



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Monografía para optar al título de Médico y cirujano

Tema de Investigación:

Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero - Marzo 2019.

Autores:

Br. Camila Angélica Espinoza Torrez

Br. Sheyna Yahoska Gaitán Madrigal

Tutor:

Dra. Nubia Fuentes Sarria

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Salud Sexual y Reproductiva

Managua, Nicaragua, Enero 2020

OPINION DEL TUTOR

Por medio de la presente hago constar que siendo tutor he revisado y valorado la monografía de Br. Sheyna Yahoska Gaitán Madrigal y Br. Camila Angélica Espinoza Torrez sobre "Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Amistad Japón, Granada, periodo enero-marzo 2019", el cual cumple con los requisitos académicos para la realización de su defensa.

Considero que este trabajo es de gran relevancia ya que nos da a conocer cuáles son las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres, lo cual ayuda a identificar cuáles son los eslabones de este campo, en que la mujer sufre los mayores problemas y que tarde o temprano llegan a afectar su salud. El estudio adquiere gran importancia ya que permitirá realizar intervenciones educativas que ayuden a promover y mejorar las prácticas de autocuidado sobre salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la mujer todo con la finalidad de prevenir y detectar enfermedades que solo dejan a su paso discapacidad y muerte.



Dra. Nubia Fuentes Sarria
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Salud Sexual y Reproductiva

DEDICATORIA

A Dios, quien fue guía en nuestro camino, que con su amor y su fidelidad nos acompañó durante toda nuestra carrera y nos dio las fuerzas necesarias para llegar hasta el final.

A nuestros padres por su apoyo incondicional en cada una de nuestras etapas, quienes estuvieron a nuestro lado motivándonos a ser mejores cada día, y a enseñarnos que la perseverancia es fundamental para alcanzar nuestras metas.

A nuestros docentes por transmitir sus conocimientos los que contribuyeron al desarrollo de nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios, por permitirnos escalar un peldaño más de nuestra vida profesional, quien nos dio sabiduría y fortaleza para lograr vencer cada obstáculo que se nos presentó durante este largo camino y llegar a culminar nuestra tesis, ya que Él es el pilar fundamental de nuestras vidas.

A nuestros padres Miguel Espinoza y Nubia Torres (Camila), Reynaldo Gaitán y Verónica Madrigal (Sheyna), dignos ejemplos a seguir, quienes, con su amor, esfuerzo y confianza, nos impulsaron a lograr nuestros sueños y guiarnos siempre por el buen camino para llegar a ser buenas profesionales, ya que sin ellos esto no sería posible.

A mis abuelas Cándida Jalina y Amanda Méndez (Sheyna), quienes en vida fueron un gran apoyo en mi formación profesional, brindándome su confianza y siendo mi refugio en tiempos difíciles.

A nuestra tutora Dra. Nubia Fuentes Sarria por su valioso tiempo, paciencia y dedicación para la culminación de nuestro estudio, brindándonos su apoyo incondicional en nuestra tesis.

RESUMEN

Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero - Marzo 2019.

Autores: Espinoza Torrez Camila Angélica; Gaitán Madrigal Sheyna Yahoska

Tutora: Fuentes Nubia, MD

Introducción: El autocuidado es una práctica en salud frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o prevenir enfermedades; siendo una base importante en la pirámide de la atención primaria.

Objetivo: Determinar prácticas de autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres en edad fértil atendidas en consulta externa del hospital Amistad Japón de Granada en el período de enero a marzo del 2019.

Diseño Metodológico: Estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 80 mujeres. Los datos se analizaron en SPSS v22. Se muestran en tablas y gráficos. Para la elaboración del método de recolección se utilizaron estudios internacionales.

Resultados: El grupo de edad de mayor predominio fue de 20-25 años y el de 26-35 años. Menos del 15% de la población tiene enfermedades crónicas. El 100% de las mujeres se ha realizado la prueba de VIH, el test del PAP y métodos anticonceptivos.

Conclusiones: El factor cultural es el determinante más importante para el autocuidado de las mujeres. No existen limitaciones por parte de creencias religiosas. Menos del 10% tienen ITS.

Palabras Claves: autocuidado, ITS, factor cultural.

Contenido

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación	5
Planteamiento del Problema	6
Objetivos.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	8
El autocuidado en la salud	8
Factores internos y externos asociados al autocuidado.....	10
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	21
Prevención del cáncer de cérvix y de mama	27
Prevención y detección temprana del cáncer de mama	29
Diseño Metodológico.....	31
Técnica de recolección de la información:	32
Sesgos y su control.....	36
Consideraciones éticas:	37
Operacionalización de variables.....	38
Resultados	47
Análisis y discusión de los Resultados.....	53
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	58
Referencia Bibliográfica	59
ANEXOS.....	64

Introducción

El autocuidado es una práctica en salud frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o prevenir enfermedades; siendo una base importante en la pirámide de la atención primaria. Para las Unidades de Salud es una estrategia de gran valor que beneficia a la mujer en edad reproductiva dado que estas instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autocuidado. Si bien muchas organizaciones a nivel mundial reconocen y han demostrado la importancia del autocuidado para mejorar el nivel de salud de las personas, en la mujer los esfuerzos dirigidos para promover y practicar este fin son aún insuficientes. (Health Canadá, 2006) (OPS/OMS, 2007), (OMS, 2009)

A nivel Nacional, poco se sabe sobre las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en la mujer que no sean las que se realizan para mejorar la salud materna aunque muchas instituciones relacionadas con la salud pasan por alto que ambas están estrechamente relacionadas, ejemplo de esta relación son las infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que si no se previenen o no son tratadas de forma adecuada antes o durante el embarazo conlleva a graves resultados tanto para la madre como para feto o neonato. (OMS, 2018)

En el Hospital Amistad Japón Nicaragua cada día acuden mujeres con problemas que tiene su raíz en un débil e insuficiente autocuidado en salud sexual y reproductiva tales como complicaciones obstétricas y pélvicas, así mismo mujeres con enfermedades malignas de cérvix o de mamas que pueden ser prevenidas con una adecuada promoción sobre prácticas de autocuidado como es la realización de citología a través de un tamizaje adecuado, la prevención de embarazos no deseados, la detección y manejo oportuno de las infecciones de transmisión sexual, un examen de mamas adecuado todas beneficiosas para mejorar la salud y por tanto la calidad de vida en la mujer.

En base a lo anterior se pretende saber las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres en edad fértil que son atendidas en el hospital amistad Japón Nicaragua, así como los factores que influyen en las decisiones de las mujeres para poner en práctica o no los cuidados para su salud.

