

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD REPRODUCTIVA Y

FACTORES PROTECTORES EN ADOLESCENTES DE DOS

PREPARATORIAS DEL MUNICIPIO DE MEXICALI

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS

DE LA SALUD

SUSTENTA

LIC. BERTHA CISNEROS RUIZ

DIRECTOR DE TESIS

MCE. ANABEL MAGAÑA ROSAS

Mexicali, Baja California a 21 de octubre del 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE DICTAMEN DE EVALUACIÓN DEL DOCUMENTO DE TESIS
PARA SUSTENTAR EL EXAMEN DE GRADO

MEXICALI, B.C., a, 21 de octubre del 2014

Los abajo firmantes miembros del Comité de Titulación nombrado por el Comité de Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería y en respuesta a su solicitud para revisar la tesis:

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD REPRODUCTIVA Y
FACTORES PROTECTORES EN ADOLESCENTES DE DOS PREPARATORIAS
DEL MUNICIPIO DE MEXICALI**

Presentada por Bertha Cisneros Ruiz, para obtener el grado de Maestra en Ciencias de la Salud, le comunicamos que el trabajo cumple con los requisitos de contenido y presentación establecidos por este Comité, por lo tanto el dictamen que emitimos es:

APROBADO

Por lo que puede proceder a la etapa de presentación y defensa del mismo.

Atentamente

Comité de Titulación
Nombre

MCE Anabel Magaña Rosas
Director de Tesis

Nombre

Nombre

MCE Betzabe Arizona Amador
Sinodal

MC Gisela Ponce y Ponce de León
Sinodal

Original Coordinador del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud.
Ccp. Comité de Tesis de la Facultad de Enfermería.
Ccp. Interesado

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	vii
DEDICATORIAS	viii
ABREVIATURAS	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	xi
RESUMEN	xiii
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	5
1.1 Antecedentes	6
1.2 Planteamiento del Problema.....	9
1.3 Justificación del Estudio	10
1.4 Objetivos	12
1.4.1 General.....	12
1.4.2 Específicos.....	12
1.5 Hipótesis	13
1.5.1 De trabajo.....	13
1.5.2 Nula	13
1.5.3 Alterna	13
1.6 Operacionalización de variables	14
CAPÍTULO II.....	15
2.1 Adolescencia y Salud Reproductiva	16
2.2 Actividad Sexual	18

2.3	Fecundidad	20
2.4	Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	21
2.5	Cáncer Cervicouterino	22
2.6	Cáncer de Mama	23
2.7	Cáncer Testicular	24
2.8	Autocuidado	24
2.9	Factores Protectores	26
2.9.1	Autoestima	27
2.9.2	Autoeficacia	28
CAPÍTULO III		29
METODOLOGÍA		30
3.1	Tipo de Estudio	30
3.2	Población, muestra, descripción de los participantes	30
3.3	Criterios de selección de la población	30
3.3.1	Criterios de inclusión	30
3.3.2	Criterios de exclusión	30
3.3.3	Criterios de eliminación	30
3.4	Universo de estudio	31
3.5	Selección y tamaño de la muestra	31
3.6	Tipos y técnicas de muestreo	31
3.7	Instrumento	31

3.8	Procedimiento de recolección de datos	33
3.9	Análisis estadístico	34
3.10	Consideraciones éticas	34
CAPITULO IV		36
RESULTADOS		37
4.1	Aspectos sociodemográficos.....	37
4.2	Prácticas de autocuidado.....	38
4.2.1	Pláticas de educación sexual en los últimos doce meses	38
4.2.2	Cartilla del adolescente	39
4.2.3	Revisión por médico o enfermera no obstante estar sano	40
4.2.4	Periodicidad de la autoexploración genital	41
4.2.5	Examen de los genitales por médico o enfermera	42
4.2.6	Inicio de vida sexual de los adolescentes.....	43
4.2.7	Edad del inicio de la vida sexual	44
4.2.8	Relación de los adolescentes con la persona en la primera relación sexual.....	45
4.2.9	Relación de los adolescentes con la persona en la primera relación sexual por área geográfica.....	46
4.2.10	Número de compañeros sexuales en los últimos tres meses	46
4.2.11	Persona que decidió utilizar el condón en la primera relación sexual	47
4.2.12	Método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual	48
4.2.13	Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual o embarazo	50
4.2.14	Uso de alcohol o drogas antes de la relación sexual	50

4.3	Nivel de prácticas de autocuidado en salud reproductiva	51
4.3.1	Comparación de rangos de la media y desviación estándar de prácticas de autocuidado entre adolescentes con vida sexual activa y no activa	53
4.3.2	Prácticas de autocuidado vs grupos urbano y rural.....	54
4.4	Factores protectores	54
4.4.1	Análisis de correlaciones	55
4.4.2	Diferencias entre prácticas de autocuidado y factores protectores	56
CAPÍTULO V		58
5.1	Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		68
ANEXOS.....		77
Anexo 1		78
Anexo 2		82
Anexo 3		90
Anexo 4		90

AGRADECIMIENTOS

A Dios por el acompañamiento en todo momento, por ser la luz en los momentos de obscuridad y la guía de esperanza que alienta la felicidad.

A las profesoras de la Maestría en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería Campus Mexicali, por su acompañamiento, paciencia y compartir sus conocimientos en esta etapa.

A mi tutora y directora de tesis Mtra. Anabel Magaña Rosas por su confianza, el apoyo y por creer en mí.

A mis compañeros de maestría con quienes compartí el proceso de aprender y desaprender.

A todas las personas que se tomaron momentos de sus vidas para acompañarme y apoyarme en el aprendizaje de la investigación.

DEDICATORIAS

A mi familia centro y razón de ser de mi existencia

Y por supuesto para Enrique eterno compañero, cómplice de aventuras y de la vida.

ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población
CONAPO	Consejo Nacional de Población
COBACH	Colegio de Bachilleres de Baja California
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENFES	Encuesta Nacional de Fecundidad
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
INEGI	Instituto Nacional de Geografía e Informática
LIEAG	Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado
VHS-2	Herpes Simple Tipo 2
VPH	Virus del Papiloma Humano
PAP	Prueba de Papanicolaou
SSyR	Salud Sexual y Reproductiva
AET	Autoexamen Testicular
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
AVADis	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
EUA	Estados Unidos de América

ÍNDICE DE TABLAS

No.	Nombre de la tabla	Página
	Tabla 1. Edad y género de los adolescentes	37
	Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de los adolescentes que conoce y cuenta con cartilla...	39
	Tabla 3. Frecuencia y porcentaje en la periodicidad de la autoexploración genital de los adolescentes	41
	Tabla 4. Frecuencia y porcentaje por edad de inicio de relaciones sexuales en general de la población estudiada	45
	Tabla 5. Persona por área geográfica que decidió utilizar condón en la primera relación sexual	48
	Tabla 6. Porcentaje de prácticas de autocuidado en salud reproductiva en adolescentes sin y con inicio de vida sexual	52
	Tabla 7. Media y desviación estándar de prácticas de autocuidado vs grupos urbano y rural	54
	Tabla 8. Correlaciones entre prácticas de autocuidado y factores protectores	56
	Tabla 9. Diferencias entre prácticas de autocuidado y factores protectores en la población estudiada	57

ÍNDICE DE GRÁFICAS

No	Nombre de la gráfica	Página
	Gráfica 1.Porcentaje del estado civil de los adolescentes	38
	Gráfica 2.Porcentaje de prácticas de educación sexual de los adolescentes en los últimos doce meses por área geográfica	39
	Gráfica 3.Porcentaje de los adolescentes que conoce y tiene la cartilla	40
	Gráfica.4.Porcentaje de los adolescentes revisados por médico o enfermera no obstante estar sano, por área geográfica.....	41
	Gráfica 5.Porcentaje de autoexploración genital de los adolescentes por zona de residencia.....	42
	Gráfica 6.Porcentaje del examen de los genitales por médico o enfermera	43
	Gráfica 7.Porcentaje de adolescentes que ha iniciado su vida sexual por área geográfica y género	44
	Gráfica 8.Relación de lo(a)s adolescentes con el(la) primer(a) compañero(a) sexual.....	45
	Gráfica 9.Relación con la persona en la primera relación sexual por área geográfica	46
	Gráfica 10.Porcentaje del número de compañero(a)s sexuales en los últimos tres meses por área geográfica	47
	Gráfica 11.Porcentaje de uso del condón, de los adolescentes por área geográfica en la primer relación sexual.....	48
	Gráfica 12.Porcentaje por método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual	49
	Gráfica 13.Porcentaje por área geográfica del método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual de los adolescentes	49

Gráfica 14. Porcentaje de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual o de embarazo por área geográfica	50
Gráfica 15. Porcentaje de uso de alcohol o drogas antes de la relación sexual por área geográfica.....	51
Gráfica 16. Porcentaje de prácticas de autocuidado en salud reproductiva en adolescentes sin y con inicio de vida sexual.....	52
Gráfica 17. Comparación de prácticas de autocuidado entre adolescentes con vida sexual activa y no activa.....	53
Gráfica 18. Nivel de los factores protectores.....	55
Gráfica 19. Nivel de prácticas de autocuidado y factores protectores en la población estudiada.....	57

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación entre las prácticas de autocuidado en salud reproductiva de los adolescentes y el nivel de los factores protectores (autoestima y autoeficacia).

Se realizó un estudio transversal y correlacional, la población de estudio estuvo constituida por 273 adolescentes de dos preparatorias (una urbana y otra rural) del municipio de Mexicali, Baja California. Se empleó un cuestionario confidencial anónimo y autoadministrado con aspectos sociodemográficos, prácticas de autocuidado en salud reproductiva, para medir los factores protectores se utilizaron las escalas de medición de autoestima y autoeficacia basadas en la California Healthy Kids Survey versión Bilingual 2003, con un Alpha de Cronbach de 0.86. Los datos fueron analizados en el SPSS versión 17.0

De acuerdo a los resultados se encontró que los adolescentes con vida sexual activa son quienes tienen mayor nivel de prácticas de autocuidado, aun cuando se encuentren en nivel de regular.

El nivel de prácticas de autocuidado en salud reproductiva de la población tiene menor grado que los factores protectores ya que estos se encuentran en un nivel de regular; la autoeficacia se encontró en un nivel alto de acuerdo a la escala determinada y la autoestima en grado de regular.

Se concluye que existe una fuerza positiva débil entre las prácticas de autocuidado y los factores protectores; por lo que esta relación solo explicaría que los adolescentes que tienen mayores prácticas de autocuidado es por tener mayor nivel de factores protectores ($r^2 = .199$, $p < 0.042$)

Con respecto a la prueba de hipótesis se detectaron diferencias estadísticas entre las prácticas de autocuidado y los factores protectores ($p < .0001$).

Por zona de residencia no se encontraron diferencias significativas.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada como una etapa de la vida relativamente exenta de problemas de salud; sin embargo, aun cuando la morbilidad y la mortalidad son bajas entre los adolescentes, están expuestos a factores de riesgo como: el sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, accidentes, homicidios y suicidios^{1,2} además, deben enfrentarse durante esta etapa a su sexualidad y evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.^{3,4}

En México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI) el Censo de Población y Vivienda 2010 reportó que existen 112,337 millones de habitantes; de ellos, el 10% (11,026 112 millones) son adolescentes de 15 a 19 años de edad.⁵ Los adolescentes, por sus características biológicas, psicológicas y sociales, tienen mayor susceptibilidad de presentar riesgos para su salud reproductiva. Se considera que, no obstante estén en contacto con los servicios de salud y hayan recibido orientación, los contextos donde se desenvuelven, pueden ocasionar que la información recibida sea modificada o distorsionada.⁶

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas.⁷ Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la misma, sí lo hacen en años posteriores.⁷ De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.⁷

Con respecto al autocuidado, a través del estudio de la historia de la enfermería se ha determinado como se ha enseñado a las personas a cuidarse a sí mismas, modelo que hoy se denomina, Enfermería para el autocuidado, teoría “influenciada por Dorothea E. Orem (2001), quien define el autocuidado como” un conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma.^{8,9} De tal manera que estas medidas permiten a las personas hacer frente a los problemas de salud. Según la misma autora, el autocuidado no es innato, es una conducta aprendida a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y los amigos.^{8,9}

Los factores protectores de la salud son conceptualizados como, determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud, en el caso de los adolescentes, su calidad de vida, desarrollo y bienestar social; y se pueden clasificar en factores externos e internos, los primeros incluyen una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral; entre los factores internos se pueden mencionar: autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse y empatía. Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.⁹

Los adolescentes son un grupo que requiere especial atención en salud reproductiva, ya que se encuentran en una etapa crucial de la vida, en la cual se toman decisiones y se adquieren estilos de vida que suelen tener repercusiones importantes en etapas posteriores de su existencia.

En este sentido, el objetivo del presente estudio fue determinar las prácticas de autocuidado en salud reproductiva que realizan los adolescentes de preparatoria tales como: los métodos para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, así como la frecuencia en la detección del cáncer testicular, cervicouterino y mamario así mismo su relación con los factores protectores presentes, como autoestima y autoeficacia.

Con base en los resultados obtenidos, es posible contribuir en la elaboración de programas de salud; donde se considere al autocuidado propio de los adolescentes y a los factores protectores como parte de las actividades en favor de la salud de los jóvenes, que beneficien estilos de vida saludables entre esta población.

En el primer capítulo, se realiza una breve descripción de los aspectos epidemiológicos de la salud reproductiva de los adolescentes, los factores protectores internos (autoestima y autoeficacia), de la misma manera se determinan los objetivos general y específicos, las variables descritas y la pregunta de investigación.

Posteriormente en el capítulo II del marco teórico, se abordan los temas relacionados con la adolescencia y la salud reproductiva, el inicio de la vida sexual, la fecundidad, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la prevención del cáncer cervicouterino, mamario y testicular, así como la relación con los factores protectores de autoestima y autoeficacia.

Consecutivamente en el capítulo III, se expone la metodología utilizada, donde se señalan los criterios para conformar la población de estudio, los grupos estudiados así como los procedimientos estadísticos utilizados para establecer el tamaño de la muestra. En último lugar se incluye la definición conceptual de las variables, se describe el instrumento de recolección de la información y como se realizó el análisis de los datos obtenidos.

En el capítulo IV se describen, analizan y se discuten los resultados comparándolos con otros estudios de igual forma se plantean las conclusiones y aportaciones finales.

El presente trabajo de investigación se considera una etapa inicial para continuar realizando estudios afines donde se describan y analicen las características que faciliten el autocuidado en salud reproductiva, incluyendo los factores protectores (autoestima y autoeficacia) de los adolescentes.

CAPÍTULO I

1.1 Antecedentes

En la sexagésima cuarta Asamblea Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se mencionó que los problemas de salud sexual y reproductiva entre los adolescentes están relacionados con el inicio de la vida sexual sin protección, factor que contribuye en mayor medida a los riesgos sanitarios desde el punto de vista de la carga de morbilidad entre los adolescentes. En consecuencia, anualmente ocurren 100 millones de casos de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, además se registran más de 2,5 millones de abortos peligrosos en este grupo.¹⁰

Cada año nacen 15,9 millones de niños de madres adolescentes mientras que la mortalidad materna ocupa un 15% del número total de fallecimientos entre las madres jóvenes. Por otra parte las repercusiones de los embarazos durante esta etapa de la vida también tienen un efecto en la salud de los recién nacidos ya que los hijos de madres adolescentes, por ejemplo, corren un mayor riesgo de morir durante los primeros dos años de vida.¹¹

En el estudio realizado por James E. Rosen (2003) encargado de la investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud, se menciona que aproximadamente 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo.¹⁰

En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción”, del año 2008, se hace referencia a que de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan al continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas de este grupo etario.¹²

En México, el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, de la Secretaría de Salud, menciona que la mayor proporción de carga de la enfermedad que afecta a los adolescentes,

estimada a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADis), son las lesiones y los problemas neuropsiquiátricos. Le siguen en orden de importancia las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, las cuales muestran un comportamiento diferencial por género, siendo más alta en las mujeres, 33% de los AVADis, mientras que en los hombres representan solamente el 10% de la carga de la enfermedad.¹³

En este sentido la mortalidad materna, también es un problema de gravedad para las adolescentes, ya que el embarazo en edades tempranas, duplica las posibilidades de morir, con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor.¹⁴

Las conductas que conducen a muchas adolescentes, a un embarazo, como la diversidad de parejas sexuales, y la falta o inconsistencia en el uso del condón, también las exponen a ITS, teniendo importantes consecuencias sobre su salud; entre ellas, un incremento en la probabilidad de adquirir VIH, infertilidad o complicaciones en el embarazo.¹⁵

En lo concerniente al embarazo de los adolescentes en el estado de Baja California, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, señalan que 44.3% de las mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, alguna vez han estado embarazadas.¹⁶

En las Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se subrayó la necesidad de considerar a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos; en la Cumbre del Milenio de 2005, se sostuvo que la salud sexual y reproductiva es clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.¹⁷

De igual forma, en la Cumbre del Milenio 2005, se planteó la urgente necesidad de establecer políticas públicas encaminadas a contribuir a la reducción

de los embarazos en adolescentes, disminuir las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH-Sida y sus complicaciones, así como promover prácticas saludables alrededor de su sexualidad y la reproducción. Sin embargo, se realiza poca referencia a otros aspectos del autocuidado y la salud integral que permita evaluar el estado de salud para identificar precozmente factores de riesgo y de protección a fin de realizar intervenciones de manera oportuna integral con un enfoque anticipatorio y de corresponsabilidad para el cuidado del control de la salud integral de los adolescentes.¹⁸

Con relación a la autoestima, las adolescentes con una pobre imagen de sí mismas tienen más probabilidades de iniciar tempranamente sus relaciones sexuales, tienen un número mayor de parejas sexuales; es probable que no insistan en el uso del preservativo a sus parejas. También se ha postulado por López *et al.* (2007), que a causa de la influencia o presión de las normas sociales, en relación con la sexualidad, los adolescentes identificados con menor autoestima tiendan a participar en relaciones sexuales de más riesgo.¹⁹

Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, se ha demostrado que los embarazos en adolescentes son en gran parte consecuencia de una autoestima baja, de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva intervención en educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.²⁰

La sexualidad se intensifica con la pubertad; ocupa un lugar central en el desarrollo del adolescente; su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales, por ejemplo, un meta-análisis (38 estudios con 68703 adolescentes) de Webster-Stratton, C. & Taylor T. (2001). Erum Nadeem. (2005) demostró que adolescentes sin actividad sexual o que inician más tarde, tienden a formar niveles de autoestima más altos que sus pares sexualmente activos, o que inician tempranamente.²⁰

En un estudio sobre autoeficacia y negociación sexual en Puerto Rico, (Noboa *et al.* 2006), se determinó que las mujeres que se perciben autoeficaces pueden con mayor frecuencia ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo, y expresar reafirmación por el interés de protegerse, es decir se niegan a la penetración anal sin protección y a practicar el sexo oral.²¹

1.2 Planteamiento del Problema

El autocuidado en salud reproductiva de las y los adolescentes constituye una de las prioridades de salud y educación a nivel nacional; fundamentado en el inicio temprano de la vida sexual, las percepciones de invulnerabilidad, las actitudes, los factores psicológicos y los contextos sociales, que pueden ser algunas de las causas para tener relaciones sexuales sin protección, lo que puede facilitar el desarrollo de infecciones de transmisión sexual y el aumento del riesgo de embarazos no planeados, mismos que representan un gran porcentaje de la carga global de la enfermedad en este grupo de la población.

