas a la Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes*. Recordá que este formulario se completa de manera **voluntaria y anónima** pero para poder hacerlo, necesitás contar con la hoja de **Consentimiento Informado** firmada por un adulto responsable. Si tenés alguna consulta o considerás que algo no está claro, no dudes en preguntarnos. ¡Gracias por colaborar!

1. Edad

años.

2. ¿Con quiénes vivís? (Escribí en cada renglón cada una de las personas con quién vivís según el vínculo, por ej. madre, padre, hermano, hermana, tío, tía, abuelo, abuela, hijo, hija, etc.).

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

3. ¿Cómo describirías tu relación o vínculo con las personas con las que vivís? (Marcá con una cruz)

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

4. Aproximadamente, ¿cuántas horas diarias pasás con tu familia?

horas.

5. ¿Qué estudios tienen tus padres? (Marca una sola opción en cada columna)

Padre Madre

- Primario incompleto.
- Primario completo.
- Secundario incompleto.
- Secundario completo.
- Superior incompleto.
- Superior completo.

6. Aproximadamente, ¿cuánto suman los ingresos económicos mensuales de las personas con las que vivís (incluyendo los tuyos, si los tuvieras)? (Marca una sola opción).

- Menos de \$5.000 mensuales.
- Entre \$5.000 y \$10.000 mensuales.
- Entre \$10.000 y \$15.000 mensuales.
- Entre \$15.000 y \$20.000 mensuales.
- Más de \$20.000 mensuales.

7. ¿Tenés pareja estable? (En caso afirmativo, escribí desde hace cuánto tiempo)

- Sí, desde hace _____
- No.

8. Si respondiste de manera afirmativa, ¿qué edad tiene tu pareja?

años.

9. ¿Qué estudios tenés hasta ahora? *(Marca una sola opción)*

- Primario incompleto.
- Primario completo.
- Secundario incompleto.
- Secundario completo.

10. ¿Cómo describirías tu relación o vínculo con las personas con tus pares? *(Marcá con una cruz)*

Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/>				

11. ¿Qué hacés en tu tiempo libre?

12. ¿Consumís tabaco, alcohol u otra sustancia psicoactiva? *(Marcá solo una opción).*

- Casi siempre.
- A veces.
- Una vez.
- Nunca.

Otro: _____

13. ¿Tenés seguro de salud, obra social o prepaga? *(Marcá una sola opción).*

- Sí.
- No.
- No lo sé.

14. ¿Tuviste relaciones sexuales alguna vez? *(En caso afirmativo escribe a qué edad tuviste tu primera relación sexual).*

- Sí, a los años.
- No.

15. Si tu respuesta anterior fue afirmativa, ¿con cuántas personas tuviste sexo en toda tu vida? *(Escribí la cantidad en números dentro del recuadro).*

persona/s.

16. ¿Tuviste alguna vez una ITS o infección de transmisión sexual? *(En caso afirmativo escribí cuál).*

- Sí, tuve _____
- No.

17. ¿Estuviste embarazada alguna vez?

- Sí.
- No.

18. ¿Usás actualmente algún método anticonceptivo?

- Sí.
- No.

19. Si tu respuesta fue afirmativa, ¿Qué método anticonceptivo usás? *(Marcá todos los que correspondan).*

- Pastillas anticonceptivas.
- Inyección anticonceptiva.
- DIU.
- Preservativo.
- Me cuido con los días (método del ritmo).
- Diafragma.
- Espermicida.
- Método del moco cervical.
- Método de retirada.
- Parches.
- Anticonceptivo de emergencia o pastilla del día después.
- Otro. ¿Cuál? _____

20. ¿Por qué elegís ese método anticonceptivo? *(Marcá todos los que correspondan).*

21. ¿Conocías los métodos nombrados? *(Marcá solo una opción)*

- Todos.
- La mayoría.

Solo algunos.

Ninguno.

22. ¿Alguna vez buscaste información o consultaste a algún profesional sobre prevención y riesgos de embarazo?

Sí.

No.

23. ¿Participás de algún Programa de Salud Sexual y Reproductiva? *(En caso afirmativo, decinos en qué Programa/s participás, ej. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Planeamiento familiar).*

Sí, en _____

No.

No sabía que había Programas de ese tipo.

24. ¿Con quién/es tenés más confianza para hablar de temas referidos a la sexualidad?

25. ¿Cuáles de estas infecciones de transmisión sexual (ITS) conocés? *(Marcá todas las que correspondan).*

Herpes Genital.

Gonorrea.

VIH (o HIV).

Clamidia.

- Tricomoniasis.
- Hepatitis.
- Sífilis.
- VPH o HPV (Virus del Papiloma Humano).
- Candidiasis.

Otro. ¿Cuál? _____

26. ¿Alguna vez buscaste información o consultaste a algún profesional sobre prevención y riesgos de contraer ITS?

- Sí.
- No.

27. ¿Realizas controles ginecológicos? *(Marcá una sola opción).*

- Sí, cada tres meses aproximadamente.
- Sí, cada seis meses aproximadamente.
- Sí, una vez al año aproximadamente.
- Sí, cada dos o tres años aproximadamente.
- Hace más de cuatro años que no realizo un control.
- Nunca me hice un control ginecológico todavía.

28. ¿Cuáles son los temas vinculados a salud sexual y reproductiva que más te preocupan o que te interesaría consultar?

Anexo 4: Tabla matriz

Características de los adolescentes																	
Nro. de Formulario	Aspectos personales				Aspectos interpersonales				Aspectos familiares			Aspectos comunitarios- sociales					
	Edad (1)	Edad inicio relaciones sexuales (14)	Nivel de estudio alcanzado (9)	Acontecimientos de ITS (16)	Embarazos previos (17)	Edad de la pareja (8)	Tipo de relación con la pareja (7)	Numero de parejas sexuales (15)	Vínculo con los pares (10)	Vínculos familiares (3)	Cantidad de personas con las que vive (2)	Nivel de estudio alcanzado por los padres (5)	Tiempo compartido con la familia (4)	Acceso a servicios de salud (13)	Ingresos familiares mensuales (6)	Actividades de recreación y tiempo libre (11)	Consumo tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas (12)
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
...																	

Prácticas de autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva										
Nro. de Formulario	Prevención de ITS							Prevención de embarazo		
	Usa métodos de barrera (19)	Conoce las ITS (25)	Consulta o busca información sobre ITS (26)	Asiste a controles ginecológicos (27)	Participa en Programas sobre Salud Sexual (23)	Concurre a Consejería sobre Salud Sexual (23)	Usa métodos anticonceptivos (18)	Cuando métodos anticonceptivos conoce (21)	Consulta o busca información sobre prevención y riesgos de embarazo (22)	Participa en Programas de Salud Reproductiva (23)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
...										