Antecedentes

Para evaluar el autocuidado de mujeres en edad fértil en mujeres en el Hospital Amistad Japón Nicaragua durante enero a marzo de 2019, se decide referir la consulta documental de trabajos realizados que guardan relación con los objetivos propuestos en este estudio. No se encontraron estudios en Nicaragua que utilizaran la relación por lo que en función a ello, solo se menciona estudios internacionales:

En Medellín, Colombia Giraldo y Arango (2009), realizaron un estudio exploratorio que duró 3 años, mediante entrevista para llenar un cuestionario con el objetivo de describir la visión y las prácticas de autocuidado para la prevención del cáncer de mamas. En relación a la autoexploración de mamas la mayoría tenían un conocimiento vago sobre el tema ya que no sabían cómo ni con que regularidad se hace el examen, algunas de las mujeres entrevistadas ni saben cómo hacerlo. Al indagar sobre las razones, expresaron que es un asunto que no les preocupa. Por otro lado, su rutina diaria está dedicada al cumplimiento de múltiples roles que las obligan a cuidar más de otras personas que de sí mismas, y a dedicar más tiempo a su trabajo que al cuidado de su salud, otras contestaron que por miedo a que les confirmen el cáncer. Estos sentimientos también llevan a evadir otros exámenes como el de cuello uterino, atrasando la detección oportuna de ambos tipos de cáncer. En relación al conocimiento sobre la importancia del autocuidado de mamas, las mujeres que presentaron mayor conocimiento se realizan prácticas de autocuidado con la debida periodicidad, al tiempo que se sensibilizan para estar más alertas frente al riesgo y a los síntomas de cáncer de mamas, algunas de ellas refirieron que en la visita médica también solicitan que se les realice mamografía. La mayoría de las mujeres consideraron que existe poca información y educación sobre estas prácticas de autocuidado y cáncer de mama. En el estudio se concluye que muchas mujeres no se realizan el autoexamen, el examen clínico de mamas y la mamografía por lo que el 60% tanto de mujeres con riesgo o sin riesgo tienen prácticas de autocuidado de mamas inadecuado. El estudio también mostró que las mujeres de mayor edad tenían mayores conocimientos, pero más creencias negativas y menos prácticas de autocuidado que las jóvenes. Entre las barreras que presentaron para no practicarse la mamografía estaban el no tener síntomas, por negligencia, olvido o falta de remisión por un médico. (Giraldo C. A., 2009)

El Instituto de la Mujer del Estado de Campeche, México (Castro, 2012), realizó un estudio de análisis cualitativo de las prácticas de autocuidado y atención primaria en mujeres con cáncer cervico uterino, con la aplicación de encuestas para conocer las principales creencias y prácticas de autocuidado de la salud sexual reproductiva de mujeres con vida sexual activa, la muestra fue de 200 participantes que llenaron un cuestionario. Entre los resultados se observó que las prácticas de autocuidado son realizadas por mujeres de mayor edad con un promedio de 39 años, las prácticas de riesgo como inicio de la vida sexual activa antes de los 17 años y con varias parejas sexuales. Conocimiento sobre el VPH, el antecedente familiar de cáncer, son factores que mueven a las mujeres a solicitar la prueba de Papanicolaou y acudir a los servicios de atención médica y a la adherencia de los tratamientos.

López, J., Castillo, Y., Ávila, M., Cano, L, Ponce, D. (2014), realizaron un estudio descriptivo, para evaluar el conocimiento en mujeres entre 20 a 50 años sobre el autocuidado en la prevención de cáncer de mama en 116 mujeres después de intervención educativa inscritas en el programa oportunidades México. El muestreo fue de tipo aleatorio y se realizó encuesta. Entre los resultados, antes de la intervención las mujeres se realizaban autoexamen de mamas en el 81%, después de la intervención se incrementó a 98.7%, el 13% de mujeres el autoexamen se lo realizaban mensualmente, después de la intervención educativa la frecuencia fue del 63%. En el estudio se concluyó que las intervenciones educativas ocasionaron un cambio positivo sobre la autoexploración mamaria tanto en la técnica como en la periodicidad. (López S. J., 2014)

En Lima, Perú en el hospital de Huaycán, Haunmani y Yactayo (2016), realizaron un estudio para conocer el autocuidado de las mujeres en la etapa de la peri menopausia, este estudio se realizó a un grupo de mujeres que asistieron al hospital de Huaycán a través de encuestas que fueron llenadas por las mujeres participantes. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, la muestra fueron 317 mujeres entre 35 a 45 años, la encuesta fue de tipo cuestionario y constó de 26 preguntas cerradas dicotómicas. Entre los resultados, el 65% tenían una práctica de autocuidado inadecuado y en el 35% esta fue adecuada. Entre las principales con respecto a la dimensión biológica el 63% presentaron prácticas inadecuadas, en la psicológica fue el 68%, en la dimensión social fue 64%. (Haumani, 2016)

Guevara y Rabanal (2017), realizaron un estudio de investigación sobre factores de riesgo y prácticas de autocuidado para prevenir el cáncer de cérvix uterino en mujeres del Centro de Salud Baños del Inca en Cajamarca, Perú, el estudio fue de carácter cuantitativo, descriptivo, transversal, la muestra estuvo constituida por 75 mujeres, siendo uno de sus objetivos identificar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres del estudio que ayudan a prevenir el cáncer de cérvix. Entre los principales resultados que observaron fue que la mayoría de mujeres atendidas en el centro de salud, no realizan prácticas de autocuidado para prevenir esta enfermedad como principales factores de riesgo se encontró historia de múltiples parejas sexuales, multiparidad, infección por virus de papiloma, la mayoría en el rango de edad entre los 15 a 21 años, multigestas y un nivel de escolaridad medio. Las principales prácticas que realizaron las mujeres fueron llevar una vida saludable consumiendo bastante frutas y verduras, realizar deporte, entre otras prácticas utilizar el preservativo u otro MAC y realización de la citología y colposcopia de cérvix. (Guevara, 2017)

Torres Leguía (2018), realizó un estudio de investigación para determinar los conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en la pre menopausia en usuarias del Centro de Salud Villa San Luis. Es estudio fue de tipo cuantitativo, aplicativo, descriptivo y transversal, con la participación de 60 mujeres cuyo muestreo fue probabilístico y por conveniencia, la técnica de recolección fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Entre los resultados del estudio, se observó que el 53% no conocen acerca del autocuidado en la pre menopausia y el 47% refirieron tener conocimiento, el 62% tienen prácticas inadecuadas. Las prácticas del estudio fueron actividad física, consumo de agua, medidas de prevención contra enfermedades crónico degenerativo, medido para conservar la autoestima y aspectos de sexualidad. La mayoría de mujeres tenían mal control de hábitos nocivos, de actividades y ejercicios, mal control médico, deficiente interacción familiar y sexualidad. (Leguía, 2018)

Justificación

Nicaragua es un país en vías de desarrollo, que cuenta en su población con un porcentaje de 50.7% de mujeres y 49.3% de hombres. La presencia de infecciones de transmisión y los embarazos no deseados pueden ser el inicio de una serie de eventos que comprometen la salud sexual y reproductiva en la mujer, pero que pueden ser prevenidas con la promoción y realización adecuada de prácticas de autocuidado ya que éstas son consideradas la base fundamental para una buena salud física, mental y sexual de la mujer (González Rodríguez, 2016)

En este país existen unidades de salud, que se encuentran accesibles para la mayoría de la población femenina; en donde pueden encontrar programas, charlas y temas relacionados con su salud en el ámbito sexual y de la reproducción; sin embargo existen ciertos factores relacionados que intervienen para que la mujer no acuda, que van desde el machismo hasta circunstancias económicas y culturales que merman el desarrollo de la mujer en los ámbitos de su vida.

Con todos estos factores de por medio que intervienen para que la mujer no tenga salud en estos ámbitos hace que acudan a unidades de salud con problemas complicados que pudieron haber sido prevenidos con charlas educativas, exámenes tipo cribado e higiene (Gutiérrez, 2012)

Con este estudio se pretende conocer cuáles son algunas prácticas de autocuidado en el campo sexual y reproductiva, lo que servirá identificar de una forma más científica cuales son los eslabones de este campo, en que la mujer sufre los mayores problemas y que tarde o temprano llegan a afectar su salud. Esto a su vez permitirá realizar intervenciones educativas que ayuden a promover y mejorar las prácticas de autocuidado sobre salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la mujer todo con la finalidad de prevenir y detectar enfermedades que solo deja a su paso discapacidad y muerte y elevar la calidad de vida de la mujer así como de sus allegados.