La comprensión de la asociación de los factores protectores con las conductas de autocuidado en salud reproductiva, no puede lograrse sin una visión integral de los contextos psicosocioculturales, que influyen en el cuidado y la protección por el propio adolescente.

Las investigaciones centradas en el desarrollo relacionadas con el bienestar personal tales como autoestima y autoeficacia, no obstante tratarse de conceptos diferenciados, hacen alusión a la percepción o evaluación que la persona hace de sí misma, y tienen una carga afectiva evidente por tratarse de conceptualizaciones de la manera de percibir y valorar distintos aspectos personales. Estas teorías, constituyen aspectos interesantes para analizar la relación de los dos aspectos autovalorativos, con variables de autocuidado en salud reproductiva, especialmente en la etapa de la adolescencia, en la que los jóvenes tendrán que hacer frente a

diversos cambios y tareas en favor de su salud reproductiva y que pueden repercutir en su desarrollo biológico psicológico y social.

Por lo anterior la investigación pretende determinar:

¿Cuáles son los niveles de las prácticas de autocuidado en salud reproductiva, de los adolescentes de dos preparatorias de las áreas urbana y rural del municipio de Mexicali, Baja California y su relación con los niveles de los factores protectores presentes (autoestima y autoeficacia) en el año 2011?

1.3 Justificación del Estudio

Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), señalan que en México residen un total de 112,336,538 millones de habitantes en el año 2010; de los cuales 21,966,049 millones (19.5%) son adolescentes (10 a 19 años).²² En el estado de Baja California, según el Instituto Nacional de Geografía e informática (INEGI) en los datos del Censo de Población y Vivienda, el total de los habitantes está conformado por 3,155,070 residentes y de estos 604,667 (19.16%) son adolescentes, de los cuales 50.8% (307,560) son hombres y 49.1% (297,107) mujeres.²³ El total de la población adolescente constituye el grupo demográfico de mayor peso.

No obstante ser un grupo relativamente saludable, donde ya se superó la etapa crítica de la morbilidad y la mortalidad de la infancia, los adolescentes dadas sus características de cambios biológicos, psicológicos y sociales, así como de los contextos socioculturales en donde se desenvuelven, enfrentan problemas y desafíos relacionados con sus comportamientos sexuales y reproductivos que pueden comprometer su bienestar presente y futuro.

Existen aspectos importantes referentes a la salud reproductiva de la población adolescente del país, y de la entidad, que necesitan especial atención por el impacto que tienen en la misma, muestra de ello son las tasas de fecundidad en adolescentes en 2009, de acuerdo con cifras del CONAPO a nivel nacional, la

tasa es de 69.5 hijos por cada 1000 mujeres y en Baja California de 77.3, lo que puede tener como posibles eventos, abortos en condiciones inadecuadas, complicaciones obstétricas para madre e hijo, y en casos extremos la muerte materna y perinatal.²⁴

En relación con las muertes maternas de las menores de 20 años, en el año 2011, la razón de mortalidad materna fue de 53.4, y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100,000 nacidos vivos.²⁵

Diferentes autores (Collado M, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R, 2008) han realizado investigaciones referentes a la conducta reproductiva asociada al ejercicio de la sexualidad sin información y no responsable, que favorece el riesgo de contraer Infecciones de transmisión sexual, los embarazos tempranos y no planeados entre adolescentes, abortos inducidos e inseguros, debido a que la decisión de interrumpir el embarazo se realiza con personas no profesionales de la medicina y en condiciones de insalubridad lo cual aumenta la probabilidad de poner en riesgo la vida y por supuesto la interrupción del proyecto de vida. Eventos que impactarán para el resto de la vida en los jóvenes.²⁶

Por otra parte el inicio temprano de la actividad sexual, la multiplicidad de compañeros sexuales y la falta de protección expone a los adolescentes a riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual. En datos de nivel nacional el Centro Nacional para la prevención y control del VIH-Sida (Censida), reportó que en México, al año 2011, el 93.8% de los nuevos casos de VIH-Sida en jóvenes de 15 a 29 años se infectaron por la vía sexual, y son ahora el primer grupo de edad por contagio por ésta vía.²⁷

Comúnmente los estudios de investigación en adolescentes relacionados con la salud reproductiva, se han centrado en las repercusiones del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, dejando de lado el campo de estudio para otros padecimientos que pueden ocurrir en otras etapas de la vida como las neoplasias (cáncer cervicouterino, mamario y testicular). Por lo que la utilización de los servicios de salud para la promoción y prevención por este grupo etario se pueden convertir

en excelentes sitios de orientación, información y educación, para poder controlar y prevenir futuros problemas de salud y con esto tener una mayor proporción de adultos saludables.

El argumento central que se plantea en la presente investigación, es la necesidad de buscar evidencia sobre el tipo, la frecuencia y magnitud de las prácticas de autocuidado que realizan los adolescentes respecto a su salud reproductiva, en donde se incluyan además de la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, aspectos como la autoexploración mamaria, testicular, la utilización que hacen de los servicios de salud y la relación con los factores protectores internos que poseen los jóvenes entre los que se incluyen la autoestima y la autoeficacia.

Conocer como los adolescentes se protegen y previenen enfermedades relacionadas con el autocuidado de la salud reproductiva, a partir de sus experiencias y prácticas, permitirá implementar estrategias de promoción de la salud que sirvan de base para el ejercicio de su sexualidad de manera segura y responsable; con las que se beneficiará a este grupo de la población ya que posteriormente estos mismos jóvenes, pueden ser elementos a través de los cuales se promuevan estrategias de información, educación y comunicación.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar cuáles son los niveles de las prácticas de autocuidado en salud reproductiva de los adolescentes y su relación con los niveles de los factores protectores internos presentes.

1.4.2 Específicos

1. Señalar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo los adolescentes.
2. Identificar el nivel de los factores protectores (autoestima y autoeficacia) que poseen los adolescentes.

3. Comparar las prácticas de autocuidado en salud reproductiva y los factores protectores entre adolescentes de la zona rural y urbana.
4. Establecer la relación entre prácticas de autocuidado en salud reproductiva, que llevan a cabo los adolescentes y los factores protectores presentes.

1.5 Hipótesis

1.5.1 De trabajo

Los adolescentes con niveles altos de autoestima y autoeficacia realizan más prácticas de autocuidado en salud reproductiva.

1.5.2 Nula

Los adolescentes con niveles bajos de autoestima y autoeficacia realizan más prácticas de autocuidado en salud reproductiva.

1.5.3 Alterna

Los adolescentes con niveles altos de autoestima y autoeficacia realizan prácticas de autocuidado en salud reproductiva.

1.6 Operacionalización de variables

Variables Sociodemográfica	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Edad actual	Número de años cumplidos del adolescente al momento del estudio	Número de años cumplidos	Numérica	Intervalo
Escolaridad	Número de ciclos escolares completos realizados por el adolescente al momento del estudio	Carreras capacitantes Preparatoria Carrera técnica	Categórica ordinal politómicas	Ordinal
Estado civil	Estado legal del adolescente en el momento del estudio	Casada(o) Soltera(o) Unión libre viuda(o)	Categórica nominal politómicas	Nominal
Inicio de vida sexual activa	Edad expresada en años cumplidos, en que se inicia el debut sexual.	Número de años	Numérica discreta Cualitativa dicotómica	Intervalo
Variable Dependiente	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Prácticas de autocuidado	Capacidad de aplicar medidas preventivas y de cuidado para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos	Nulas Pocas Regulares Muchas	Categórica ordinal politómicas	Nominal
Salud reproductiva	Percepción del estado general de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sexual. En consecuencia entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, de los adolescentes al momento del estudio	Presente ausente	Categórica nominal	Nominal
Infección de Transmisión Sexual	Persona que se le diagnóstico infección adquirida a través del contacto sexual	Presente, antecedente ausente	Categórica nominal	Nominal
Variable Independiente	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Factores protectores Autoestima	Conjunto de ideas existentes sobre sí mismo y en sus relaciones con los demás, reflejadas en categorías	Nulas Pocas Regulares Muchas	Categórica ordinal politómicas	nominal
Factores protectores autoeficacia	Conjunto de ideas existentes sobre sí mismo y en sus relaciones con los demás, reflejadas en categorías	Nulas Pocas Regulares Muchas	Categórica ordinal politómicas	Nominal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este apartado se incluyen por un lado, las acepciones de la adolescencia y la salud reproductiva planteadas por organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de La Salud y, por otra parte, los conceptos del autocuidado en salud reproductiva, así como los factores protectores de autoestima y autoeficacia de los jóvenes.

2.1 Adolescencia y Salud Reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), declararon, que el término adolescencia se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Si bien existe, entonces, una definición aceptada de este periodo, el término adolescencia suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.²⁸

La adolescencia es la etapa de exploración y experimentación sexual, de fantasías y realidades sexuales que darán paso a la incorporación de la sexualidad a la propia identidad. Se cuestionan su atracción sexual, su identidad y pertenencia al sexo femenino o masculino, el cómo mantener relaciones y cómo será su vida sexual en el futuro. Los adolescentes consiguen desarrollar una sexualidad madura a costa de momentos de vulnerabilidad y confusión en el desarrollo sexual a lo largo de su vida.²⁹

Una parte de las transformaciones en la etapa de la adolescencia tiene que ver con la sexualidad, como parte del ciclo vital y de cada momento evolutivo; particularmente notorio en esta etapa. En la evolución sexual del adolescente entran

en juego factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecimiento de un sistema propio de valores sexuales, todo esto mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales, a situarse en el mundo como hombre o mujer, así como a la reacción de los padres ante su evolución sexual.³⁰

Considerando la magnitud de este grupo de población, el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) en el Censo de Población y Vivienda 2010, reportó que en México existen 112,337 millones de habitantes; de éstos, el 19.5% (21, 966,049 millones) son adolescentes de 10 a 19 años de edad.³¹

Debido a sus características biopsicosociales y a su relevancia numérica, los jóvenes representan un grupo importante de estudio, ya que en esta etapa se desarrollan sus potencialidades, se aprenden prácticas de autocuidado, se toman decisiones trascendentes para conservar y fomentar su salud reproductiva, que influenciarán posteriormente en el resto de sus vidas.

Con respecto al concepto de salud reproductiva se define, de acuerdo a la OMS, como “el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción”.³² El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de hombres y mujeres a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos para la salud, a tener y criar hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad y a permanecer libres de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.³²

El problema de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, está relacionada con múltiples factores conductuales; como el inicio precoz de la actividad sexual, los encuentros sexuales improvisados en lugares inapropiados, la promiscuidad, el desconocimiento de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y sobre el uso de métodos anticonceptivos.³³

2.2 Actividad Sexual

El inicio precoz de las relaciones sexuales, puede estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. De hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los 6 primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales (Bradley-Stevenson, 2007; Rose et al., 2005). La causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección. El inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes femeninos y masculinos es un fenómeno común en las Américas, se estima que la mitad de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas.³⁴

La actividad sexual es cada vez más frecuente a tempranas edades: observándose que el 9% a los 12 años ha iniciado su actividad sexual, a los 14 años el 23%, el mismo va en incremento con la edad y a los 18 años el 71% es activo sexualmente en los Estados Unidos de América (EUA).³⁴

En México, de acuerdo a estimaciones del CONAPO en base a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1992, 1997, 2006 y 2009, con algunas variaciones en el tiempo, el inicio de la vida sexual se encuentra estrechamente vinculado con el inicio de la trayectoria reproductiva, generalmente dentro del marco de la primera unión. Recientemente, existe evidencia que permite señalar una tendencia, aún incipiente, a disociar la actividad sexual de la reproductiva y, todavía más, de la vida conyugal. Sin embargo, entre el conjunto de la población, los eventos siguen siendo muy cercanos en el tiempo y ocurren precisamente entre las etapas finales de la adolescencia y los primeros años de la adultez.³⁵

Es necesario mencionar que la edad en que las mujeres tienen su primer encuentro sexual ha sufrido cambios moderados a través del tiempo que, al parecer de poca magnitud, pueden significar diferencias sustantivas en el desarrollo individual. Dichas variaciones, aún incipientes, tienden hacia la postergación de la primera relación sexual. Mientras que, en 1987, la edad promedio en la que las

mujeres en edad fértil tuvieron su primera relación sexual fue de 18.8 años, en 2009 alcanzó los 19.1 años de edad; es decir, en la etapa final de la adolescencia. Ahora bien, si se considera sólo a las adolescentes, se encontró que la edad promedio entre éstas, era de 15.7 en 1987, y para 2009 se desplazó apenas unos meses, para quedar en 15.9 años. La edad mediana, por su parte, pasó de 15.1 en 1987 a 15.4 en 2009.³⁵

Estimaciones del CONAPO, con base en la ENADID, 2009 señalan que, desafortunadamente, el uso de anticoncepción en la primera relación sexual no es una práctica extendida entre las adolescentes y jóvenes mexicanas. En 2009, sólo cuatro de cada diez mujeres entre 15 y 19 años utilizaron algún tipo de anticonceptivo en el primer encuentro sexual.³⁵ Por lo que, de acuerdo con los datos del CONAPO, existe una fuerte asociación entre el inicio tentativamente temprano de la vida sexual y una mayor exposición al riesgo, no sólo de un embarazo no planeado, sino también de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS).³⁵ Se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no deseaban el embarazo en ese momento.³⁶

En los datos de la ENADID 2009, se puede apreciar que, entre la proporción menor de mujeres que sí utilizaron anticoncepción en la primera relación sexual, el método más recurrente fue el condón, masculino lo cual, en el mejor de los casos, indicaría, por un lado, la voluntad para evitar tanto embarazos no planeados como enfermedades de transmisión sexual y, por otro lado, la disposición de los varones a protegerse durante el acto sexual.³⁵

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, de las mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15 y 19 años, 31.2% reportó que había iniciado su vida sexual. El de las adolescentes de 16 años 19.2%, en el grupo de 17 años, 26.3% en las de 18 años 45.7% mientras que en las de 19 años de edad 54.8%, ya habían iniciado su vida sexual al momento de la encuesta.³⁷

Un alto porcentaje (36.7%) de mujeres de 15 a 19 años reportó no haber usado ningún anticonceptivo en su última relación sexual.³⁷

Entre las adolescentes, el método que más refieren haber usado en la última relación sexual es el condón (47.8%). En este grupo de edad (15-19 años) menos del 10% indica haber usado algún otro método anticonceptivo en la última relación sexual.³⁷

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 23% de los varones de 12-19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual.³⁸

En el estado de Baja California según los datos de la ENSANUT 2012, el 23.6%, (similar al nacional 23,0%) de los adolescentes de 12 a 19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual, por sexo los porcentajes son similares, 26,7% entre hombres y 20.2% entre mujeres.³⁹

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, del total de los adolescentes de 12 a 19 años que ya habían iniciado su vida sexual, el 21.5% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primer relación sexual, porcentaje menor al nacional (22.9%). De los que si utilizaron algún método, 78.3% utilizó el condón masculino cifra mayor al porcentaje nacional 72.2%.³⁹

2.3 Fecundidad

Las encuestas analizadas del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFES) 1987, ENADID 2006 y 2009, mostraron que la gran mayoría de las mujeres jóvenes sexualmente activas está unida; sin embargo, en años recientes se ha incrementado la actividad sexual entre la población soltera. Las adolescentes tienen mayor peso entre la población sexualmente activa soltera (3.2% en 1987 y 27.7% en 2009).⁴⁰