Planteamiento del Problema

Nicaragua cuenta en las unidades de salud con programas dirigidos a mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer. Existen en la sociedad ciertos factores que impiden que la mujer acuda a dichos lugares y su salud reproductiva y sexual no sea de calidad y cómo ella lo desea.

Existe evidencia que la mujer que tiene una adecuada higiene y que tiene prácticas de autocuidado con autoexámenes, métodos de planificación familiar y cribados, tienen tendencia de una mejor calidad de vida y la disminución de morbilidades y sus complicaciones potencialmente mortales.

Según la evidencia científica disponible, el tener adecuadas prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva disminuye complicaciones mortales que merman la calidad de vida de la mujer.

En base a lo antes expuesto se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en las mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua, enero-marzo 2019?

Objetivos

Objetivo General

Determinar prácticas de autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres de edad fértil atendidas en consulta externa del hospital Amistad Japón de Granada en el período de enero a marzo del 2019.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las mujeres del estudio.
2. Identificar algunas prácticas de autocuidado utilizadas por las mujeres participantes
3. Mencionar los factores determinantes asociadas a las prácticas de autocuidado
4. Determinar algunos problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva

Marco teórico

El autocuidado en la salud

El Colegio de Medicina Familiar de Canadá y la Asociación Canadiense de Enfermeras Ottawa, definen el autocuidado como las decisiones y acciones tomadas por una persona para afrontar un problema de salud en orden a su superación y a la mejora de su salud, también aquellas decisiones y acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad. (Camarelles, 2013)

Gómez (2017), define el autocuidado como una “construcción cultural relacionada con el cuidado propio, de sus familiares y personas más cercanas, que se hace viable a partir de factores como los conocimientos previos, el tiempo disponible, los recursos económicos, la edad, el género y la inclusión social, así como el uso efectivo del sistema de salud”. (p. 103)

Hernández (2016), hace mención de la definición de autocuidado descrita por Dorothea Orem en 1969 como “la actividad que realiza el individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.” Para la misma autora el autocuidado es una función inherente 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 entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye como una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. (p. 82)

The White Ribbon Alliance (WRA, 2013), toma el concepto de autocuidado aplicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1983, que define lo siguiente, “son actividades realizadas por personas, familias y comunidades para mejorar y recuperar la salud, prevenir y limitar enfermedades, estas actividades dependen del conocimiento y las habilidades que tengan

para tomar las mejores decisiones de atención en salud”. Las realizan personas que no son profesionales por su cuenta, ya sea de forma independiente o en colaboración participativa con profesionales. (p.2)

Silas (2011) menciona lo señalado por Orem; “el autocuidado es la responsabilidad que tiene el individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”.

En la monografía realizada por Health Canadá Association y cols. (2006) retoma lo considerado por Dean en 1989, “el autocuidado forma parte del estilo de vida de las personas, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Estos patrones se perfilan a partir de conductas que se repiten en las distintas circunstancias que la persona enfrenta día a día, y que realiza influida por su propio esquema de valores, los de otras personas y el medio en que se desenvuelve”.

Así mismo esta asociación considera que el autocuidado se puede expresar de tres formas dentro de los estilos de vida: como hábitos diarios rutinarios de vida que pueden afectar la salud (fumar, beber, rutinas sedentarias, entre otros); como conductas que conscientemente buscan mantener la salud y como conductas que responden a los síntomas de enfermedad (p.16).

Prado (2014), menciona que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado.

López y Guerrero (2016), hacen énfasis en la propuesta teórica de Orem publicada en 1980 que aparece bajo el nombre de Teoría General de Orem; una década después fue especificado el nombre por Self-Care Deficit Theory of Nursing ó S-CDT, donde se articulan o interrelacionan tres teorías: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería. (p.91)

La Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP, 2015), propone el modelo de Orem sobre la teoría del autocuidado y la define como una conducta aprendida e intencionada. Esta conducta puede verse afectada por factores propios de la persona o ambiente en que vive, influyendo en las acciones de autocuidado que realiza, en sus objetivos y resultados esperados. Orem en sus teorías identificó diez factores que los denominó Factores Básicos Condicionantes como son la edad, sexo, estado de salud y desarrollo que implica el nivel de madurez de la persona y sus conocimientos, sus habilidades o recursos personales, orientación socio cultural que incluye nivel de educación y hábitos aprendidos derivados de la cultura, patrón de vida, sus actividades y elecciones personales, factores ambientales, factores del sistema de salud como diagnóstico de enfermedad y tratamientos, factores del sistema familiar y rol que ocupa en la familia, disponibilidad de recursos y factores socioeconómicos.

Factores internos y externos asociados al autocuidado

Hernández (2016), en su revisión mencionan la edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud actual, orientación socio cultural, factores ambientales, factores del sistema de cuidados de salud, familiar, recursos económicos, y estilo de vida como los factores más importantes que ayudan a integrar las prácticas de autocuidado e intervienen en la decisión para afrontar los retos que se presentan a diario. (p. 82)

La SEMAP (2015) afirma que, para llevar a cabo estas prácticas, se debe partir de una serie de elementos o factores de conducta que se pueden clasificar en: internos y externos. Dentro de los primeros destaca la información que se tenga al respecto de la atención de la propia salud, la asimilación de esos datos y la capacidad para ponerlos en práctica, la actitud con que la persona pondrá “manos a la obra”, es decir, con la que enfrente el reto propuesto y por último, la disciplina para llevar a cabo este tipo de prácticas hasta que se convierta en un hábito.

Los factores externos se relacionan con los componentes que forman parte del contexto en el que se desarrolla la persona o el ambiente en que vive, su entorno y que inciden de manera clara en el comportamiento de los seres humanos. Entre ellos resaltan la cultura, el género, los avances

científicos y tecnológicos así como los procesos económicos, políticos, sociales y culturales que impregnan a la sociedad, estos hacen posible o no el autocuidado de las personas pero sin depender de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. (p. 8)

Factores culturales. Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, según señala SEMAP (2016), es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones que son difíciles de reemplazar por nuevos conocimientos que se traduzcan en comportamientos saludables y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Científico y tecnológico. Como señala SEMAP (2016), los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud. Un ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos.

Físico, económico, político y social. Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, que en teoría, son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social y el establecimiento de políticas públicas saludables ya que no son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Agencia de autocuidado

La SEMAP (2015) y Naranjo en su revisión bibliográfica (2017) , hacen mención del concepto de la Agencia de autocuidado definido por Orem como “una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas de un individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado), y la capacidad para la toma de decisiones, en resumen es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado”. Así mismo describe los componentes que facultan a la persona con capacidad de realizar prácticas de autocuidado como:

- Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo y sobre los factores internos y externos que condicionan el autocuidado.
- Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para iniciar y mantener las acciones de autocuidado.

Habilidad motora para controlar los movimientos del cuerpo necesarios para las acciones de autocuidado.

- Habilidad para razonar dentro de marco del autocuidado de referencia.
- Motivación, es decir, orientación del autocuidado hacia unos objetivos de acuerdo con su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- Habilidad para tomar decisiones sobre el autocuidado y hacer operativas estas decisiones.
- Habilidad para adquirir el conocimiento técnico necesario para el autocuidado.
- Habilidad cognitiva, perceptiva y práctica para desempeñar las acciones de autocuidado.
- Habilidad para organizar las acciones dentro de un plan elaborado para lograr los objetivos de autocuidado.
- Habilidad para integrar las acciones de autocuidado en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.

Este grupo también relaciona las prácticas de autocuidado con el aprendizaje y lo definen como “la adquisición de conocimientos, actitudes y destrezas que desarrollan comportamientos o producen cambios en los mismos. El proceso de aprender es lo que ocurre en esta sucesión de

cambios, de manera muy dinámica”. Para el proceso de aprendizaje recomiendan como estrategias la educación para la salud y el entrenamiento de autocuidado.

La educación para la salud.

La SEMAP (2016), la define como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda, individual y colectivamente para mantenerse en salud, y busque ayuda cuando la necesite. Esta estrategia de salud sirve para ayudar a crear oportunidades de aprendizaje que faciliten el cambio de estilos de vida hacia las alternativas más saludables (enfoque de desarrollo personal), también sirve para que las personas conozcan y analicen las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en su salud, (enfoque de desarrollo social). (p. 28)

En la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para los pueblos de mundo, como señala Camarelles, Muñoz, Tranche y Gómez (2013), se propone que el autocuidado en salud ocupe un lugar importante en los servicios de salud durante la práctica clínica y para ello se necesitan estrategias dentro y fuera de la consulta. La forma tradicional utilizada por los profesionales para aproximarse a fortalecer el autocuidado de las personas ha sido la educación, a través de charlas, conferencia u otras formas de comunicación.

El entrenamiento del autocuidado.

Es una estrategia utilizada con el objetivo de establecer programas que fomenten el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas apoyados por profesionales que actúen como educadores/entrenadores en estrategias de autocuidado. El concepto de entrenamiento en salud, se define como: “ayudar a las personas a adquirir conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para participar activamente en su cuidado, a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos.

Actitud y su relación con el autocuidado:

Gázquez (2013), la describe como "una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado" Por tal razón caracteriza tres componentes

principales: el componente cognoscitivo que es el conjunto de objetos del cual el sujeto conoce datos e información; el componente afectivo: que es cuando el sujeto tiene sensaciones y sentimientos a favor o en contra y, finalmente, el componente conductual: que son las intenciones, disposiciones hacia un objeto y su asociación entre los dos.

Autocuidados y atención sanitaria: límites y relaciones

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantea que el auto cuidado en la salud toma un lugar preponderante en los servicios de salud, postulando de forma explícita que el individuo, la familia y la comunidad tienen derecho a la salud, pero a la vez son los responsables en última instancia de buscar y utilizar los medios para prevenir enfermedades, alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud y bienestar integral. (OPS, /OMS, 2003)

Mantilla, Toloza y Caviatita (2016), en su revisión sobre el autocuidado en salud la describen como fundamental para que los profesionales puedan realizar diagnósticos tempranos que permitan promover estilos de vida que eviten el padecimiento de enfermedades ya que permiten dirigir las acciones educativas para un cambio de actitudes y prácticas de autocuidado que deben ser implementadas para prevenir y controlar el desarrollo de enfermedades.

La Sociedad de Salud, el Colegio de Enfermeras y de Universidades de medicina Integral y enfermeras de Canadá (Health Canadá, 2006) reincorporan el concepto de autocuidado en salud en la atención primaria enfatizando los diferentes aspectos considerados por otros autores como Aguayo (1992), Langes y Jainovich (1997), como son el autocuidado que promueve la salud considerando prácticas de autocuidado para mantener la salud, como el ejercicio, dormir el suficiente número de horas diarias, autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud, por ejemplo, alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares, detección temprana de signos y síntomas de enfermedades, como el autoexamen de mamas, autocuidado en el manejo de la enfermedad que considera el cumplimiento de los tratamientos, incluyendo el manejo de efectos indeseables y la identificación de complicaciones. Para esta sociedad la forma tradicional utilizada por los profesionales de la salud para aproximarse a fortalecer el autocuidado de las personas ha sido la educación.

Camarelles, Tranche, Muñoz y Gómez, (2013), en el programa de autocuidado señalan que la verdadera educación sanitaria del paciente es la que produce cambios en sus creencias o conductas, no la mera información.

Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), define la Salud Sexual y Reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuando y con qué frecuencia.

Según describe la OMS (2009), para muchas mujeres, los años entre la pubertad y menopausia ofrece múltiples oportunidades para su desarrollo y cumplimiento personal, pero también puede ser un tiempo de riesgo en su salud específicamente asociada con su sexualidad y reproducción lo que puede resultar en una carga significativa de muerte y discapacidad. Muchas de ellas no saben cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual o son incapaces de hacerlo, enfrentando un alto riesgo de enfermar o de morir. Así mismo como no pueden protegerse también enfrentan el riesgo de embarazos no deseados algunas veces por falta de accesibilidad o escasez de métodos anticonceptivos. Para la OMS, la comprensión de la sexualidad y su comportamiento, ha permitido reconocer a través de los años la enorme carga mundial para la salud y la elevada morbilidad causada por una enorme gama de afecciones de la salud sexual y reproductiva, entre ellas la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos, afecciones maternas y genitourinarias, esterilidad, violencia de género y disfunciones sexuales.

La OMS (2018), también considera que la salud sexual y salud reproductiva están íntimamente relacionadas, tanto de forma conceptual como en la ejecución de programas por ejemplo en la prevención y tratamiento de la infección de transmisión sexual causada por Clamidia ya que esta infección es causa de esterilidad. Al igual que para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para auto protegerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando

decidan tener hijos, las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano.

Este organismo, describe un modelo en el que todas las esferas de intervención de la salud sexual y reproductiva están íntimamente relacionadas todas con la misma importancia y pueden realizarse en un entorno de atención sanitaria. Estas esferas comprenden:

Educación e información integrales: Según relata la OMS (2018), esto implica facilitar información precisa adecuada para cada edad y actualizada sobre los aspectos relacionados con la salud sexual. La información precisa puede llenar lagunas de conocimiento, aclarar conceptos erróneos y mejorar la comprensión general, así como fomentar aptitudes para apoyar el empoderamiento, valores y actitudes positivas y comportamientos saludables, siendo una parte esencial para la salud de la mujer.

Prevención de la violencia de género, apoyo y atención a las víctimas: La violencia de género como describe la OMS (2018), puede adoptar muchas formas tanto físicas, sexual como emocional. Según señala este organismo, con anterioridad, este término se refería a la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres, pero, recientemente, se ha empezado a utilizar para aludir a la violencia por motivos de la identidad de género o la orientación sexual.

Prevención y control de infecciones de transmisión sexual: sobre este campo sexual, la OMS afirma que si no se tratan los efectos afectan en la salud general, sexual y reproductora, así también puede tener efectos psicológicos, sociales y económicos a corto y largo plazo. Las ITS se pueden prevenir mediante el retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de preservativos, vacunación para prevenir la infección por virus del papiloma humano y la hepatitis B. también recomienda para el control de las ITS, la detección y el tratamiento correcto y temprano de las infecciones y sus complicaciones. La OMS también hace énfasis en la importancia del control de las ITS la que puede lograrse mediante la detección, el tratamiento temprano y adecuado al igual que sus complicaciones por ejemplo la enfermedad inflamatoria pélvica o abscesos.