Según las cifras del CONAPO, se determina, cómo la tasa de fecundidad entre las adolescentes muestra una tendencia descendente a lo largo del tiempo (pasando de 81.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el trienio 1989-1991, a 69.5 en el período 2006-2008), la velocidad a la que ésta disminuye es menor a la observada en otros grupos de edad.⁴⁰

En México, en 2008, la fecundidad en las adolescentes continúa siendo elevada. Mientras que la tasa de fecundidad en mujeres de 35-39 años es de 41 hijos/1,000 mujeres; entre adolescentes (15-19) ésta es de 70 hijos.³⁶

En 2009, los nacimientos en madres menores de 20 años representaron el 18.8%³⁶. Las adolescentes sin escolaridad muestran la tasa más alta de fecundidad (180/1,000 mujeres), en tanto que, entre las que tienen una escolaridad de secundaria o más, esta tasa es de 60/1,000 mujeres.³⁶

En la etapa de la adolescencia, la fecundidad suele ser considerada como problemática por diversos factores. Entre ellos se encuentran un riesgo elevado de complicaciones para la salud de la madre y del recién nacido, asociados al embarazo a edades tempranas; la fuerte asociación que existe entre la maternidad antes de la adultez y la existencia de condiciones de precariedad socioeconómica, la cual no sólo tiende a preceder a la fecundidad de las adolescentes, sino que también impacta las condiciones de vida futuras, tanto de la madre como de su descendencia; y finalmente, la naturaleza no planeada, ni deseada de buena parte de los embarazos en esta etapa de la vida.³⁷

2.4 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

De acuerdo con datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2010) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), más de 3.3 millones de personas en el mundo están viviendo con VIH, 45% de los cuales son jóvenes de 15 a 24 años de edad. Globalmente, la mitad del total de casos son mujeres. En México, en 2009, el Consejo Nacional para Prevención y

Control del Sida (CONASIDA), reportó 5,003 casos, de los cuales 33,987 correspondieron a jóvenes de 15 a 29 años y 98.3% se debieron a la transmisión sexual.⁴¹

Los estudios sobre epidemiología de las ITS en adolescentes mexicanos, con una muestra representativa de jóvenes de zonas semiurbanas marginadas en México, expone una prevalencia de virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) de 9 y 4% en hombres y mujeres, respectivamente, de 15-18 años de edad.⁴¹ Si bien no existen estudios con representatividad nacional sobre la prevalencia por virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, estudios locales con universitarios indican que los jóvenes se encuentran frecuentemente expuestos a este virus.⁴²⁻⁴³

En México, donde hay un importante subregistro de casos de VIH, en la población de 15-19 años de edad, se reportaron 2,744 casos acumulados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre 2002-2011 de un total de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión.⁴⁴

2.5 Cáncer Cervicouterino

Las infecciones por el virus del papiloma humano durante la adolescencia constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG), así como de cánceres invasivos, lo que ha llevado a recomendar una vigilancia estrecha de las mujeres que inician relaciones sexuales a temprana edad.⁴⁵

De acuerdo con los resultados obtenidos en diversos estudios epidemiológicos, los factores asociados en forma más consistente con el cáncer cervicouterino son la infección por el virus del papiloma humano (VPH), los hábitos sexuales (antecedentes de dos o más parejas sexuales o el inicio de la vida sexual a edad temprana), los factores de riesgo reproductivo en la mujer (como la multiparidad vaginal o el consumo de anticonceptivos de tipo hormonal) y otros como el hábito tabáquico, que aún es controversial.³⁹

En los últimos años, la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes ha motivado que un grupo de países desarrollados cambien, en el programa de detección precoz, la edad de inicio y la periodicidad de la prueba de Papanicolaou (PAP).⁴⁰ Los cambios han sido por la disminución de la edad de la primera relación sexual y debido a un mayor conocimiento de la etiología del VPH y su significación en el cáncer cervicouterino.⁴¹

Es importante destacar que, en México, también se establecieron cambios en el programa de detección, ya que en la Norma Oficial Mexicana NOM:014, SSA-2.1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino, se establece que en las instituciones del Sector Público, la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. En este sentido es importante determinar si los adolescentes consideran el examen para la detección de cáncer cervicouterino como una práctica de prevención y autocuidado de salud reproductiva.

2.6 Cáncer de Mama

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo con más de 410.000 defunciones por año que representan cerca del 14% de todas las muertes debidas al cáncer en las mujeres y un 1,6% del total de defunciones femeninas en todo el mundo.⁴⁶ Cada año son recién diagnosticadas más de 1,1 millones de mujeres; que representan un 10% de todos los casos nuevos de cáncer y un 23% de todos los cánceres.⁴⁷

La detección temprana del cáncer de mama juega un papel muy importante en la supervivencia de las mujeres con esta enfermedad, por lo que se vuelve necesario, entre las adolescentes la autoexploración mamaria para que las jóvenes vayan realizándola como parte de las actividades del autocuidado. En la investigación realizada (J. Cerquera 2009) con adolescentes se determinó que de la población encuestada, el 71% afirmó conocer el autoexamen de seno, sin

embargo, sólo un 37% lo realizan, y el 15.5% del total lo practican en forma adecuada un 11.1%, examina sus senos una semana después de la menstruación, el 18.1% lo efectuaban mensualmente, el 65.5% del total no lo realizaba porque no sabían cómo practicar la técnica.⁴⁸

2.7 Cáncer Testicular

Posterior a la revisión bibliográfica, se determinó que el cáncer testicular representa de 1 al 1.5% del total de las neoplasias malignas en el hombre, y 5% de las neoplasias urológicas. La edad de presentación más frecuente oscila entre los 15 a 35 años de edad, así como los más susceptibles de tratamiento. La incidencia se ha incrementado en más 50% en los últimos 30 años, la razón para ello, es aún desconocida.⁴⁹

En los Estados Unidos, durante 2007 se diagnosticaron aproximadamente 7920 nuevos casos de cáncer testicular, entre los que fallecieron 390 hombres.⁵⁰

El cáncer testicular es una neoplasia curable cuando se diagnostica a tiempo por lo que la secretaría de salud en el año 2008, publicó la guía para el diagnóstico oportuno del cáncer de testículo en el primer y segundo niveles de atención; donde establece la recomendación para realizar la autoexploración testicular en hombres de 15 a 40 años de edad, dado que en cierto número de pacientes con cáncer testicular la sospecha clínica se origina posterior a ello.⁵¹

2.8 Autocuidado

Para la persona el significado de salud tiene diferentes componentes entre los que se incluyen la integridad física de manera estructural y funcional, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, racional o simplemente la ausencia de enfermedad. Para el cuidado de la salud existen múltiples teorías que pretenden explicar el autocuidado; para el desarrollo del presente estudio se consideró a la teoría de Dorothea Orem.

Con respecto a la teoría del autocuidado, a través del estudio de la historia de la enfermería se ha determinado como se ha enseñado a las personas a cuidarse a sí mismas, modelo que hoy se denomina enfermería para el autocuidado, teoría influenciada por Dorothea Orem (2001), quien define el autocuidado como un conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma.⁶⁻⁸ De tal manera que estas medidas permiten a las personas hacer frente a los problemas de salud. Según la misma autora, el autocuidado no es innato, es una conducta aprendida a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y los amigos.⁸⁻⁹

En relación con lo anteriormente mencionado, el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.⁵²

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.⁵³ “Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”.⁵³

El autocuidado es una función esencial al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su ambiente. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.⁵⁴

En síntesis el autocuidado, es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones, es un proceso voluntario de la persona para consigo mismo en la conservación de la salud.

Tobón Correa (2004) señala que, para que haya autocuidado, se requiere cierto grado de desarrollo personal, o bien poseer factores protectores como: del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación y la resiliencia.⁵³

2.9 Factores Protectores

Comúnmente, las investigaciones sobre las prácticas de salud reproductiva de los adolescentes se han centrado en la tipificación de factores de riesgo asociados con las prácticas inadecuadas o que dejan de realizarse. Sin embargo, si bien existen los factores de riesgo en el medio ambiente que influyen o aumentan las posibilidades de problemas para los jóvenes, también existen factores protectores mencionados anteriormente, que protegen a los adolescentes de influencias negativas.

Así, los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo o integración social y laboral. Los

internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.⁵⁵

2.9.1 Autoestima

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que se tiene de sí mismo o autoconcepto, no es algo heredado si no aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás. La importancia de la autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos.⁵⁶⁻⁵⁷

Los estudios analizados coinciden en que los factores protectores como autoestima y autoeficacia están relacionados con la protección de las situaciones de riesgo a la que se exponen los adolescentes y a la falta de autocuidado.

Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, se ha demostrado que los embarazos en adolescentes son en gran parte consecuencia de una autoestima baja, de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva intervención en educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.⁵⁸

En el caso de la salud sexual y reproductiva, se ha observado que la autoeficacia le permite al adolescente desarrollar habilidades para no tener relaciones sexuales sin protección, usar y conseguir el preservativo y hablar con su compañero o compañera sexual sobre relaciones sexuales anteriores y riesgos vividos.⁵⁹

2.9.2 Autoeficacia

La autoeficacia se refiere a la confianza que la persona tiene de sí misma para organizar y ejecutar acciones, con el objetivo de manejar situaciones prospectivas. También se relaciona con los juicios acerca de su conocimiento y habilidad para realizar una actividad particular en la que se anticipan resultados exitosos.⁶⁰

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la autoeficacia, diversos estudios han identificado que las mujeres son más autoeficaces en conductas preventivas que tienen que ver con el rechazo a tener relaciones sexuales, no incurrir en prácticas de alto riesgo y en expresar reafirmaciones por el interés de protegerse. Así mismo, se identifica que los varones son más autoeficaces en el uso del preservativo.⁵⁹

En un estudio, en adolescentes españoles, Castro, et al (2011), determinaron que cuando los jóvenes, tienen actitudes favorables hacia el uso del preservativo y se perciben capaces de usarlo, es menos probable que inicien sus relaciones sexuales con y sin penetración.⁶¹

En este sentido, identificar y comprender el nivel de conocimiento, la autoeficacia en los adolescentes en relación con el autocuidado de la salud reproductiva constituye una fuente relevante de información. En primer lugar, para conocer a nivel local la situación de los adolescentes frente a dichas variables, su manifestación, y las consecuencias que sobre la salud sexual y reproductiva implican dichos comportamientos. En segundo lugar, para generar estrategias o planes de educación y comunicación, orientados a promover en esta etapa comportamientos más saludables.

Es importante destacar que los factores protectores no se originan de manera espontánea, no son independientes o excluyentes uno del otro, sino que están interrelacionados de tal manera que los recursos sociales pueden fortalecer los recursos personales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

El diseño del estudio de investigación fue cuantitativo, descriptivo transversal y correlacional; se considera descriptivo porque se describieron las tendencias sobre las acciones de autocuidado de los adolescentes; correlacional porque identifica la asociación (entre las variables) de las prácticas de autocuidado en salud reproductiva de los participantes con los factores protectores internos (autoestima y autoeficacia)

3.2 Población, muestra, descripción de los participantes

El grupo definido para el estudio, fue constituido por adolescentes entre los 15 y 19 años de edad de ambos sexos. Para este efecto fueron seleccionadas dos escuelas preparatorias del Colegio de Bachilleres, una del área urbana y otra de la zona rural del municipio de Mexicali.

3.3 Criterios de selección de la población

3.3.1 Criterios de inclusión

Estudiantes de dos planteles, uno del área rural y otro de la zona urbana, pertenecientes al sistema COBACH del municipio de Mexicali, formalmente inscritos con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, de ambos sexos.

3.3.2 Criterios de exclusión

A los alumnos de los dos planteles del sistema COBACH del municipio de Mexicali, de ambos sexos, menor de 15 y mayores de 19 años de edad, que no aceptaron participar en la investigación o que no estaban formalmente inscritos en estos planteles.

3.3.3 Criterios de eliminación

Aquellos alumnos que no asistieron los días que se aplicó el instrumento, así como a los que no completaron el cuestionario.

3.4 Universo de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 2682 estudiantes de los dos planteles seleccionados, 889 del área rural y 1793 de la urbana, pertenecientes al sistema COBACH del municipio de Mexicali, que tenían entre 15 y 19 años de edad, de ambos sexos, formalmente inscritos.

3.5 Selección y tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se consideró la población total de estudiantes de los dos bachilleratos, misma que se obtuvo de la entrevista con los directivos de ambas preparatorias. El tamaño de la muestra fue establecido según un error máximo del 1.5% y con un nivel de confianza del 95.5% utilizando la fórmula para poblaciones finitas menores de 100 mil individuos. Se utilizó el factor de corrección, para compensar el error sistemático. La muestra estuvo conformada por 273 adolescentes, 133 de la preparatoria del área rural y 140 del área urbana.

3.6 Tipos y técnicas de muestreo

No Probabilístico, por conveniencia incluyendo, los grupos de todos los semestres que las autoridades de los dos planteles consideraron para aplicar el instrumento los días planeados.

3.7 Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario anónimo autoadministrado (anexo 3) que consta de 43 ítems divididos en cuatro segmentos: I) aspectos sociodemográficos, II) prácticas de autocuidado en salud reproductiva, para medir los factores protectores se utilizaron: III) dos escalas de medición de autoestima y autoeficacia, basadas en la California Healthy Kids Survey versión Bilingüal 2003

I) El segmento de datos sociodemográficos incluye cinco reactivos, que abordaron datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, estado civil y la filiación a una institución de salud.

II) En el apartado de las prácticas de autocuidado en salud reproductiva, se incluyeron veinte reactivos sobre aspectos relacionados con las actividades realizadas por los adolescentes para mantener su salud reproductiva, estas preguntas se elaboraron considerando las acciones recomendadas por, las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar, NOM-041-SSA2-2011⁶², Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama⁶³, NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino⁶⁴, NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar⁶⁵, NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual⁶⁶; NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana⁶⁷, y la Guía de práctica clínica diagnóstico oportuno del cáncer de testículo en el primer y segundo nivel de atención; México Secretaría de salud 2008⁶⁸.

Entre las acciones de autocuidado destacan: contar con la cartilla de salud, la periodicidad en la autoexploración de genitales, revisión por algún agente de salud, la protección utilizada o no para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, en la primer y la última relación sexual número de compañeros sexuales y el uso de alcohol o drogas durante la relación sexual.

Para la clasificación del nivel de las prácticas de autocuidado se realizó una ponderación en escala tipo Likert (anexo 4). Donde la jerarquía 4.1 a 5.00 corresponde a muchas prácticas de autocuidado; de 3.1 a 4.00 regulares prácticas, el rango de 2.1 a 3.00 pocas y el nivel de <2.1 nulas prácticas realizadas.

III) La escala de autoestima incluyó 20 preguntas centradas en los sentimientos de aceptación de sí mismo y respeto de los adolescentes. Para la clasificación del nivel de autoestima, se realizó una ponderación en escala tipo Likert (anexo 4), con una pauta de 1 a 4 puntos, donde 1 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo. Para obtener la puntuación total referente a la autoestima se clasificó en niveles, en el que el rango de 4.1 a 5.00 corresponde

a altos niveles, la jerarquía de 3.1 a 4.00 a regular nivel de autoestima, la categoría de 2.1 a 3.00 a poco nivel y el rango de <2.1 a nula autoestima. (Anexo 5). La escala de autoeficacia fundamentada también en la California Healthy Kids Survey versión Bilingüal 2003, comprendió 19 preguntas relacionadas con el sentido de autoeficacia. Para la calificación se usó una escala de tipo Likert, (anexo 5). Con una pauta de 1 a 4 puntos, donde 1 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo, para sacar la puntuación total referente a la autoeficacia se catalogó en niveles, en el que el rango de 4.1 a 5.00 corresponde a altos niveles, de autoeficacia, la jerarquía de 3.1 a 4.00 a regular nivel, la categoría de 2.1 a 3.00 a poco nivel y el rango de <2.1 a nula autoeficacia.

Con el propósito de corregir la redacción, y secuencia de las preguntas se realizó la prueba piloto, aplicada a 57 estudiantes del plantel de la zona urbana por la conveniencia de la cercanía. La confiabilidad del instrumento se estimó a través del coeficiente del Alpha de Cronbach dando como resultado 0.86.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

En primera instancia se contactó a directivos de los dos planteles del Colegio de Bachilleres para explicar la propuesta, los objetivos del estudio, destacando la relevancia para la investigación en salud, también se informó sobre el contenido del instrumento, la forma y el tiempo requerido para aplicarlo en las fechas y horas que se programaron. Así mismo se hizo hincapié en la confidencialidad de la información. Es importante mencionar que no se aplicó el asentimiento informado (anexo 2) debido a que los directores mencionaron que no era necesario, ya que los estudiantes firmaron uno al ingreso a la preparatoria el cual es utilizado para cualquier tipo de investigaciones.

Una vez que se obtuvo la autorización por parte de los directivos, se acudió a las aulas de clase y se solicitó permiso a los docentes para explicar los objetivos de la investigación, la duración del cuestionario, la forma de contestarlo y la participación voluntaria de cada estudiante, aclarándoles que sus respuestas serían

anónimas y confidenciales. Al entregar el instrumento a los y las adolescentes se les mencionó la importancia de la sinceridad y la honestidad en las respuestas, así como de la confidencialidad que se mantendría de la información recabada para la investigación. También se les informó que si decidían no participar, podrían hacerlo sin ningún tipo de repercusión, negativa. Después, se procedió a la aplicación de los instrumentos que osciló entre 30 y 45 minutos, con el apoyo de tres prestadores de Servicio Social, capacitados previamente sobre el procedimiento que se debía llevar a cabo en la aplicación del cuestionario.