Orientación y suministro de métodos anticonceptivos: según la OMS (2018), para la anticoncepción o prevención voluntaria del embarazo es importante utilizar diversos métodos y

servicios anticonceptivos modernos, que deben ser accesibles, aceptables disponibles y asequibles, y que deben ser provistos, por personal capacitado en lugares que cumplan con las normas de calidad de la atención. La OMS considera la anticoncepción como una de las intervenciones sanitarias más costo eficaces, ya que evita los embarazos no deseado, los abortos y complicaciones, reduce la mortalidad materna y neonatal y mejora la salud de los recién nacidos y los niños.

Asistencia prenatal durante el parto y el puerperio: Como señala la OMS (2018), durante este periodo se pueden prestar intervenciones como promoción general de hábitos y nutrición saludables, detección de riesgos, prevención y tratamiento de las afecciones preexistentes o relacionadas con el embarazo; el manejo del parto; la prestación de atención respetuosa y digna y la comunicación eficaz entre las mujeres y los profesionales de salud; la atención y el apoyo a las víctimas de violencia de género durante y después del embarazo; la anticoncepción posparto; el diagnóstico y el tratamiento de las ITS. Estos servicios de salud materna sirven de base para la promoción de la salud, realización de pruebas como VIH, VDRL, Papanicolaou y vacunación.

Atención del aborto Según datos de la OMS, los abortos tienden a entrañar riesgos y pueden ser una causa significativa de morbilidad materna. Los servicios relacionados con el aborto seguro incluyen el suministro de información, el asesoramiento, la prestación de servicios de aborto farmacológico y quirúrgico, el reconocimiento y manejo de las complicaciones del aborto no seguro, la dispensación de anticonceptivos después del aborto (cuando se deseen) y una adecuada derivación a servicios sanitarios de alta complejidad.

Función sexual y orientación psicosexual: Según señala la OMS (2018), la deficiencia del funcionamiento sexual y la disfunción sexual son síndromes que producen en los adultos dificultades para una actividad sexual satisfactoria. La detección y el manejo de estos problemas son componentes esenciales de la atención a la salud sexual así también la orientación psicosexual ya que proporciona a los pacientes apoyo, información u orientación específicas relacionadas con sus problemas sexuales, lo cual puede ayudar a que recuperen una actividad sexual satisfactoria.

Tratamiento de la esterilidad: Para la OMS (2018), esta afección forma parte de las intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, dado las consecuencias

psicosociales que sufren las personas que no pueden tener hijos. La incapacidad para procrear también conlleva a problemas conyugales, divorcios y aislamiento de la familia o la comunidad y violencia.

Un nuevo enfoque de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) publicada por el Ministerio de Salud (MINSA 2008), afirman que la salud sexual y reproductiva trasciende la ausencia de enfermedades e implica lograr que la mujer conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; conozca sus derechos para ser capaz de tomar decisiones y atender su propia salud y bienestar lo que les permite crear las condiciones para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación, abarca el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que permitan atender adecuadamente sus necesidades durante todo el ciclo de vida, centrándose en los siguientes aspectos prioritarios como son: una buena atención de su embarazo, parto y puerperio, ofrecer y garantizar los servicios de planificación familiar, incluidos los servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cérvico-uterino, de mamas y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud.

Como señala la OMS (2009), en los países en desarrollo, los problemas relacionados con la SSR son causa de mala salud y muerte en mujeres y niñas en edad fértil. Estas mujeres sufren de embarazos no deseados, abortos, violencia sexual y de género e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. Estas infecciones son causa de complicaciones durante el embarazo como sepsis materna y fetal, malformaciones congénitas y muerte fetal, así también en la mujer pueden ser causa de enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y cáncer cervical.

Este organismo también afirma que la identificación de enfermedades en la mujer, ha permitido formular estrategias de promoción de la salud y prevención más eficaces, lo que a su vez ha redundado en mejoras de la salud de la mujer en muchos países debido a estas

intervenciones se ha logrado la disminución del número de muertes evitables y el aumento de la esperanza de vida en las mujeres, el incremento del acceso a anticonceptivos, un mejor control de la fecundidad, una mejor atención prenatal y una detección más precoz del cáncer de mama y el cáncer cervicouterino. Al mismo tiempo señala que estos avances no han sido parejos en muchos temas que afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Anticoncepción y planificación familiar

En el enfoque operativo de la OMS (2018), definen la anticoncepción como una de las intervenciones sanitarias más eficaces, ya que evita los embarazos no deseados y los abortos (así como las complicaciones de los abortos practicados en condiciones de riesgo), reduce la mortalidad materna y neonatal y mejora la salud de los recién nacidos y los niños.

La OMS (2018), también señalan a la planificación familiar, como una estrategia que permite a las personas tener el número de hijos que desean al igual que el intervalo entre embarazos y se logra con el uso de métodos anticonceptivos. Al mismo tiempo señala la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos y reduce la mortalidad infantil. Según informes de la OMS, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.

Según datos importantes de la OMS (2018), en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. En América Latina y el Caribe, las necesidades insatisfechas representan un 10,7%. Los motivos de necesidad insatisfecha que señala esta organización son poca variedad de métodos, acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes o los segmentos más pobres de la población, temor a los efectos colaterales, oposición por razones culturales o religiosas, servicios de mala calidad, errores de principio de los usuarios y los proveedores y barreras de género.

En América Latina y el Caribe, ((MYSU), 2013) existe heterogeneidad entre los países de la región, al interno de cada país y entre grupos etarios, observando una brecha importante en el uso de anticoncepción entre adolescentes/mujeres jóvenes y mujeres adultas. Los estudios concluyen que mientras aumenta la edad, aumenta la probabilidad de que más mujeres usen anticoncepción. Las cifras más altas de utilización están entre la población de adultas mayores y casadas. Según reportes de Observatorio Nacional en SSR en Uruguay ((MYSU), 2013) el 30% de mujeres casadas usan anticoncepción en un 30% más si se las compara con las adolescentes solteras y sexualmente activas (54% vs. 83%) En total, 65% de las mujeres casadas usa algún método anticonceptivo, siendo el grupo más grande (45%) las que se han realizado esterilización femenina.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Según informes del 2016 OMS (2019), cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). Se estima que, anualmente, unos 376 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis o sífilis. El número de personas con infección genital por Herpes virus supera los 500 millones. Infecciones como el herpes genital y la sífilis pueden incrementar el riesgo de infección por VIH. En todo momento hay en el mundo más de 290 millones de mujeres infectadas con el virus del

papiloma humano (VPH). En la mayoría de los casos las ITS son asintomáticas o con síntomas leves que no permiten diagnosticar la enfermedad.

Kalamar, Bayer y Hindin (2016), señalaron que los casos de ITS que más se reportan son aquellos que están más afectados por el VIH siendo el rango de edad más frecuente entre los 19 a 39 años. Cerca de un millón de embarazadas contrajeron sífilis lo que dio lugar a más de 200 mil muertes del feto o el recién nacido. Al mismo tiempo señaló que las infecciones adquiridas por la mujer durante la adolescencia y juventud pueden conllevar a consecuencias de salud en la edad adulta si no son diagnosticadas o tratadas a tiempo.

Reportes obtenidos en el Plan Estratégico Nacional en SSR (MINSA, 2008), Nicaragua es el país de Latinoamérica con mayor prevalencia de virus del Papiloma Humano, que condiciona la mayor aparición del cáncer cérvico - uterino y la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirida. En este informe también señalan que el mayor número de casos de ITS reportados en Nicaragua son mujeres, los hombres generalmente no acuden a las unidades de salud sino acuden a otras instancias como farmacias y médicos privados. Estos casos no son controlados ni registrados por la institución. La existencia de marcados subregistros en la información reportada sobre el comportamiento de las ITS en Nicaragua, no permite realizar valoraciones bien fundamentadas sobre la magnitud y distribución del problema y la aplicación del manejo sintomático de las ITS en las unidades de salud no se ha implementado en un 100% y ocasiona una contradicción con el llenado de las boletas de notificación obligatoria, ocasionando un reporte inadecuado de las ITS.

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, la OMS (2016), ha dejado claro la magnitud del problema de las ITS debido a las consecuencias graves que provocan; algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH, la transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad, sepsis, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas; infecciones por Gonococo y Clamidias como la gonorrea son causas principales de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), desenlace adverso del embarazo e infertilidad; anualmente, la infección del VPH provoca más de 500 mil casos de cáncer cervicouterino y más de 250 mil defunciones.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Para la OMS (2016), los marcos de prevención integral basada en la evidencia funcionan mejor cuando se incluyen estrategias basadas en la comprensión de las infecciones y los métodos primarios de prevención como los preservativos y un énfasis en las personas más vulnerables en especial las adolescentes, esta prevención debe incluir componentes centrados en el VIH.

Según informes de la OMS (2016), las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). En estas intervenciones se incluyen la educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH; asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos; intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables. (p. 37)

Kalamar, Bayer y Hindin (2018), en su revisión hacen mención de cinco resultados sobre estrategias de intervención para prevenir las ITS y que se pueden intervenir con campañas educativas para prevenir prácticas sexuales de riesgo como múltiples parejas sexuales, promover el uso del preservativo, promover la abstinencia sexual en adolescentes y el uso de servicios de salud para detección y manejo temprano de las infecciones.

Este asesoramiento como menciona la OMS (2016), puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales para que ambos puedan recibir el manejo oportuno y una adecuada educación para prevención y autocuidado.

Violencia contra la mujer

Informes de la OMS (2017), señalan a la violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual como un problema de salud pública y una violación de

los derechos humanos de las mujeres. La violencia contra las mujeres ha existido siempre y para muchas de ellas forma parte de su sistema de vida.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico, para la mujer, incluso amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como en la privada (OMS, 2017).

La OMS (2017), la define como “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual en el que incluyen agresiones físicas, maltrato psíquico, relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, comportamientos dominantes”.

A nivel mundial según informes de la OMS (2017), reportan que el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja o de violencia sexual fuera de la pareja. Por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero, también se estima que hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus parejas. En una encuesta dirigida por la OMS (2017), a nivel mundial en el que se incluyó varios departamentos del país arrojaron que el 60% de las mujeres en León habían sido agredidas más de una vez y el 20% habían sufrido violencia grave más de seis veces. En el estudio el 70% de mujeres que habían sufrido maltrato contestaron haber dejado a su pareja.

Aunque se presentan por separado, las diferentes formas que puede adoptar la violencia de pareja contra las mujeres están estrechamente relacionadas y con frecuencia se ejercen de forma simultánea. Con base en la definición de Naciones Unidas transcrita previamente, se pueden distinguir las siguientes:

Maltrato psicológico: produce en las víctimas un efecto devastador, ya que da lugar a un intenso sufrimiento que conduce a la mujer a la pérdida de la autoestima y de la capacidad para tomar decisiones. Puede manifestarse en forma de insultos, humillaciones, desprecios, silencios, descalificaciones, abandono, incomunicación, chantajes, amenazas o aislamiento social.

Maltrato sexual: Este tipo de maltrato puede ser considerado como una modalidad del maltrato físico y comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de intimidación o coacción o bien cuando se produce en otras situaciones de indefensión.

Maltrato físico: comprende las conductas en las que se utiliza la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo. Incluye empujones, golpes, bofetadas, quemaduras, puñetazos, patadas, palizas, utilización de armas u objetos con la intención de hacer daño, intentos de homicidio o asesinato. Este tipo de maltrato incluye también la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones.

Consecuencias para la salud

Según informes de la OMS (2017), las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas más elevadas de problemas de salud mental, embarazos no deseados y abortos inducidos y espontáneos, muerte fetal, partos prematuros. Las mujeres expuestas a la violencia en la pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión y de padecer trastornos asociados al consumo de alcohol y 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH u otra infección de transmisión sexual. El 42% de estas mujeres han experimentado traumatismos causados por esos abusos. Entre los efectos en la salud física describen cefaleas, lumbalgias, dolor abdominal, trastornos gastrointestinales y mala salud. La mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por su pareja actual o una pareja anterior.

La OMS (2017), señala los efectos sobre la salud física a medio y largo plazo los cuales están asociados a los daños psicológicos causados por la violencia de cualquier tipo (física o

psíquica). Se ha descrito una mayor vulnerabilidad a las enfermedades, la que puede deberse en parte a alteraciones de la inmunidad a consecuencia del stress que provoca el maltrato. También experimentan un enorme sufrimiento psicológico, depresión, trastornos de ansiedad. La violencia en la pareja durante el embarazo aumenta la probabilidad de abortos involuntario, muerte fetal partos prematuros y bajo peso al nacer. (OMS, 2017)

Prácticas de autocuidado en situaciones de violencia

Cantera y Cantera (2014), la denominan autocuidado activo que es “el desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, que permiten de manera activa y consciente, el cuidado en primera persona al tiempo que se interviene con el objetivo de promover el bienestar social y colectivo”.

Prado, González, Paz y Romero, como lo menciona Cantera (2016) refieren que “existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar o cuando la persona no tiene la capacidad para actuar y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado”.

Pérez, Cantera y Pereira (2016), mencionaron el estudio realizado en España sobre el autocuidado de mujeres que sufrieron violencia, en este estudio identificaron prácticas que resultaron ser promotoras de su bienestar entre ellas se encontraron la relación con otras personas, mantener la mente ocupada con actividades como leer, escribir, juegos, paseos, ir de compras, trabajar. Al finalizar la situación de violencia estas mujeres reforzaron sus cuidados aumentando sus prácticas saludables como realizar ejercicio, cuidar su aspecto físico, actividades recreativas como viajar, salir con amigas, ir de compras, comer mejor, dormir más horas, mejorando su auto estima y calidad de vida. En el estudio las mujeres que recibieron maltrato afirmaron que la recuperación de su independencia les permitió llevar a cabo un autocuidado más exhaustivo lo cual redundó en un incremento de su bienestar y en una mejora de su autoestima y calidad de vida. (21 y 23).

Prevención del cáncer de cérvix y de mama

Por tamizaje o cribado, se entiende la utilización de pruebas sencillas en una población sana con el fin de detectar sistemáticamente a las personas que aún no presentan ningún síntoma pese a sufrir una determinada enfermedad. La OMS (2009), considera de gran prioridad el tamizaje para dos cánceres que afectan a las mujeres: cáncer de mama mediante mamografía y el del cáncer del cuello del útero con citología (prueba de Papanicolaou) o la detección biomolecular de VPH.

Las estrategias de detección precoz en el cáncer de mamas recomendadas por la OMS (2009) para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. La OMS considera el cribado mediante mamografía muy costosa y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo.

Prevención de cáncer de cérvix

Como señala la OMS (2016), el Cáncer cervicouterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras, está disponible junto con el diagnóstico apropiado, tratamiento y seguimiento.

La Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades Obstetras y Ginecólogos (FECASOG, 2016) recomienda el tamizaje de las lesiones premalignas de cérvix en mujeres entre los 21 a 65 años, en mujeres de 21 a 30 años recomiendan citología cada 3 años.