Al finalizar el llenado de los cuestionarios se les agradeció su atenta participación en la investigación; enfatizando nuevamente la confidencialidad y el anonimato.

3.9 Análisis estadístico

Para el análisis de la información, se realizó el procesamiento de datos a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 17.0 para Windows. Se obtuvieron frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad; mismas que permitieron el análisis de las variables numéricas.

Para determinar la relación estadística entre los factores protectores y las prácticas de autocuidado se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson mismo que indica la relación lineal entre dos variables cuantitativas, en qué medida existe tal correlación, si es significativa y de qué signo es.

Con respecto a la prueba de hipótesis se realizó una t de student para dos muestras independientes

3.10 Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud de la República Mexicana en materia de investigación para la salud (SSA 1987). De acuerdo a lo establecido en el Título Segundo relativo a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; conforme con el artículo 13 del

Capítulo I⁶⁹, se respetaron la integridad, dignidad y la confidencialidad de la información proporcionada, además se trató a los adolescentes con respeto y consideración, de la misma manera se proporcionó la información de manera clara relativa al estudio, sobre los objetivos, los riesgos y los posibles beneficios a futuro, así como el tiempo para la aplicación del instrumento.

En relación con el Artículo 14, fracción V, VI y VII, del reglamento citado, es importante mencionar que no obstante, contar con los formatos del consentimiento informado para estudiantes de 18 años y el asentimiento informado para los menores de edad; los directivos mencionaron que no era necesario aplicarlo ya que cuando los jóvenes ingresan a la institución educativa se llenan y son considerados para los estudios que se llevan a cabo y cumplen con los lineamientos establecidos por las autoridades de los planteles. También se garantizó el anonimato de los participantes, ya que se omitió el nombre en el instrumento.

En referencia al Artículo 17, Fracción II del mismo reglamento, el estudio se consideró de riesgo mínimo ya que se efectuó con instrumentos de lápiz y papel, no obstante se obtuvo información sobre aspectos personales que pudieran incidir en el estado emocional del participante.

Se consideró lo estipulado en el Capítulo V, Artículo 58 Fracciones I y II donde el adolescente puede decidir si participa o se niega a intervenir en la investigación⁶⁹. También se enfatizó en que los resultados del estudio no se utilizarán en perjuicio de los participantes y en que los datos recabados se presentarán de manera general y no individual.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Aspectos sociodemográficos

La muestra estudiada se conformó por 273 alumnos de dos preparatorias del Colegio de Bachilleres del municipio de Mexicali (una rural y otra del área urbana). De estos el 51.3% (140) correspondió al área urbana y 48.7% (133) a la zona rural.

Con relación a la edad y género de los adolescentes (Tabla 1) el 37% (100 alumnos) tenían 18 años, 34% (92) contaba con 17 y los grupos de 15 y 19 ocupaban en conjunto el 17% de la muestra. De la población encuestada poco más de la mitad eran mujeres 51.6% y el resto 48.4% estaba conformado por el sexo masculino.

Tabla 1. Edad y género de los adolescentes

n=273

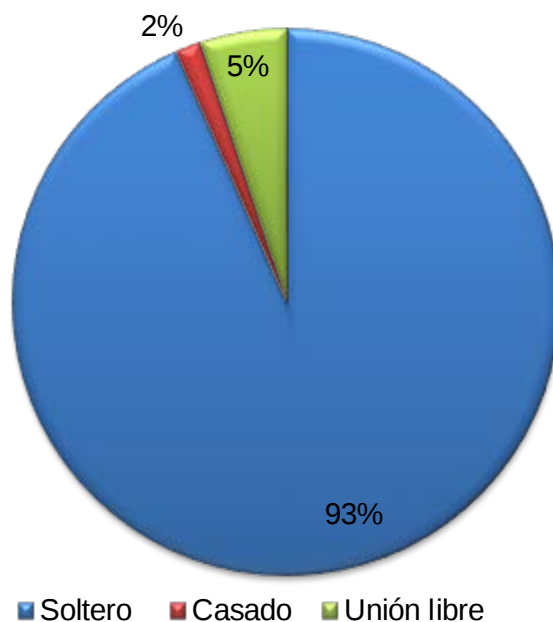
Edad	Hombres		Mujeres		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
15	6	2.2	16	5.9	22	8.1
16	15	5.5	19	7	34	12.5
17	47	17.2	45	16.5	92	33.7
18	50	18.3	50	18.3	100	36.6
19	14	5.1	11	4	25	9.2
Total	132	48.4	141	51.6	273	100

Fuente: Cuestionario

Referente al estado civil, el 93% de los adolescentes (255) eran solteros; el 5% equivalente a 14 jóvenes vivía en unión libre y el 2% restante estaban casados (Gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje del estado civil de los adolescentes

n=273



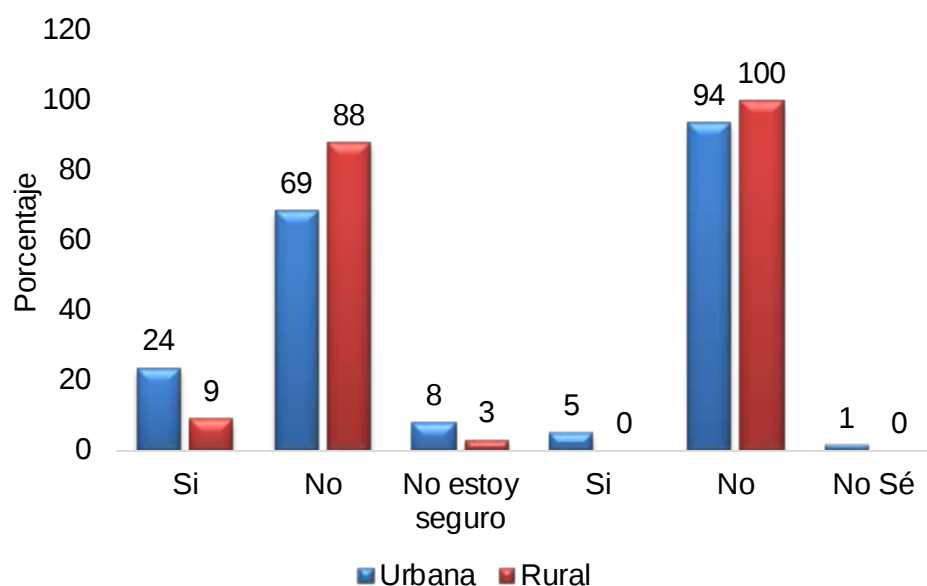
Fuente: Cuestionario

4.2 Prácticas de autocuidado

4.2.1 Pláticas de educación sexual en los últimos doce meses

Considerando a la educación sexual como uno de los ejes del autocuidado en salud reproductiva de los adolescentes se incluyeron dos preguntas; en la referente a las pláticas recibidas sobre sexualidad en los últimos doce meses, el 88% de los alumnos de la preparatoria del área rural y el 68,6 % de la zona urbana contestaron no haber asistido a sesiones de educación referentes al tema (Gráfica 2) Con respecto a la pregunta, si ¿Te han enseñado alguna vez sobre las infecciones de transmisión sexual, el Sida o la infección por VIH, en la escuela u otra parte? El 100% de los adolescentes del área rural y el 93% de la zona urbana contestó no haber recibido instrucción al respecto.

Gráfica 2. Porcentaje de prácticas de educación sexual de los adolescentes en los últimos doce meses por área geográfica



Fuente: Cuestionario

4.2.2 Cartilla del adolescente

Con respecto a la cartilla del adolescente, del total de la muestra, el 59% mencionó conocer la cartilla, sin embargo cuando se preguntó, si contaban con la misma el 51.3% contestó no tenerla (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de los adolescentes que conoce y cuenta con cartilla

n=273

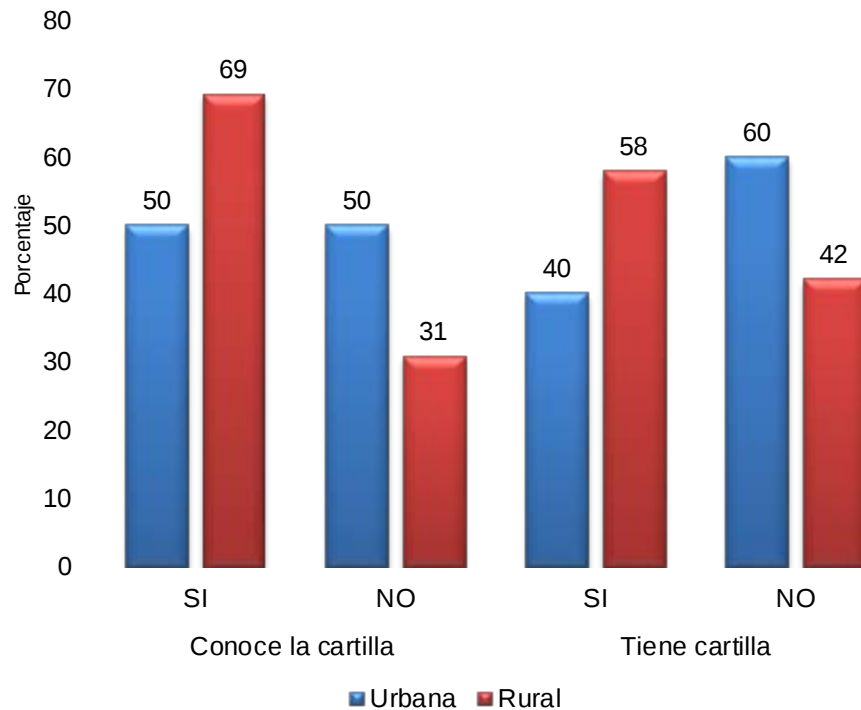
	Conoce		Cuenta	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	162	59.3	133	48.7
No	111	40.7	140	51.3

Fuente: Cuestionario

Por tipo de población, el 69% de los adolescentes de la zona rural conocía la cartilla (Gráfica 3) y 58% tenía el documento; la mitad (50%) de los jóvenes del área urbana mencionó conocerla, pero el 60% no poseía este documento.

Gráfica 3. Porcentaje de los adolescentes que conoce y tiene la cartilla

n=273



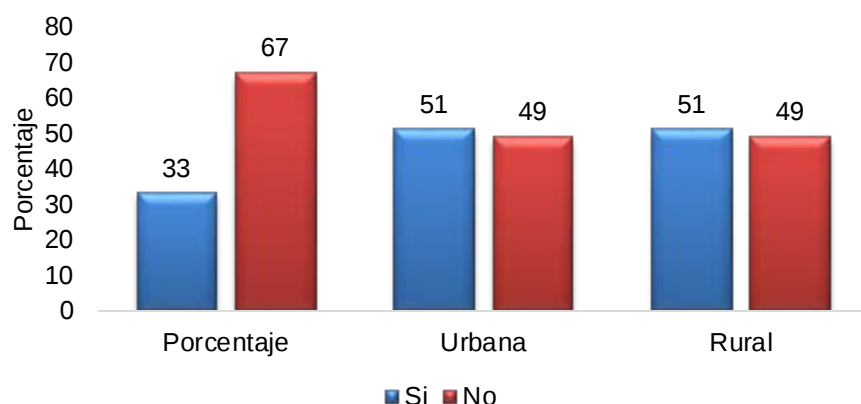
Fuente: Cuestionario

4.2.3 Revisión por médico o enfermera no obstante estar sano

En cuanto a la pregunta, si los adolescentes habían sido revisados por un médico o enfermera, no obstante estar sanos el 67.03% mencionó no haber sido examinado por algún profesional de salud. Es importante destacar que el 32.9% refirió que fue explorado, sin estar enfermo (Gráfica 4).

Gráfica 4. Porcentaje de los adolescentes revisados por médico o enfermera no obstante estar sano, por área geográfica

n=273



Fuente: Cuestionario

4.2.4 Periodicidad de la autoexploración genital

Respecto al lapso de autoexploración genital 42.9% de los adolescentes lo realizaban diario y una vez a la semana, el 17.9% lo efectuó una vez al mes y el 10.6% cada seis meses, 28.6% nunca lo ha realizado (Tabla 3). Al comparar la autoexploración por áreas; el porcentaje que nunca se autoexplora fue más elevado (33%) en la zona urbana en comparación con la rural (24%) gráfica 5.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje en la periodicidad de la autoexploración genital de los adolescentes

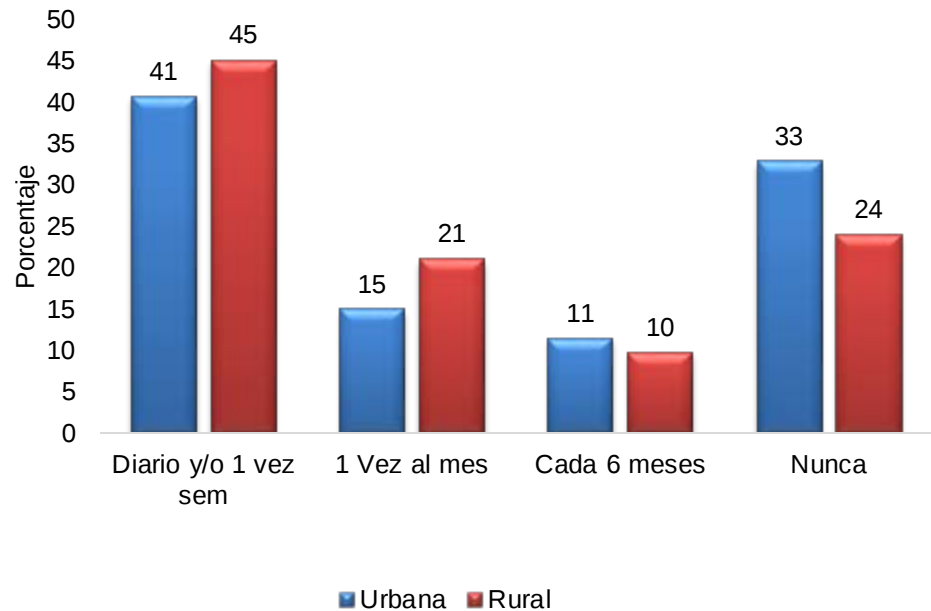
n=273

Periodicidad	Frecuencia	%
Diario y una vez a la semana	117	42.9
1 vez al mes	49	17.9
Cada seis meses	29	10.6
Nunca	78	28.6
Total	273	100

Fuente: Cuestionario

Gráfica 5. Porcentaje de autoexploración genital de los adolescentes por zona de residencia

n=273



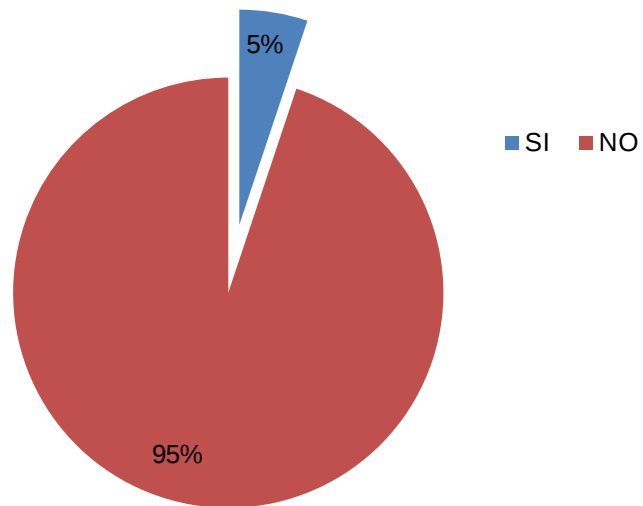
Fuente: Cuestionario

4.2.5 Examen de los genitales por médico o enfermera

En relación a la variable para medir si en los últimos 12 meses los adolescentes visitaron a un médico o enfermera para que examinara los genitales externos o internos (Gráfica 6), la mayoría (95%) de los adolescentes no han asistido con estos profesionales de salud para la revisión.

Gráfica 6. Porcentaje del examen de los genitales en los adolescentes por médico o enfermera

n=273



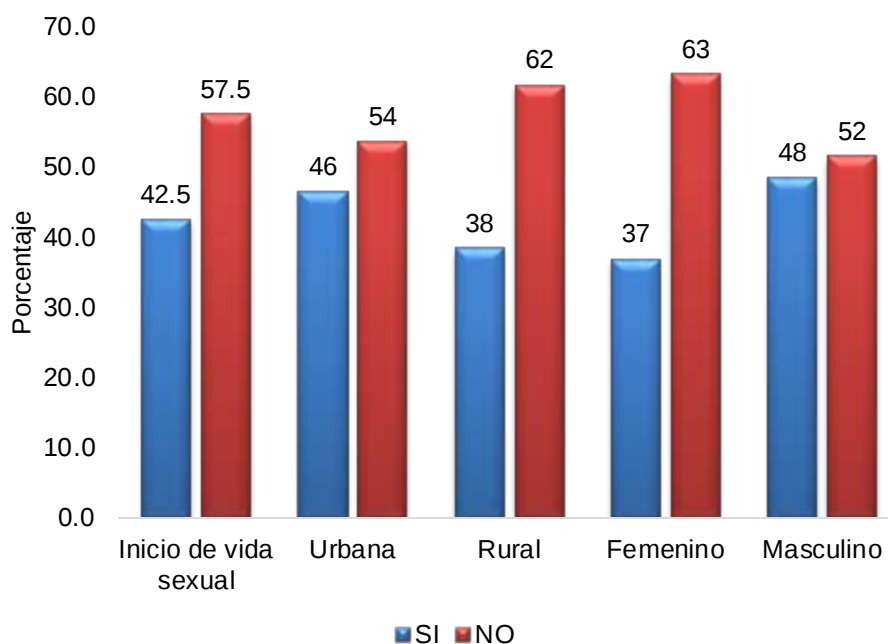
Fuente: Cuestionario

4.2.6 Inicio de vida sexual de los adolescentes

El porcentaje de adolescentes que habían iniciado su vida sexual alcanzó el 42.5% (116). Del total de la muestra los adolescentes del área urbana presentaron porcentajes más altos (46%) en relación con los de la zona rural (38%). Con respecto a la declaración de haber iniciado su vida sexual por género, los varones mostraron porcentajes más elevados (48%) en relación con las mujeres (37%). (Gráfica 7).