Galán (2013), señala el examen de Papanicolaou como la extracción de una pequeña cantidad de células del cuello uterino para su observación a través de un microscopio en busca de la identificación de células anormales, siendo necesaria una biopsia que determinará el tipo de lesión y tratamiento a seguir, que puede incluir cirugía, terapia de radiación, quimioterapia o una combinación de estos, dependiendo de la diseminación o el deseo de embarazo posterior.

Cáncer de cérvix

Reportes de la OPS/OMS (2017), lo definen como el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países incluyendo Nicaragua, con una incidencia en América Latina de 21 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.

La OPS/OMS (2016), consideraron la importancia de los programas de prevención para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino, afirmando que toda actividad de tamizaje dirigida a poblaciones saludables cuando son eficaces pueden tener resultados positivos como es la reducción de los casos de cáncer cervicouterino mediante la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas antes que progresen a cáncer o que éste sea detectado en fase inicial cuando aún puede ser tratado eficazmente.

Según informes de la OMS, Las mujeres que tienen mayor riesgo son las que fuman, las que han tenido muchos hijos, las que han utilizado píldoras anticonceptivas por mucho tiempo, la desnutrición, las infecciones de transmisión sexual o las que tienen una infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). (ACCP, 2004)

Cáncer de mama:

Anderson (2008) y cols., señalan la baja supervivencia del cáncer en países pobres a causa de la detección en etapas tardías lo que conlleva a pobres resultados acompañado de las limitaciones en el diagnóstico y tratamiento. Así mismo aseguran que el desarrollo e implementación de guías internacionales para el cuidado saludable de las mamas basadas en evidencia y orientadas a países con limitaciones de recursos es un paso crucial dirigido a mejorar el cuidado de las mamas y el pronóstico de las mujeres con cáncer.

Según señalan Anderson y cols. (2008), sobre las estrategias de prevención “aunque reducen en cierta medida el riesgo, no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico se hace en fases avanzadas”. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.

Prevención y detección temprana del cáncer de mama

Detección precoz: Anderson y col. (2008), consideran la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama como la piedra angular del control de este tipo de cáncer. Los programas de detección temprana se vinculan a un tratamiento eficaz, lo que pueden mejorar los desenlaces clínicos y las tasas de supervivencia.

La OMS/OPS, (2009), en su resumen de políticas clave señala que un programa eficaz de detección y diagnóstico temprano de cáncer de mamas incluye:

- Educación para concientizar sobre la salud mamaria
- Reducción de los obstáculos que impiden el acceso a la atención
- Exploración clínica de las mamas (ECM) realizada por proveedores de atención primaria
- Diagnóstico oportuno para todas las mujeres con resultados anormales y suministro de tratamiento rápido y adecuado para el estadio del cáncer para todas las mujeres con diagnóstico tisular de cáncer de mamas

Educación para concientizar la salud mamaria: Para la OPS/OMS (2009), la educación para concientizar es una parte integrante de todos los programas de detección temprana. La concientización sobre la salud mamaria incluye educación de salud pública y profesional médica acerca de los factores de riesgo y síntomas del cáncer de mama, y de la importancia de solicitar una evaluación médica para resolver inquietudes relacionadas con las mamas. La promoción en salud sobre las mamas debe hacer hincapié en que las mujeres deben buscar y recibir atención con prontitud cuando detectan la presencia de una masa, engrosamiento u otro hallazgo nuevo en los senos que perdura.

Diagnóstico temprano: Anderson y cols. (2008), lo consideran como una importante estrategia para mejorar los resultados en la salud, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Estos autores aseguran que mientras la mujer no comprenda los beneficios de la detección

temprana para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno, tampoco van a mejorar los resultados en la salud mamaria (p. 2236)

Autoexploración mamaria: La OMS (2009), reporta que no hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

La OMS (2009), en su resumen de conocimientos señala que la mayoría de los tumores de mama son descubiertos por las propias mujeres, aunque no necesariamente mediante una autoexploración formal afirmando que el componente fundamental de la concientización sobre la salud mamaria es “conocer el propio estado normal”. Así mismo aseguran que los profesionales de la salud deben estar preparados para educar a las mujeres acerca de los factores de riesgo y los signos y síntomas del cáncer de mama como parte de la concientización sobre la salud mamaria. Por esta razón refieren que enseñar cómo se realiza la autoexploración mamaria puede formar parte de los programas de concientización sobre la salud mamaria y de las estrategias de diagnóstico precoz, pero no se recomienda por sí sola como método de tamizaje para la detección temprana. (p. 4)

La exploración clínica de las mamas (ECM): La OPS/OMS (2009), la consideran un componente necesario de las campañas de detección temprana y que debe formar parte de toda evaluación de las mujeres con inquietudes acerca de las mamas (por ejemplo, la presencia de una masa o cambios en la piel o los pezones). Así mismo señalan los componentes fundamentales de la exploración las que se incluyen la inspección visual de las mamas; la colocación adecuada de la paciente para la palpación tanto en posición sentada como supina; y meticulosidad al colocar y mover adecuadamente los dedos. A su vez también señalan con capacitación adecuada, los profesionales de la salud, incluidos aquellos que no son médicos, pueden dominar la técnica de la exploración manual de mamas.

Diseño Metodológico

Lugar de estudio y período de estudio: Se realizó en el Hospital Amistad Japón de Granada Período de Enero a Marzo 2019

Tipo de estudio: según el nivel de conocimiento es un estudio observacional, descriptivo, según su orientación en el tiempo es de corte transversal, retrospectivo, con enfoque cuantitativo. (Julio Piura: Metodología de la Investigación Científica, séptima edición).

Enfoque del estudio: el enfoque es de carácter cualitativo ya que se pretende identificar y conocer las prácticas de autocuidado en salud que realizan las mujeres por medio de un cuestionario para aplicar pruebas estadísticas.

Unidad de análisis: Mujeres en edades entre 20 a 49 años que llenarán un cuestionario.

Población de estudio y Muestra: Mujeres que se encuentren en edad fértil que habitan en el municipio de Granada y son atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Amistad Japón durante el período determinado.

Cálculo de la Muestra:

Calculadora de Muestras

Margen de error:
5% ▾
Nivel de confianza:
95% ▾
Tamaño de Poblacion:
100
Calcular

Margen: 5%
Nivel de confianza: 95%
Poblacion: 100

Tamaño de muestra: 80

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra
Z= Nivel de confianza deseado
p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
q=Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la poblacion

$$n = \frac{z^2(p*q)}{e^2 + (z^2(p*q)) / N}$$

Tipo de Muestreo: Este será de tipo probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edades entre 20 a 49 años
- Mujeres que estén dispuestas a llenar el cuestionario
- Que estén presentes el día que se aplicará la encuesta

Criterios de exclusión:

- Mujeres con problemas neurológicos que les impida llenar la encuesta
- Mujeres que no completen el llenado de la encuesta.