Gráfica 7. Porcentaje de adolescentes que ha iniciado su vida sexual por área geográfica y género

n=273



Fuente: Cuestionario

4.2.7 Edad del inicio de la vida sexual

La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales, está determinada en mayor porcentaje (29.3 %) a los 15 años de edad, le continúan en orden decreciente (21.5%) el grupo de los 16 años, mientras que el 20.7% de los jóvenes inició a los 17 años; es importante destacar que se agrupó a los adolescentes que habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años y representan el 18.9% (Tabla 4). En promedio ambos sexos inician su vida sexual a los 16.5 años de edad.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje por edad del inicio de relaciones sexuales en general de la población estudiada

n=116

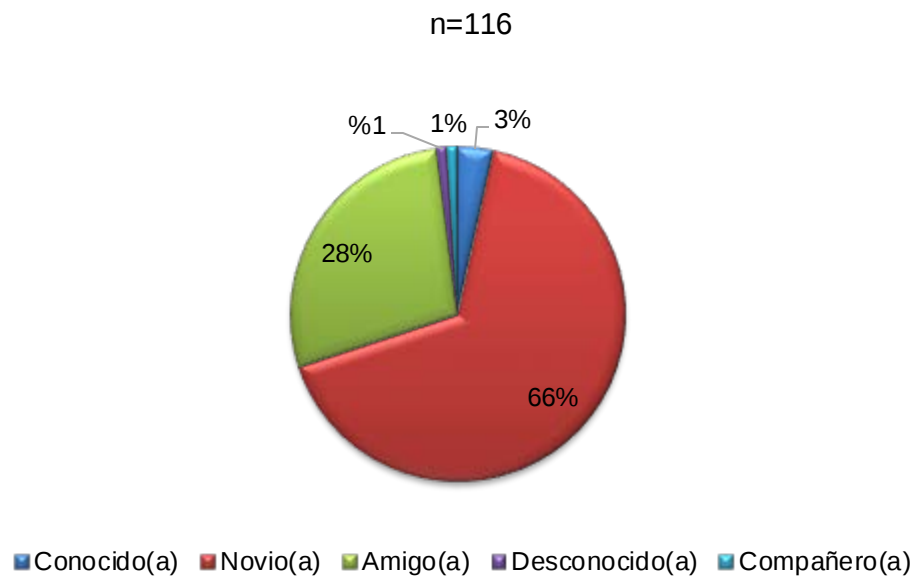
Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15	22	18.96
15	34	29.31
16	25	21.55
17	24	20.70
18	11	9.48
TOTAL	116	100

Fuente: Cuestionario

4.2.8 Relación de los adolescentes con la persona en la primera relación sexual

La mayor parte de la población de estudio 66% (Gráfica 8) contestó que el compañero de la primera relación sexual fue su novio(a), más de una cuarta parte (28%) inicio su actividad sexual con un(a) amigo(a) y el 4% con un conocido(a).

Gráfica 8. Relación con el (la) primer(a) compañero(a) sexual



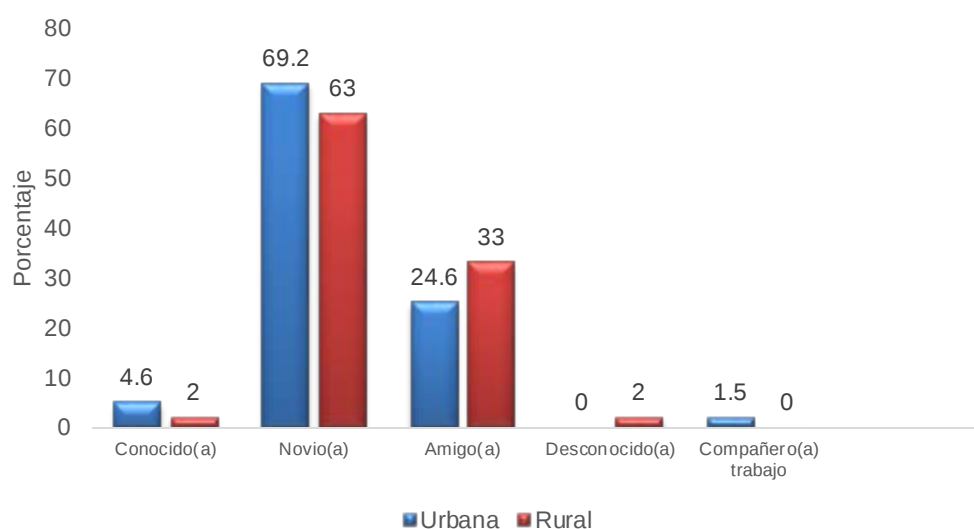
Fuente: Cuestionario

4.2.9 Relación de los adolescentes con la persona en la primera relación sexual por área geográfica

Del total de los adolescentes sexualmente activos, se encontró que el 69.2% de la zona urbana inicio su primera relación sexual con su novio(a) así como el 63% del área rural (Gráfica 9). El 33% de los adolescentes de la zona rural y una cuarta parte (24.6%) de los adolescentes del plantel urbano iniciaron su actividad sexual con un(a) amigo(a).

Gráfica 9. Relación de los adolescentes con la persona en la primera relación sexual por área geográfica

n=116



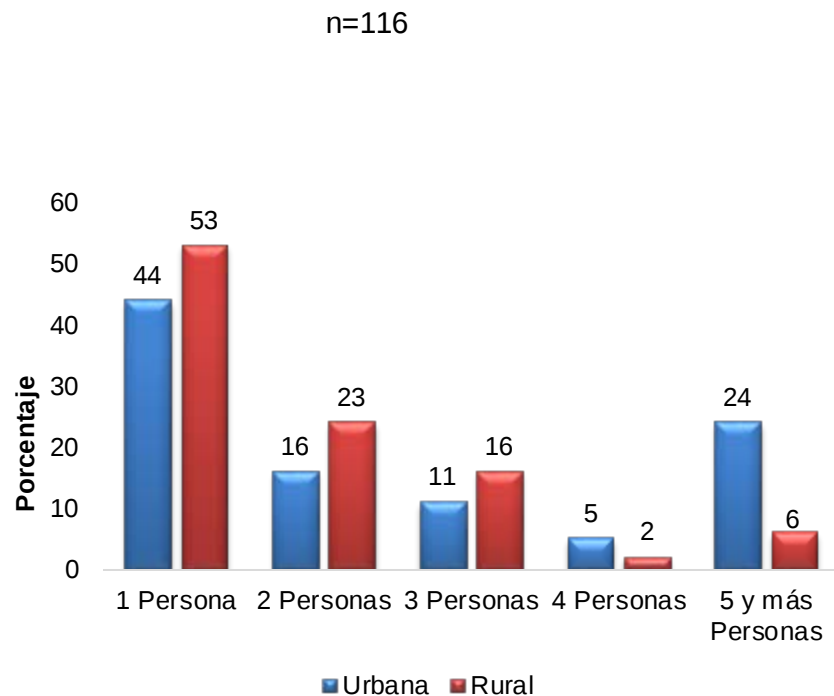
Fuente: Cuestionario

4.2.10 Número de compañeros sexuales en los últimos tres meses

Con respecto al número de personas con las que los adolescentes han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses (Gráfica 10), se determinó que en el área rural el 53% y 44% de la urbana han tenido relaciones con una persona, sin embargo la población encuestada de la preparatoria rural tiene porcentajes más

elevados con respecto a 2 y 3 personas con las que han tenido relaciones sexuales ya que se observaron porcentajes de 23% y 16% respectivamente. Es importante destacar que el 24% de los adolescentes de la zona urbana contestó haber tenido 4 y 5 compañeros sexuales en los últimos tres meses.

Gráfica 10. Porcentaje por número de compañero(a) s sexuales en los últimos tres meses por área geográfica



Fuente: Cuestionario

4.2.11 Persona que decidió utilizar el condón en la primera relación sexual

Ante la pregunta acerca de ¿Quién decidió usar el condón en la primer relación sexual? más de tres cuartas partes (79.3%) de los jóvenes del área urbana, mencionaron que entre ambos tomaron la decisión de utilizarlo (Tabla 5), 62.7% de igual forma los adolescentes de zona rural tomaron la decisión de usarlo conjuntamente con la pareja.

Tabla 5. Persona que decidió utilizar condón en la primera relación sexual por área geográfica

n=116

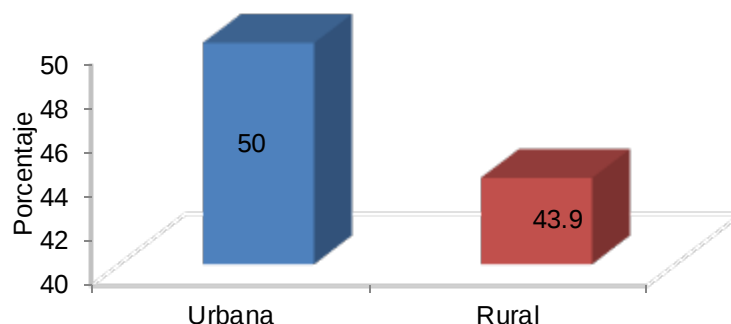
rea	Tú	Tu pareja	Ambos	Total
Urbana	17.2%	34. %	79.3%	100%
Rural	31.4%	5.9%	62.7%	100%

Fuente: Cuestionario

Del total de la muestra el 50% de los adolescentes del área urbana 43.9% de la zona rural (gráfica 11) declararon haber utilizado el condón en su primera relación.

Gráfica 11. Porcentaje de uso del condón por área geográfica en la primera relación sexual

n=116



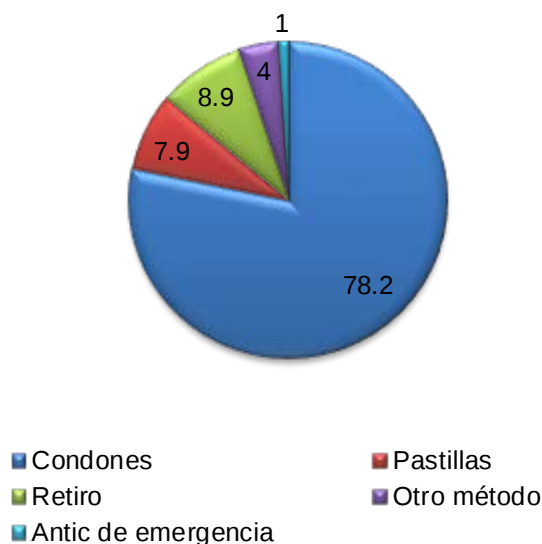
Fuente: Cuestionario

4.2.12 Método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual

En relación con la práctica de la anticoncepción utilizada por los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, se determinó que 87% usó un método anticonceptivo, siendo el más común el condón (78.2%); el retiro se practicó por 8.9% de los jóvenes y 7.9% usaron las pastillas (Gráfica 12) para la prevención del embarazo.

Gráfica 12. Porcentaje por método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual

n=116

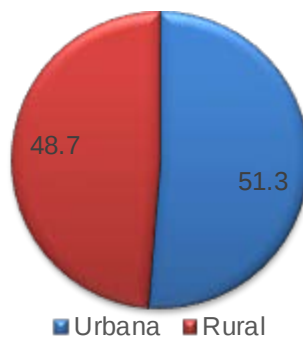


Fuente: Cuestionario

Por área de residencia el 51.4% (Gráfica 13) de los adolescentes de la zona rural utilizó un método anticonceptivo en la última relación sexual y el 48.7% de la urbana.

Gráfica 13 Porcentaje por área geográfica del método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual

n=116

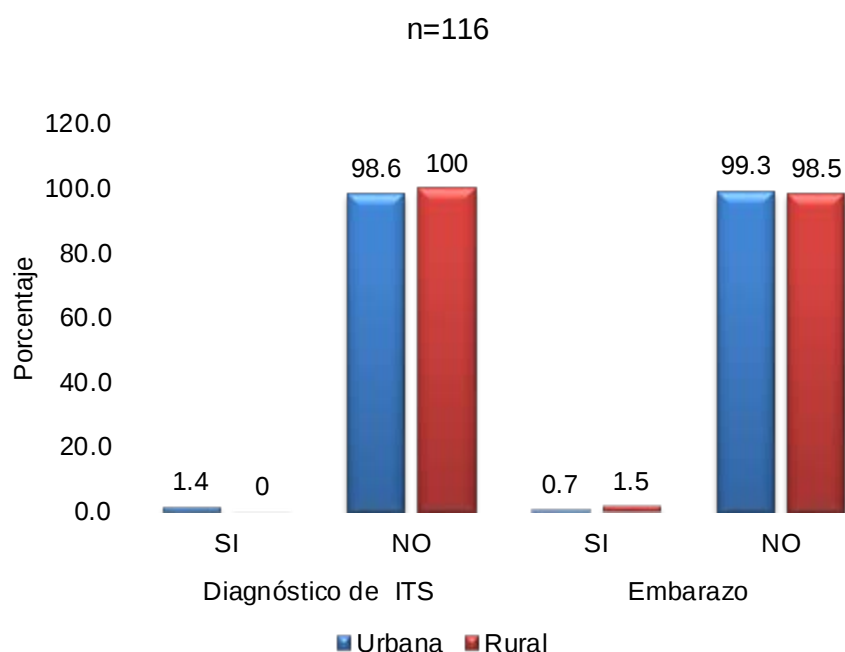


Fuente: Cuestionario

4.2.13 Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual o embarazo

Respecto a la pregunta donde se indagó si a la población en estudio se le habían diagnosticado infecciones de transmisión sexual, se observó (Gráfica 14) que al 1.4% de los adolescente del área urbana se le han detectado ITS, mientras que para la zona urbana fue nulo. Sin embargo el porcentaje de las mujeres que han estado embarazadas, o de hombres que alguna vez a embarazado a una persona es más alta (1.5%) en la zona rural de Mexicali.

Gráfica 14. Porcentaje de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual o de embarazo por área geográfica



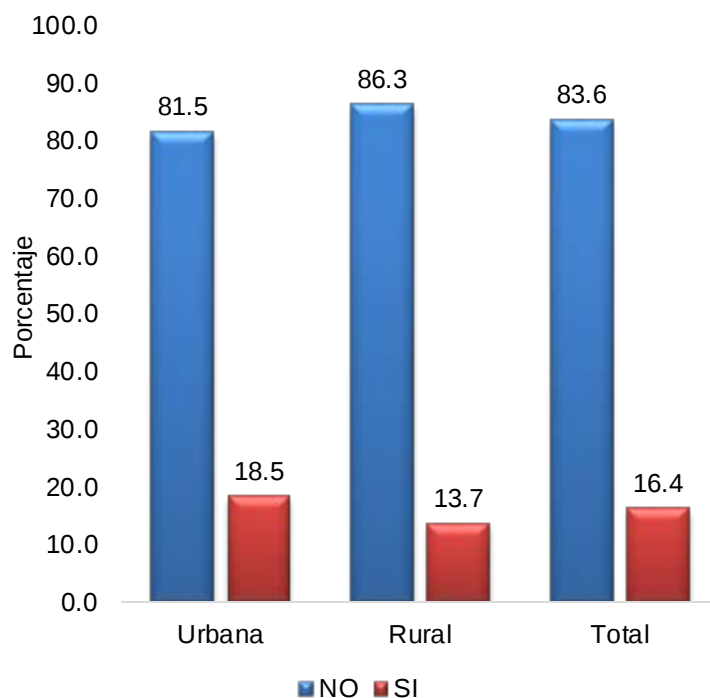
Fuente: Cuestionario

4.2.14 Uso de alcohol o drogas antes de la relación sexual

Con respecto al consumo de alcohol o drogas antes de la relación sexual, del total de la muestra, el 83.6% de los adolescentes que ya iniciaron su vida sexual declararon no realizar esta práctica (Gráfica15); mientras que el 16.4% contestó realizarla. Del total de la población que utilizó alcohol o drogas el 18.5% eran del área urbana y el 13.7% del área rural.

Gráfica 15. Porcentaje del uso de alcohol o drogas antes de la relación sexual por área geográfica

n=116



Fuente: Cuestionario

4.3 Nivel de prácticas de autocuidado en salud reproductiva

Se concentraron las actividades de autocuidado en salud reproductiva que realizaban los adolescentes, del total de la muestra 52.4% realizó pocas acciones y el 38.5% regulares prácticas para el autocuidado (Tabla 7). El 46.69% de los jóvenes con vida sexual activa efectuaron regulares prácticas, y el 53.44% pocas. De los 157 adolescentes sin vida sexual activa, la mitad (51.6%) realizaron pocas prácticas de autocuidado, en tanto la tercera parte (33.12%) efectuaron regulares acciones para cuidar su salud reproductiva y 13.37 no realizó acciones de autocuidado, (Gráfica 16)

Tabla 6. Porcentaje de prácticas de autocuidado en salud reproductiva en adolescentes sin y con inicio de vida sexual

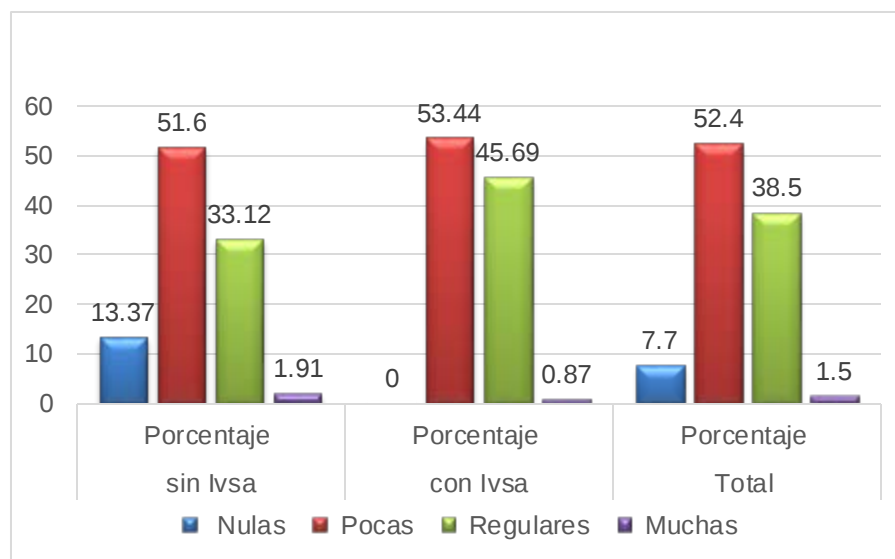
n=273

Prácticas de autocuidado	Sin inicio de vida sexual		Con vida sexual activa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nulas	21	13.37	0	0	21	7.7
Pocas	81	51.6	62	53.44	143	52.4
Regulares	52	33.12	53	45.69	105	38.5
Muchas	3	1.91	1	0.87	4	1.5
Total	157	100	116	100	273	100

Fuente: Cuestionario

Gráfica 16. Porcentaje de prácticas de autocuidado en salud reproductiva en adolescentes sin y con inicio de vida sexual

n=273



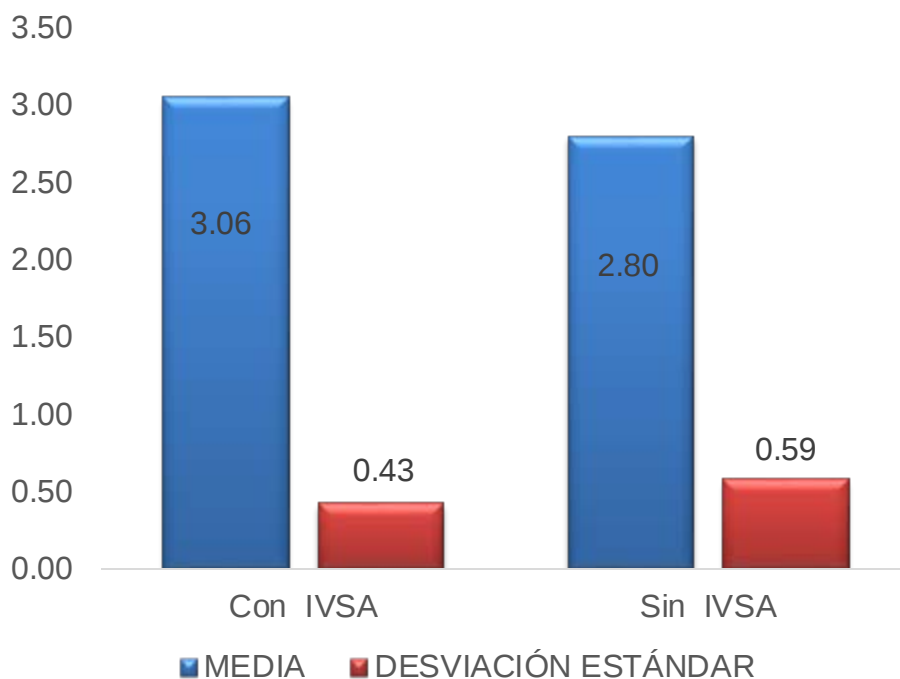
Fuente: Cuestionario

4.3.1 Comparación de rangos de la media y desviación estándar de prácticas de autocuidado entre adolescentes con vida sexual activa y no activa

En relación con la ponderación realizada para establecer el rango de la media de las prácticas de autocuidado, entre los adolescentes con vida sexual activa, se determinó que el rango de la media fue de 3.05 (regulares prácticas de autocuidado) interpretado como relativamente seguro de aplicar prácticas de autocuidado en salud reproductiva, (D.E. 0.43) (Gráfica 17) mientras que para los jóvenes que aún no iniciaban su vida sexual estuvo agrupado por una media de 2.8 (pocas prácticas de autocuidado) lo que significa como, apenas cierto de aplicar prácticas de autocuidado en salud reproductiva (D.E 0.59)

Gráfica 17. Comparación de prácticas de autocuidado entre adolescentes con vida sexual activa y no activa

n=273



Fuente: Cuestionario

4.3.2 Prácticas de autocuidado vs grupos urbano y rural

Respecto a la búsqueda de diferencias, de acuerdo a los grupos rural y urbano, se relacionó a los adolescentes sin vida sexual y los que ya la habían iniciado para lo que se aplicó una t de Student (Tabla 8) y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 7. Media y Desviación estándar de prácticas de autocuidado vs grupos urbano y rural

n=273

Prácticas de autocuidado	Escuela	Media	Desviación estándar
Adolescentes con vida sexual activa	Urbana	3.00	0.4
	Rural	3.12	0.4
Adolescentes sin inicio de vida sexual	Urbana	2.76	0.6
	Rural	2.85	0.6

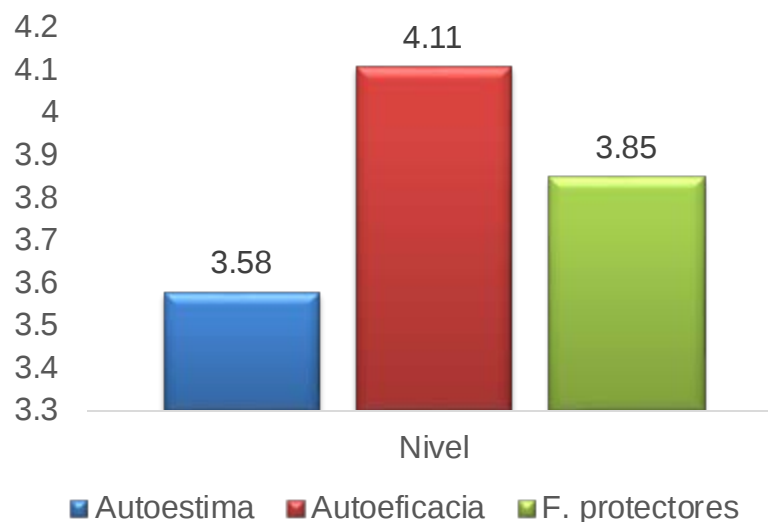
Fuente: Cuestionario

4.4 Factores protectores

En relación con los factores protectores (autoestima y autoeficacia) de la población de estudio, se encontró que éstos se hallan en la categoría de regular (3.85) de acuerdo a la escala utilizada (Gráfica 18). La autoeficacia se encuentra en un valor alto (4.11) lo que significa que los adolescentes se sienten completamente seguros de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad, mientras la autoestima se sitúa en un nivel (3.58) de regular, es decir, estos adolescentes están relativamente seguros de poder enfrentar condiciones de riesgo sobre su sexualidad.

Gráfica 18. Nivel de los factores protectores

n=273



Fuente: Cuestionario

4.4.1 Análisis de correlaciones

Prueba de Hipótesis. Relación entre Prácticas de Autocuidado y Factores Protectores.

Respecto a la búsqueda de relación entre las Prácticas de autocuidado llevadas a cabo entre los adolescentes y los factores protectores (ya sea de autoestima o de autoeficacia), se aplicó una prueba de relación de Pearson, solo detectándose una fuerza positiva débil entre las dos variables (Tabla 9), lo que quiere decir que esta mínima relación solo explicaría que al menos del 15 al 19% de los casos en que los adolescentes que tienen mayores prácticas de autocuidado

es porque tienen mayores factores protectores de autoestima o autoeficacia en salud reproductiva. ($r = .199$, prob. =.042)

Tabla 8. Correlaciones entre prácticas de autocuidado y factores protectores

n=273

Variable		Prácticas de autocuidado	Factores protectores
Prácticas de autocuidado	Correlación de Pearson	1	.199(*)
	Sig. (bilateral)		0.042
	N	105	105
Factores protectores	Correlación de Pearson	.199(*)	1
	Sig. (bilateral)	0.042	
	N	105	273

Fuente: Cuestionario

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

4.4.2 Diferencias entre prácticas de autocuidado y factores protectores

Con respecto a la prueba de hipótesis se realizó una t de student para una sola muestra y se detectaron diferencias estadísticas entre las prácticas de autocuidado y los factores protectores entre los adolescentes del presente estudio ($p < .0.001$). Los factores protectores se encuentran en un nivel de regular, lo que quiere decir que se sienten relativamente seguros de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad (3.85 nivel regular), es decir, tienen un nivel mayor que las prácticas de autocuidado (2.91, pocas prácticas de autocuidado). Es importante destacar que son los factores protectores de autoeficacia los que se encuentran en un nivel alto (4.11), (Tabla10,) lo que nos habla de que estos adolescentes se

sienten completamente seguros de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad (Gráfica 19)

Tabla 9. Diferencias entre prácticas de autocuidado y factores protectores en la población estudiada

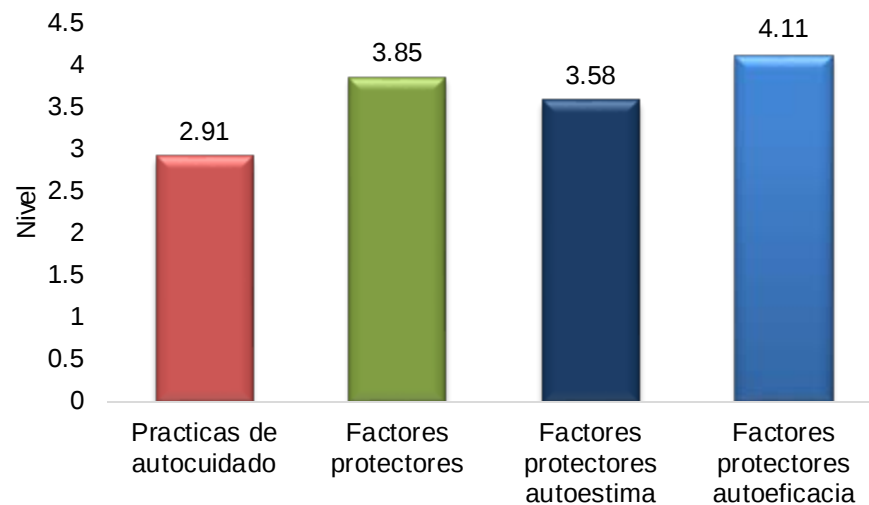
n=273

Variable	Número	Diferencia de medias	D.E.	t	gl	Prob.	Nivel
Prácticas autocuidado	105	2.91	0.428	69.78	104	0	Pocas Prácticas de Autocuidado
Factores protectores	273	3.85	0.53666	118.593	272	0	Regulares Factores Protectores
Autoestima	273	3.58	0.58256	101.754	272	0	Regulares Factores Protectores
Autoeficacia	273	4.11	0.63073	107.829	272	0	Altos Factores Protectores de Autoeficacia

Fuente: cuestionario

Gráfica 19. Nivel de prácticas de autocuidado y factores protectores en la población estudiada

n=273



Fuente: cuestionario

CAPÍTULO V

5.1 Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones

DISCUSIÓN

Los hallazgos del estudio en adolescentes de las dos preparatorias (urbana y rural) permitieron relacionar las prácticas de autocuidado en salud reproductiva y el nivel de los factores protectores (autoestima y autoeficacia) en 273 estudiantes del municipio de Mexicali, Baja California.

El nivel de autocuidado en general para la población de estudio se ubicó de 2.91, por lo que se sitúan de acuerdo al nivel asignado previamente, en la realización de pocas prácticas de autocuidado en salud reproductiva, esta situación coloca a los adolescentes en mayor vulnerabilidad de riesgo para utilizar estilos de vida saludables en pro de su salud reproductiva.

Por sexo las diferencias son mínimas, las mujeres presentaron ligeramente mayor nivel de prácticas de autocuidado (2.9) que los hombres (2.6).

Con respecto al primer objetivo específico, de identificar los factores protectores que poseen los adolescentes en lo relacionado a la autoestima y autoeficacia estudiados en esta población, se encuentran en conjunto en un nivel regular (3.85), lo que significa que se sienten relativamente seguros de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad.

En cuanto al grado de autoestima encontrado para esta población fue de 3.58 ubicándolos en la escala de regular conforme la clasificación establecida previamente. Se ha postulado una relación entre autoestima y prácticas sexuales de riesgo, la naturaleza exacta de esa asociación no está clara. Sin embargo, en el metaanálisis de Webster (2001), recogió los datos de 38 estudios representado por 68,703 adolescentes entre los años 1969 y 2000, donde encontró una diferencia media mínima, pero estadísticamente significativa en el nivel de autoestima que presentan los adolescentes, con actividad sexual de riesgo alto, y los adolescentes con actividad sexual de riesgo bajo.⁵⁸⁻⁷⁰ Esto es consistente con lo que sugieren los teóricos como Ouston (1985) que proponen a la autoestima como un factor de

protección. Por lo tanto, la intervención sobre ésta, es un mecanismo válido y aceptado para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes e influir de alguna manera en la tasa de embarazos en adolescentes.⁷¹

El factor protector de autoeficacia se encontró en un nivel alto (4.11), lo que nos habla de que estos adolescentes se sienten completamente seguros de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad. En el estudio de Schwarzer (2000), los adolescentes estudiados con alta eficacia se creen capaces de involucrarse en un cambio, y específicamente esto facilitará motivar a las personas a que se involucren en una conducta particular, como por ejemplo: motivar para cambiar la conducta fumadora o prevenirla al resistir la presión de los pares para su inicio, el uso del condón como conducta preventiva contra la infección del VIH, el auto-examen de mamas para la detección precoz del cáncer de mama.⁷²⁻⁷³

En relación a las prácticas de autocuidado que llevan a cabo los adolescentes, se encontró que el 48.7% posee, la cartilla del adolescente mientras que a nivel nacional en la ENSANUT 2012, la tercera parte (32.8%) de los adolescentes mostró algún tipo de cartilla. En Baja California 28,9% mostró el documento³⁹. Lo cual refleja que la población de análisis muestra cifras más elevadas en relación a las nacionales. Como documento que contiene además de un rubro para las citas a la unidad de salud, las vacunas que se deberán aplicar y la promoción y prevención de enfermedades, así como la detección de enfermedades en esta etapa de la vida, contar con la cartilla puede ser una acción de autocuidado.

En cuanto a la autoexploración de genitales para el conocimiento del cuerpo, establecer hábitos y actividades para detectar enfermedades a temprana edad como el cáncer testicular y el cáncer de mama, se observó una tendencia adecuada ya que 195 (71.4%) adolescentes del estudio la realizan de manera regular. Debido a que los tumores testiculares representan aproximadamente el 1% de las neoplasias masculinas, según Mantilla (1998), siendo más frecuente entre los 15 y 35 años.⁷³ Por lo que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud,

el diagnóstico precoz del cáncer testicular mediante autoexamen testicular (AET) es promovido en todos los países con campañas de educación para la salud y a través de formación de los profesionales de atención primaria.⁷⁴

En referencia al cáncer de mama, múltiples estudios sobre la autoexploración de la glándula mamaria y su efecto en la mortalidad, no han mostrado evidencia suficiente de su beneficio; en México es imperativo continuar con estas acciones como una medida de educación desde la adolescencia. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama, dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubren alguna anormalidad.⁶³ En la población de estudio el 71.4% refirió realizar la autoexploración de sus mamas debido probablemente al impacto que han tenido los programas de educación para la salud.

Los adolescentes del estudio que han iniciado su vida sexual, alcanzaron el 42.5%, estas cifras son mayores en proporción a las reportadas en la ENSANUT 2012 a nivel nacional (23%) y a nivel estado (23.6%) respectivamente, de los adolescentes de 12 a 19 años³⁹. Lo mismo ocurre comparando por sexos, ya que para los hombres de la República Mexicana las cifras alcanzaron el 25.5%, similares a los de la entidad 26.7%.³⁹ Mientras que los varones del estudio presentaron una proporción mayor (48%). En relación con la mujeres, de donde estas obtuvieron cifras de 20.5%, las adolescentes de la entidad 20.2%³⁹ y las adolescentes del estudio 37%. El inicio de la vida sexual representa un evento trascendental para los individuos debido a las implicaciones para su futuro y el asumir roles de comportamiento que puede influir en la salud reproductiva.⁷⁵

La mitad (50%) de los adolescentes del área urbana y 43.9% de la zona rural, declararon haber utilizado el condón en su debut sexual. Del total de adolescentes sexualmente activos 43.1% de los hombres y 31.8% de las mujeres utilizaron condón en la última relación sexual, a nivel nacional, el uso del condón reportado en la última relación sexual por adolescentes aumentó de 31.8%, según

la ENSANUT (2006), a 47.8% en la ENSANUT (2012)³⁹. En el estudio de Allen B y et.al (2012), acerca del inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas por región geográfica, menciona que el uso del condón aumentó de 31 a 47% entre las adolescentes que residen en el norte del país.⁷⁶ Estos resultados muestran datos similares a los encontrados en la población de estudio.

Entre las prácticas de anticoncepción en la última relación sexual, utilizadas por los adolescentes se encontró que 87.7% usó un método anticonceptivo, datos muy diferentes a los reportados por la ENSANUT (2012), donde el 63.3% de la población de 15 a 19 años reportó haber usado algún anticonceptivo en su última relación sexual.⁷⁶

Entre las adolescentes, según la ENSANUT (2012), el método que más reportan haber usado en la última relación sexual es el condón (47.8%),³⁹ similar a la población de estudio donde el método más utilizado fue el condón (78%) que si bien protege de las Infecciones de Transmisión sexual, no es de los más efectivos para prevenir el embarazo.

Con respecto al análisis por zona de residencia no se encontraron diferencias significativas entre un área y otra. Sin embargo en los datos reportados por la ENSANUT 2012, existen diez puntos porcentuales entre la proporción de adolescentes que residen en localidades rurales, quienes reportan haber usado algún anticonceptivo en la última relación sexual (53.1%) y las que residen en áreas urbanas (63.9%).³⁹

En referencia al embarazo de adolescentes para la población de estudio, el porcentaje de las mujeres que han estado embarazadas, o de hombres que alguna vez ha dejado embarazada a su pareja es más alta (1.5%) en la zona rural de Mexicali. Sin embargo los datos de la ENSANUT (2012) en Baja California³⁹, mostraron que el 44.3% de las mujeres de 12 a 19 años, alguna vez han estado embarazadas, mientras que los datos nacionales (ENSANUT 2012), para el mismo grupo de edad muestran que la mitad 51.9% alguna vez ha estado embarazada.³⁹

Resultado del análisis comparativo se puede inferir que si bien los adolescentes muestran cifras más reducidas de embarazos, también es pertinente mostrar la inclusión solo de estudiantes por lo que resultaría necesario considerar a las jóvenes que no están en el sistema educativo, de acuerdo con Stern y Menkes, (2008). Las diferencias según niveles de escolaridad continúan siendo relevantes ya que 156 estudiantes que no cuentan con escolaridad o con primaria incompleta, tuvieron un embarazo y 28 cursaron algún año de preparatoria⁷⁷.

En relación al consumo de alcohol o drogas antes de la relación sexual el 83.6% de los adolescentes que ya iniciaron su vida sexual declararon no realizar esta práctica, mientras que el 16.4% contestó practicarla. De estos jóvenes el 18.5% corresponden a la preparatoria urbana y el 13% al área rural (Gráfica 15). Diversos estudios como el de Becoña et al⁷⁸, Calafat y cols,⁷⁹⁻⁸⁰ Castilla et al.⁸¹ Bellis y cols,⁸²⁻⁸³ Coleman y Cater,⁸⁴ Donovan, McEwan,⁸⁵ y Rodríguez y otros,⁸⁶ citados por Castaño, G. y cols,⁸⁷ reportaron una baja utilización de protección anticonceptiva durante las relaciones sexuales y la combinación de alcohol y drogas lo que ha originado como consecuencia el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH /SIDA prácticas y embarazos no deseados en adolescentes.

CONCLUSIONES

Respecto a hipótesis:

Los adolescentes con niveles altos de autoestima y autoeficacia realizan más prácticas de autocuidado en salud reproductiva.

Se realizó una prueba de hipótesis con r de Pearson en relación a las prácticas de autocuidado llevadas a cabo por los jóvenes de ambas preparatorias y, los factores protectores (autoestima y autoeficacia), al respecto se detectó una fuerza positiva débil entre las dos variables, de donde se infiere que esta mínima relación solo explicaría que al menos del 15 al 19% de los casos en que los adolescentes que tienen más prácticas de autocuidado es dado a que tienen mayores niveles de factores protectores de autoestima o autoeficacia en salud reproductiva.

La descripción sociodemográfica de los adolescentes de las dos preparatorias públicas del municipio de Mexicali, incluidos en el estudio, son similares; aún viven con sus padres, y la relación de género corresponde a la población general del país.

Los adolescentes inician en promedio su vida sexual a los 15 años de edad, en proporción más grande los del área urbana, y por sexo los varones manifestaron porcentajes más elevados en relación con las mujeres. Este inicio precoz genera riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y mayor riesgo de contraer VIH/SIDA.

La población de estudio de manera general realiza pocas prácticas de autocuidado, esta situación coloca a los adolescentes en mayor vulnerabilidad de riesgo para utilizar estilos de vida saludables en pro de su salud reproductiva.

Por sexo, las diferencias son mínimas las mujeres tienen ligeramente mayor nivel de prácticas de autocuidado en salud reproductiva que los varones. Sin

embargo, los programas de prevención de riesgos por enfermedades de transmisión sexual y embarazo deben ser de igual impacto en ambos géneros.

Al analizar los resultados de acuerdo con los indicadores estudiados a la población objeto, se puede determinar, que son los adolescentes con vida sexual activa quienes tienen mayor nivel de prácticas de autocuidado, aún cuando se encuentren en nivel de regular. Es por ello que se deben generar programas de más influencia y constancia en centros educativos y hacer más accesible el trabajo de unidades de salud con la población adolescente y joven para disminuir estos riesgos.

Los adolescentes que no han iniciado su vida sexual tienen poco nivel de prácticas de autocuidado

Con respecto al análisis por zona de residencia, no se encontraron diferencias significativas entre un área y otra.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en el estudio sugieren la necesidad de realizar estudios de mayor profundidad interdisciplinarios, donde se incluya a los adolescentes sin escolaridad y de diferentes sectores socioeconómicos para correlacionar variables psicológicas y sociales, de sus contextos socioculturales que influyen la capacidad de realizar prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables.

Sustentar los programas de salud para adolescentes en investigaciones teóricas explicativas de los significados del comportamiento sexual, el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de la implementación de estrategias innovadoras, considerando la interculturalidad de los jóvenes para que sean capaces de construir sus proyectos de vida y carrera satisfactoriamente.

Analizar la calidad y eficacia de los programas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Evaluar los programas de educación existentes sobre los temas de educación sexual en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas.

Actualizar y fortalecer las estrategias de formación docente y de proveedores de salud que están en contacto con adolescentes.

La educación en salud sexual y reproductiva requiere orientarse en implementar sensibilización, información y orientación consejería dirigida a los adolescentes de manera específica entre los adolescentes que ya iniciaron su actividad sexual por tener más probabilidades de tener embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Desarrollar investigaciones sobre la salud integral de los adolescentes y su relación con factores de riesgo y protección.

Utilizar los resultados de investigaciones para garantizar servicios de salud integrales que atiendan de manera preventiva a los adolescentes para disminuir embarazos no planeados y la morbi mortalidad materna y perinatal.

Programar el trabajo multidisciplinario para elevar el nivel de los factores protectores autoeficacia y autoestima que favorezca la expresión de opiniones y emociones de los adolescentes para favorecer el desarrollo personal.

Evaluar los niveles y el tipo de las prácticas de autocuidado, autoestima y la autoeficacia en los adolescentes constituye una fuente relevante de información. En primer lugar, para identificar a nivel local la situación de los adolescentes frente a dichas variables, su manifestación y las consecuencias que sobre la salud sexual, y reproductiva implican dichos comportamientos.

Identificar la necesidad de realizar intervenciones de información y educación, conocimientos y habilidades que les permitan a los jóvenes desarrollar la autoestima y la autoeficacia para enfrentar conductas relacionadas con el autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

Crear intervenciones de manera integral en donde se adquieran información y conocimientos que permitan desarrollar y fomentar factores protectores como autoeficacia y autoestima entre otros, complementados con educación sexual para incidir en la disminución, de riesgos como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos JL, Villa JP, García MA, León GL, Quezada S, Tapia R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública Méx 2003; 45 suppl 1:S140-S152.
2. Cates Jr, W Rauh JL. Adolescents and sexually transmitted diseases: An expanding problem. Introduction. J Adolesc Health Care 1985; vol 6 no 4, p. 257-261.
3. Bunnell RE, Dahlberg L, Rolfs R, Ransom R., Gershman K, Farshy C et al. High prevalence and incidence of sexually transmitted diseases in urban adolescent females despite moderate risk behaviors. J Infect Dis 1999; 180(5):1624-1631.
4. Unicef, et al. El Estado Mundial de la Infancia 2011 Resumen Ejecutivo “La adolescencia: una época de oportunidades”. Disponible en <http://www.Unicef.org/spanish/sowc>. Consultado 10 nov. 2011.
5. Instituto Nacional de Estadística Geografía, e Informática, **INEGI** Org. Mx [base de datos en internet] Censo de Población y Vivienda, 2010. Disponible en www.inegi.org.mx. Consultado nov 2011.
6. Onrubia J. El papel de la escuela en el desarrollo del adolescente. En: Fierro A, Martí E, Onrubia J, García-Milá M, eds. Psicología del Desarrollo: el Mundo del Adolescente. Barcelona: Horsori; 2005. pp. 161-178.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1998. [Links]
8. Marriner Tomey, A. Railed Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid: 2000. P 65.
9. Orem D.E. Nursing: Concepts of practice, 2da. NY: Mc Graw Hill; 1988.
10. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5.^a ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

11. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Publicado junio 2009. volumen 87:405-484. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> [Consultado el 4 de abril de 2014].
12. Vignoli J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción". Marzo 2007. Disponible en: http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf. Consultado el 4 de mayo de 2014.
13. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: SSA, 2008
14. Secretaría de Gobernación/Secretaría de Educación Pública. Adopción de estilos de vida saludable y formación de las familias. En: Diagnóstico mundial de la juventud. México: CONAPO; 2010. p. 59-107. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/pnp/ PNP2008-2012.pdf>.
15. UNFPA. State of world population 2003. Making one billion count: investing in adolescents health and rights. New York: UNFPA; 2003.
16. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados por Entidad Federativa 2012 Baja California, Instituto Nacional de Salud Pública Primera edición electrónica 2013. Coordinadores: Gutiérrez JP, Rivera DJ, Shamah LT, Oropeza AC, Hernández AM p35-39.
17. Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos, CEPAL en notas de población n°85; 2007 disponible en [http:// lac unfpa.org/org documents](http://lac.unfpa.org/org/documents) p 75.
18. Piña López JA, Robles Montijo S, Rivera Icedo BM. Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22 (5):295–303
19. Webster-Stratton C. & Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children. Prev Sci.2001; 2:165-192

20. Hurlock, E. Psicología de la adolescencia. Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación [Artículo de Internet], 1999 [Consulta: sep de 2010]; 7(3). Pp 1-27. Disponible en: www.latindex.unam.mx/.
21. Noboa Ortega P. Serrano García I. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la Prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. En revistas Latinoamericanas de sicología. Vol. 38. N°1. Puerto Rico. 2006. Pág. 22-26.
22. Consejo Nacional de Población (CONAPO) estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Disponible en <http://www.mx/publicaciones/juventud/capitulos/06.pdf> Consultado sep. 2010.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Censo de Población y Vivienda 2010 Disponible en www.inegi.org.mx consultado sep. 2010.
24. Mendoza Victorino D, Hernández López MF, Valencia Rodríguez JA. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. La situación demográfica de México 2011. México: Consejo Nacional de Población, 2011:41-63.
25. Cuenca LC, Atienzo EE, López L S, Prado, B. H., & Hernández, A. VSalud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México, 149, 299-307. (2013).
26. Collado, M. E., Alva, R., Villa, L., López, E., González de León, D., & Schiavon, R. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. Género y Salud en Cifras, 6(2), 17-30. (2008)
27. Uribe JI, Amador G. Zacarías, X., & Villarreal, L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10(1). . (2012).
28. Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de las Naciones Unidas, Informe sobre el estado Mundial de la Infancia 2010 "La Adolescencia una época de oportunidad Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc>. Consultado Sep 2010
29. Santrock, J. "Psicología del desarrollo: el ciclo vital". Madrid. McGraw Hill. (2006).

30. García VE, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M, Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87 (2012).
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Censo de Población y Vivienda 2010 Disponible en www.inegi.org.mx consultado sep. 2010.
32. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Reproductiva. 113^a Reunión. Ginebra: OMS; 2003.
33. Della M, Landoni A. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes Embarazadas. *Rev Hosp Mat Inf Ramon Sarda*; 22(1):3-10. 2003
34. Ipaguirre M. Riesgos sexuales y reproductivos en adolescentes de centros educativos de zona urbana y semiurbana, Huancayo, abril 2006-marzo 2007. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2008; 2(2).
35. Consejo Nacional de Población (CONAPO) estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Disponible en <http://www.mx/publicaciones/juventud/capitulos/06.pdf> Consultado sep. 2010
36. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: *La situación demográfica en México 2010*. México: CONAPO; 2010. p. 25-36
37. Allen Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S235-S240
38. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>.
39. Instituto Nacional de Salud Pública INSP Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Baja California. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx

40. INEGI, CONAPO. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009, Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados, 2011. México: INEGI/CONAPO, 2011
41. M. Chávez, J. Álvarez Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 1: 89-98, enero-junio de 2012
42. Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas FJ, Lazcano-Ponce EC, Conde- González CJ. Human papillomavirus incidence and risk factors among Mexican female college students. *Sex Transm Dis*. 2011;38:275-8.
43. Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas F, Conde-González CJ. La infección por virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública Mex*. 2002;44:442-7.
44. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección General de Epidemiología, SSA; 2011.
45. Moscicki AB. Human papillomavirus infection in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 783-807
46. Anderson B, Shyyan R, Eniu AE, Smith R, Yip C, Bese NS, Chow L, Masood S, Ramsey S, Carlson R.. El cáncer de mama en los países con Recursos limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama. *The Breast Journal* 2007; 13 suppl 1:S62-82.
47. Iniciativa Mundial de Salud de Mama (Breast Health Global Initiative / BHGI) Consultado el 22 nov 2010, Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bhgiabout>.
48. Gutiérrez, A. M; Olaya, J. G. and Medina, R. Frecuencia de cáncer de seno mediante detección temprana en el hospital universitario de Neiva entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2007. *rev. colomb. cir.* [online]. 2009, vol.24, n.1, pp. 31-38. ISSN 2011-7582.
49. Klatte T, de Martino M, Arensmeier K, et al. Management and outcome of bilateral testicular germ cell tumors: a 25-year single center experience. *Int J Urol* 2008;15:821-6.

50. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2007. Available on the ACS Web site at: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>. consultado Octubre, 2008
51. Dirección General de Epidemiología. Registro Histopatológico de Neoplasias. México: Secretaría de Salud; 2001.pp.25-26, 49-50
52. Marriner T. Ann, Railealligood M. (2007) Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier, España: 6ª edición. Versión en español de la obra original en inglés Nursing Theorists and their work. Mosby, Inc; an Elsevier Imprint, S.A Infanta Mercedes, 90 - 7a pl. 28020 Madrid España.
53. Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la Promoción de la Salud [En línea] Consultado el 15 mayo 2012. Disponible en: http://promocion.salud.ualdas.edu.co/downloads/Revista_208_5.pdf
54. Sánchez Rueda G. Orem D.E. Aproximación a su teoría. Rev. Rol Enf. 1999. vol. 22, no 4, p. 309-314
55. Munist M, Santos H. Suárez O E N, Kotliarenco M.A, Grotberg E. "Guía de promoción de la resiliencia en los niños y los adolescentes Publicación Científica No. 552. OPS/OMS. Washington, D.C., EE.UU 1998: 40 -47
56. Martínez JW; Duque A; Mora J; Mora V. Alternativas para la reducción del comportamiento agresivo de los niños escolarizados. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; COLCIENCIAS; 2006.
57. Linda L. Dahlberg, PhD, Susan B. Behrens, MD. Measuring Violence-related Attitudes, Beliefs. And Behaviors Among Youths Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, 1998
58. Webster-Stratton C. & Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children. Prev Sci. 2001; 2:165-192.
59. Uribe, A. F., Valderrama, L., Sanabria, A. M., Orcasita, L., & Vergara, T. (2010). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento Psicológico, 2010, vol. 5, no 12.

60. Bandura, A. Autorregulación de la motivación y acción a través de la motivación como Sistema. Periódico de la personalidad y psicología social 1999, 54 pág. 5-12
61. Castro, A., Bermúdez, M.P., Buéla-Casal, G. y Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median el debut sexual de adolescentes en España. Revista Latinoamericana de Psicología, 43 (1), 83-94
62. Diario Oficial de la federación (base de datos en internet) Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, promoción de la salud escolar. Secretaría de Salud. 2013 acceso enero 2014 Disponible en <http://www.dof.gob.mx>
63. Diario Oficial de la federación (base de datos en internet) NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Secretaría de Salud 2011 disponible en línea en: www.salud.gob.mx acceso dic 2013
64. Diario Oficial de la federación (base de datos en internet) NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino Secretaría de Salud 2007 disponible en línea en: www.salud.gob.mx
65. Diario Oficial de la federación (base de datos en internet) NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, Secretaría de Salud 2004 disponible en línea en: www.salud.gob.mx
66. Diario Oficial de la federación (base de datos en internet) NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, Secretaría de Salud 2003 disponible en línea en: www.salud.gob.mx
67. Diario Oficial de la federación (base de datos en internet) NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, Secretaría de Salud 2010 disponible en línea en: www.salud.gob.mx
68. Diagnóstico oportuno del cáncer de testículo en el Diagnóstico oportuno del cáncer de testículo en el primer y segundo nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

69. Secretaría de Salud Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México 1987 disponible en línea en: www.salud.gob.mx
70. Erum Nadeem. Latino families adapting to adolescent pregnancy: The role of the mother-daughter relationship. University of California. 2005
71. Ouston J, Maugan B, Mortimore P. Influencias Escolares. Fundamentos científicos de Psiquiatría del Desarrollo. Editorial Salvat, 1985 Barcelona. 73-75
72. Steffen A, McKibbin C, Zeiss A, Gallagher-Thompson D, Bandura A. The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability y validity studies. The Journals of Gerontology 2002; 57 (1): 74-86
73. Mantilla T., Alda de la Fuente V. Tumores testiculares en Atención Primaria. A propósito de dos casos. Semergen 24 (1): 28-30.
74. World Health Organisation internet World Health Organisation. Disponible en: <http://www.who.org>>. [Acceso 15 octubre 2013]
75. Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano Treviño LR, Reysoo F. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 2003;45 suppl. 1:S34- S43
76. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2:S235-S240
77. Menkes, C., & Serrano, O. (2010). Condicionantes Sociodemográficos del embarazo adolescente en México. Working paper, X Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México.
78. Becoña E, Juan M, Calafat A, Ros M. Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y de la embriaguez. Adicciones. 2008;20:357-64.
79. Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A. Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en los contextos recreativos. Adicciones. 2008;20:37-48.

80. Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A, Ramón A. Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*. 2009;21:227-33
81. Castilla J, Barrio G, Belza MJ, de la Fuente L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: Results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999;56:47-53.
82. Bellis MA, Hale G, Bennet LA, Chaves M, Kilfoyle M. Ibiza uncovered: Changes in substance use and sexual behaviour among young people visiting an international night-life resort. *International Journal of Drug Policy*. 2000;11:235-44.
83. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramón A, Rodríguez JA, Phillips-Howard P. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*. 2008;8:1-11.
84. Coleman L, Cater S. Underage «risky» drinking: motivations and outcomes. York: Joseph Rowntree Foundation; 2005. p. 34-42.
85. Donovan C, McEwan R. A review of the literature examining the relationship between alcohol use and HIV-related sexual risk-taking in young people. *Addiction*. 1995;90:319-28.
86. Rodríguez A, Hernán M, Cabrera A, García JM, Romo N ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*. 2007;19:153-67
87. Castaño Pérez, G., Arango Tobón, E., Morales Mesa, S., Rodríguez Bustamante, A., & Montoya Montoya, C. (2013). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana de Pediatría*, 85(1), 36-50.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: “Prácticas de autocuidado en salud reproductiva y factores protectores en adolescentes del municipio de Mexicali”

Investigador Principal: Lic. Enf. Bertha Cisneros Ruiz, estudiante de Maestría en Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería UABC

Nombre del encuestado(a): _____

No. Folio de la Encuesta: _____

Prólogo: Estamos interesados en conocer las “Prácticas de autocuidado en salud reproductiva y su relación con los factores protectores en adolescentes de 15 a 19 años de edad”, planteles: Guadalupe Victoria y Miguel Hidalgo pertenecientes al sistema COBACH del municipio de Mexicali, por lo que te estamos invitando a participar en este estudio; si tú aceptas, te solicitamos respuestas a las preguntas del cuestionario en el horario disponible dentro de tus actividades escolares. Antes de decidir si quieres o no participar, necesitas saber el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debes de hacer después de dar tu consentimiento para que participes. Este procedimiento se llama consentimiento informado, este instructivo te explicará el estudio, si tú decides participar, te pediremos que firmes esta forma de asentimiento. Una copia de él te será entregada.

Propósito del Estudio: Investigar cómo influyen las prácticas de autocuidado en salud reproductiva y su relación con los factores protectores en adolescentes de 15 a 19 años de edad, de los Planteles Guadalupe Victoria y Miguel Hidalgo, pertenecientes al sistema COBACH del municipio de Mexicali, en donde se proporcionará información que permitirá orientar al personal de salud sobre la problemática que afecta a este grupo de edad, para así implementar programas de prevención y atención a los adolescentes y, de esta manera, mejorar su salud.

La información que tú compartas será usada, en primer lugar, como parte de un programa que ayudará otros adolescentes para prevenir enfermedades como las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH SIDA y algunos cánceres. Por tal motivo, la información que nos proporciones será de gran utilidad. Por favor, lee esta forma y haz todas las preguntas que tengas antes de firmar este consentimiento, para que seas parte del grupo de estudio.

Descripción del Estudio/ Procedimiento

- Si tú aceptas participar en el estudio, te pediremos que firmes esta forma de asentimiento informado.
- Se te aplicará un cuestionario.
- El cuestionario será aplicado dentro de la escuela y se te protegerá cuidando en todo momento tu privacidad, no identificándolo por tu nombre ni dirección.
- La aplicación del cuestionario se llevará a cabo en un área específica de la escuela, por lo que se te asignará un horario y una fecha que no interfieran con tus actividades principales de clase.
- Además, se te informa que esto no tendrá ninguna repercusión en las calificaciones y trato de los maestros contigo.
- Las preguntas que se te realizarán serán acerca de: cuestiones personales, familiares, actividades diarias así como de las prácticas de autocuidado en salud reproductiva.
- Tendrás la libertad de retirar tu consentimiento en cualquier momento y, en caso de que tú desees dejar de participar, no tendrás ningún perjuicio en tus actividades escolares.

Riesgos e inquietudes:

- No existen riesgos serios relacionados con tu participación en el estudio. Si te sientes indispuesto o no desees seguir hablando de estos temas puedes retirarte en el momento que lo decidas.

Beneficios esperados:

- En este estudio no existe un beneficio personal para que participes; sin embargo, en un futuro, con los resultados de este estudio se implementarán programas de prevención para el beneficio de los adolescentes.

Alternativas:

La única alternativa para este estudio implica que no participes en el estudio.

Costos:

- No hay ningún costo para que participes en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán que tú participaste en el estudio tú y los responsables del estudio. Ninguna información sobre ti será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Recuerda que el cuestionario que contestes es anónimo y la información es confidencial.

Derecho de retractar:

Tu participación en este estudio es voluntaria, la decisión de que participes o no, no afectará tu relación actual con ninguna institución de salud o educativa. Si decides participar, estás en libertad de retractarte en cualquier momento sin afectar en nada tus derechos.

Preguntas:

Si tienes alguna pregunta sobre tus derechos como participante de este estudio, por favor comunícate con la responsable de la investigación y al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, en particular con la Mtra. Gisela Ponce y Ponce

de León; la puedes localizar en la Coordinación de Investigación y Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UABC, al teléfono (686) 552 81 97, y en la dirección Av. Álvaro Obregón y Calle "G" s/n, Col Nueva.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente, acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mí. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

_____	_____ Firma y
Firma del Participante	nombre del Primer Testigo
	Parentesco: _____
	Dirección: _____

	_____ Firma y nombre del Segundo Testigo
Autor(es) de la investigación	Parentesco: _____

	Dirección: _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

ENCUESTA: "PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD REPRODUCTIVA Y FACTORES PROTECTORES EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE MEXICALI"

INSTRUCCIONES: esta es una encuesta sobre: factores protectores conductas, riesgos y actitudes relacionadas con la salud reproductiva de los jóvenes. Incluye preguntas sobre las prácticas de autocuidado que realizas para mantener tu salud reproductiva. Por favor, contesta todas las preguntas, sin importar si has hecho o no algunas de estas actividades. Tendrás la oportunidad de responder que no lo has hecho. *Marca con una X solamente una respuesta*, a menos que te indiquen *"Marca todas las que apliquen"*. Tus respuestas ayudarán a encontrar mejores maneras de ayudar a los jóvenes a gozar de buena salud.

Los datos que nos proporcionas son anónimos y se usarán sólo para fines estadísticos.

Por favor, no escribas tu nombre en la hoja.

Las siguientes preguntas piden información sobre ti. Esto es muy importante.

I) Datos sociodemográficos

1. Edad____

2. Femenino____ 3. Masculino____ 4. Semestre____ 5. Soltero(a) ____ 6. Casado(a) ____
7. Unión Libre____.

8. ¿Cuál es tu filiación a una institución de salud: IMSS____ ISSSTE____
ISSSTECALI____ Secretaría de Salud____ Seguro Popular____ Privado____
Otro____

II) Prácticas de autocuidado en salud reproductiva

9. ¿Conoces la Cartilla del adolescente? Sí____ No____

10. ¿Cuentas con cartilla del adolescente? Sí____ No____

11. ¿Te han enseñado alguna vez sobre las infecciones de transmisión sexual, el SIDA o la infección por VIH en la escuela u otra parte? No____ Si____ No Sé____.

12. Durante los últimos 12 meses

A. Tuviste pláticas sobre sexualidad	No	Si	No estoy seguro

13. Durante los últimos 12 meses ¿Algún médico o enfermera te examinó, aún cuando no estuviste enferma(o) o lastimada (o)? Si___ No___.

14. Durante los últimos 12 meses ¿viste a un médico o enfermera para que te examinara los genitales externos o internos? Si___ No___.

15. ¿Con qué frecuencia te revisas (autoexploras) los genitales externos (senos/testículos)?

Diario	1 vez a la semana	1 vez al mes	Cada seis meses	Nunca

16. Aproximadamente... ¿qué porcentaje de los jóvenes en tu clase piensas que han tenido relaciones sexuales?

Ninguno	Algunos	La mitad	Muchos	Todos

17. Por favor, indica si estás de acuerdo o no con las siguientes oraciones

Pregunta	Estoy muy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy muy en desacuerdo
A. Para los jóvenes de tu edad no tener relaciones sexuales es la mejor opción				
B. Para algunos adolescentes menores de 18 años tener un bebé es una buena decisión				

18. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? Si___ No___.

Si acabas de contestar "No" a la pregunta anterior, pasa a la pregunta 28.

Si contestaste "Sí", por favor continúa.

19. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez? ____

20. ¿Qué relación tenías con la persona con quién tuviste la primera relación sexual

Conocido(a)	Novia(o)	Amiga(o)	Personas desconocidas	Sexoservidor(a)	Esposo(a)	Compañero(a) de trabajo o estudios

21. En toda tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

22. Durante los últimos tres meses, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

He tenido relaciones pero no en los últimos tres meses	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 ó más personas

23. ¿Bebiste alcohol o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales la última vez? No____ Si____.

24. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tú o tú pareja un preservativo? No____ Si____.

25. ¿Quién decidió utilizar el condón en la primera relación sexual? Tú____ Tú pareja__ ambos____

26. La última vez que tuviste relaciones sexuales ¿qué método anticonceptivo usaste tú o tú pareja para prevenir el embarazo? (Selecciona sólo una respuesta)

A. No usamos ningún método para prevenir el embarazo	
B. Pastillas anticonceptivas	
C. Condones- preservativos	
D. Retirar el miembro masculino- terminar afuera	
E. Algún otro método	
F. Anticoncepción de emergencia	
G. No sé	

27. ¿Cuántas veces has estado embarazada o has dejado a alguien embarazada?

Nunca	1 vez	2 ó más veces	No sé

28. ¿Alguna vez en la vida te han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual? Si___ No___

29. ¿Te han forzado alguna vez a tener relaciones sexuales cuando tú no querías hacerlo? No___ Si___.

III) Factores protectores de autoestima

30. ¿Qué tan difícil sería para ti evitar o decirle “NO” a alguien que te ofrece.....

	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy Fácil
A. Cigarros				
B. Alcohol				
C. Tener sexo				

31. En los últimos 6 meses, ¿has hablado con tus padres o con otro adulto de tu familia sobre?:

Aspectos	Si	No
A. ¿Lo que ellos piensan de los adolescentes que tienen relaciones sexuales?		
B. ¿Tus dudas acerca de la sexualidad?		
C. ¿Las razones por las que no deberías tener relaciones sexuales a tu edad?		
D. ¿Cómo cambiaría tu vida si fueras padre o madre a tu edad?		
F. ¿Los anticonceptivos?		
G. ¿El SIDA y otras infecciones de transmisión sexual?		

Necesitamos saber sobre tus amigos para ello responde a estas frases....

32. Durante los últimos 12 meses ¿dejaste de realizar actividades casi todos los días, durante dos semanas o más por sentirte muy triste y desesperado? No___ Si___

33. ¿Cómo describirías la mayoría de las calificaciones que sacaste en la escuela el año pasado?

Excelentes	Muy Buenas	Buenas	Regulares	Bajas

34. Tengo un amigo o amiga de mi edad...

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Que realmente se preocupa por mí				
B. Que habla conmigo sobre mis problemas				
C. Que me ayuda cuando tengo momentos difíciles				

IV) Factores protectores de autoeficacia

35. Mi amigos...

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Se meten en muchos problemas				
B. Tratan de hacer lo correcto				
C. Les va bien en la escuela				

Ahora, completa estas frases sobre lo que piensas o cómo te sientes en tu escuela.

36. Yo en mi escuela....

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Me siento cerca de las personas				
B. Estoy contento/a de estar en ella				
C. Me siento parte de ella				
D. Los docentes tratan a los estudiantes en forma justa				
E. Me siento seguro en ella				

37. Siento que en mi escuela, hay un docente o algún otro adulto...

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Que realmente se preocupa por mí				
B. Que me hace saber cuando hago un buen trabajo				
C. Que se da cuenta cuando no estoy presente				
D. Que siempre quiere que ponga mi mayor esfuerzo en lo que hago				
E. Que me escucha cuando tengo algo que decir				
F. Que cree que tendré éxito en la vida				

38. Yo en la escuela...

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Hago actividades interesantes, creativas				
B. Ayudo a decidir cosas (como actividades o normas de la clase)				
C. Hago cosas que tienen importancia				

¿Qué puedes decir sobre tu casa o los adultos que viven contigo?

39. En mi casa, tengo a mi padre - mi madre o algún otro adulto.....

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Que espera que yo respete las reglas o normas				
B. Que se interesa en mis actividades				
C. Que cree que tendré éxito en la vida				
D. Que habla conmigo sobre mis problemas				
E. Que siempre quiere que ponga mi mayor esfuerzo en lo que hago				
F. Que me escucha cuando tengo algo que decir				

40. Yo en mi casa....

	Nunca	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
A. Hago cosas divertidas o voy a lugares divertidos con mis padres o adultos				
B. Hago cosas que son importantes para los otros				
C. Ayudo a tomar decisiones				

41. ¿Qué tan ciertas son estas oraciones sobre ti mismo?

	Nada cierto	Un poco cierto	Bastante cierto	Muy cierto
A. Tengo metas y planes para el futuro				
B. Tengo planeado terminar la preparatoria				
C. Tengo planeado comenzar la universidad				
D. Sé a dónde ir si necesito ayuda por un problema				
E. Trato de solucionar los problemas hablando o escribiendo sobre ellos				
F. Puedo solucionar solo mis problemas				
G. Puedo hacer casi todo si lo intento				
H. Puedo trabajar con alguien que tiene opiniones distintas a las mías				
I. Son muchas las cosas que puedo hacer bien				
J. Me siento mal cuando se lastiman los sentimientos de alguien				
K. Trato de entender las situaciones por las que pasan otras personas (me pongo en su lugar) EMPATIA				
L. Cuando necesito ayuda, encuentro a alguien con quien hablar				
M. Me gusta trabajar junto a otros estudiantes de mi edad				
N. Puedo defenderme sin insultar a otros				
O. Trato de entender cómo se sienten y lo que piensan otras personas EMPATIA				
Q. Existe un proyecto para mi vida				
R. Reconozco mis cambios en los estados de ánimos y mis sentimientos				
S. Entiendo, sé, por qué hago lo que hago				

Gracias por tu colaboración. !!!!!

Anexo 3

Clasificación del Nivel de prácticas de autocuidado

Nivel de prácticas de autocuidado	Rango	Interpretación
Muchas prácticas de autocuidado	4.1. a 5.00	Completamente seguro de aplicar prácticas de autocuidado en salud reproductiva
Regulares prácticas de autocuidado	3.1. a 4.00	Relativamente seguro de aplicar prácticas de autocuidado en salud reproductiva
Pocas prácticas de autocuidado	2.1 a 3.00	Apenas cierto de aplicar prácticas de autocuidado en salud reproductiva
Nulas prácticas de autocuidado	< 2.1	No puede de aplicar prácticas de autocuidado en salud reproductiva

Anexo 4

Clasificación del nivel de factores protectores (autoestima y autoeficacia)

Nivel de factores protectores	Rango	Interpretación
Altos factores protectores	4.1. a 5.00	Completamente seguro de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad
Regulares factores Protectores	3.1. a 4.00	Relativamente seguro de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad
Pocos factores protectores	2.1 a 3.00	Apenas cierto de poder enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad
Nulos factores protectores	< 2.1	No puede enfrentar situaciones de riesgo sobre su sexualidad