Técnica de recolección de la información:

- Para obtener la información se diseñó un instrumento tipo cuestionario con todas las variables del estudio en forma de preguntas las que serán contestadas por las mujeres participantes y de esta manera obtener las respuestas en base a los objetivos planteados. En el cuestionario se

incluyeron preguntas sobre los diferentes aspectos en salud sexual y reproductiva las que han sido utilizadas y validadas en otros estudios pero de forma separada

- .Este instrumento consta de secciones en base a los diferentes aspectos sexuales y reproductivos a estudiar. En la primera sección se incluyeron preguntas sobre las características generales de la población a estudiar como edad, escolaridad, ocupación, estado civil, procedencia, algunos hábitos de vida.
- Las siguientes secciones estarán conformadas por las diferentes dimensiones a estudiar que se encuentran dentro del marco sexual y reproductivo con la finalidad de identificar las prácticas de autocuidado en salud que guardan relación con los aspectos a investigar, al igual que sus factores determinantes.
- Los aspectos a estudiar son los relacionados con las prácticas de anticoncepción en las que, si incluyen uso de MAC, tiempo y tipo de MAC en los últimos 3 años, si el último embarazo fue planeado, si tiene accesibilidad al método anticonceptivo y la razón de la falta de accesibilidad. El segundo aspecto es sobre las prácticas para prevenir las ITS como es el uso rutinario o no del preservativo, la presencia o no de síntomas que la hicieron solicitar atención y manejo médico, la adherencia al tratamiento y seguimiento. El tercer aspecto es el relacionado con las prácticas de autocuidado para prevención del cáncer de cérvix como es el tamizaje rutinario con la toma de Papanicolaou, el intervalo entre cada citología, el interés por conocer su resultado, el manejo y adherencia al seguimiento por lesiones de cérvix. El otro aspecto es sobre las prácticas para el cuidado de las mamas como es el auto examen y el chequeo médico de mamas, el conocimiento sobre la importancia del examen de mamas, tratamiento por enfermedades de la mama y adherencia al seguimiento. El otro aspecto trata sobre prácticas para prevenir la violencia de pareja y si ha tenido algún tipo, si ha pedido ayuda, denuncia, separación, apoyo de su familia. El último aspecto sobre otras conductas que pueden influir en las prácticas de autocuidado en SSR como es el consumo de tabaco, licor, actividad física, incremento de peso. En cada aspecto se agregaron ítems para identificar los factores determinantes de las diferentes prácticas.

Validación del instrumento de recolección de la información

Los instrumentos utilizados para conocer las prácticas de autocuidado en temas de salud sexual y reproductiva dirigida a mujeres en edad fértil han sido escasos, ya que la mayoría de las investigaciones se han realizado a la población adolescente y a embarazadas. Para el diseño y validación del cuestionario se realizó una búsqueda relacionadas sobre el tema y se obtuvo información por separado de cuestionarios sobre algunos aspectos que conforman el campo de la salud sexual y reproductiva como métodos de anticoncepción, prevención de ITS, VIH, prevención de cáncer de cérvix y de mamas.

- Para la elaboración del cuestionario se utilizaron preguntas basadas en cuestionarios relacionados con las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de diferentes estudios que han sido validados y se ha demostrado su validez y fiabilidad.
- Para elaborar las preguntas sobre prácticas de anticoncepción, prevención de ITS y citología se consideró el estudio realizado por Larios y Gómez (2018) para validación del cuestionario sobre conocimientos de sexualidad en jóvenes de Andalucía, España
- Para elaborar preguntas relacionadas con las ITS se tomó como base la revisión de Kalamar, Bayer y Hundin (2018) sobre prácticas de riesgo e intervenciones para prevenir las ITS en poblaciones de bajos ingresos.
- Para la elaboración de preguntas sobre las prácticas de prevención del cáncer de cérvix se tomaron en cuenta los lineamientos del European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group, (EORTC, 2011), así también la revisión de la literatura para obtener los datos sobre la historia gineco obstétrica, hábitos saludables y conductas de riesgo para adquirir el virus del papiloma que aumentan el riesgo de desarrollar lesiones pre malignas y cáncer de cérvix. (EORTC, 2011)
- Para la elaboración de las preguntas en relación al autocuidado de mamas se obtuvieron preguntas utilizadas en el estudio de Schneider, Bones, Calderón y Pizzinato (2016), que

trata sobre el autoexamen y examen clínico de mamas las que fueron validadas al ser aplicada a 109 mujeres mayores de 18 años con y sin cáncer de mamas cuyo tamaño de la muestra se basó en la Escala de Autocuidado en Salud donde se incluyeron preguntas de carácter sociodemográfico y 24 ítems para evaluar la capacidad de autocuidado (Schneider, 2016)

- Para elaborar preguntas sobre factores determinantes o condicionantes de las diferentes prácticas de autocuidado se utilizó como base el cuestionario diseñado y validado por Yago y Tomás (2013), estudio realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, España. Este cuestionario consta de 36 preguntas las que alcanzaron durante su validación una fiabilidad, consistencia y validez favorable, es de útil aplicación y su finalidad es investigar los factores condicionantes de las prácticas en salud sexual y reproductiva al igual que los principales problemas de salud y reproductiva en mujeres, embarazos no deseados, relaciones sexuales con riesgo de violencia, infecciones de transmisión sexual y lesiones intraepiteliales de cérvix uterino. (Yago, 2013)
- Posterior a la elaboración del cuestionario fue revisado por expertos en el tema dado su especialidad en gineco obstetricia con maestría en Salud Sexual y Reproductiva y diplomado en Investigación
- Se realizó una prueba piloto con la participación de 20 mujeres con la finalidad de evaluar la capacidad de respuesta del cuestionario y modificar o anular los ítems de difícil comprensión.
- Antes de iniciar la recolección de la información se solicitará la autorización del personal responsable y se les explicará la finalidad del estudio.
- Primeramente, se realizará una prueba piloto con 20 mujeres que se encuentre en el rango de edad similar al requerido para el estudio, con la finalidad de valorar la capacidad de comprensión de las preguntas por parte de la encuestada y de esta manera conocer cuáles son las preguntas que presenten algún grado de dificultad y realizar los cambios oportunos en el cuestionario. La confiabilidad y validez de las distintas secciones de un cuestionario se garantizará con la prueba piloto.

- A cada mujer participante se le explicará la razón e importancia del estudio y se le leerá un consentimiento informado.

Análisis estadístico

La información se introducirá en el programa SPSS versión 22.

- Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central como son media, medianas y de dispersión como son rangos y desviación estándar.
- Para la representación de los resultados se realizarán gráficos y tablas

Plan de análisis

- Características demográficas
- Características sexuales
- Características reproductivas
- Prácticas de anticoncepción
- Prácticas de prevención de ITS
- Prácticas de Papanicolaou
- Prácticas de autoexploración de mama
- Practica de exploración clínica de mamas
- Prácticas de prevención de violencia de la mujer
- Factores influyentes en las prácticas de autocuidado
- Problemas relacionados con la SSR

Sesgos y su control

- Para reducir el sesgo de selección se incluirán en el estudio mujeres en los diferentes rangos de edad, diferentes sectores y que se encuentren en la consulta externa para una mayor diversidad en relación a las variables de estudio.
- Para reducir el sesgo de memoria se considerarán prácticas de autocuidado o hábitos realizados en un período de 3 años o menos. A excepción de preguntas de eventos

pasados que no se olvidan como el número de hijos, edad de su menarca, inicio de vida sexual, etc.

- Para reducir el sesgo del observador el llenado del cuestionario será realizado por las mismas investigadoras lo que evitará el llenado fraudulento de los datos.

Consideraciones éticas:

- Las consideraciones éticas del presente estudio fueron las siguientes:
- El respeto a las personas: (principio de autonomía). Las mujeres tendrán la libertad de decidir si quieren participar en el estudio y la información obtenida en la encuesta tendrá un carácter confidencial y anónimo.
- La búsqueda del bien, (principios de beneficencia y no maleficencia): Lo que se pretende por obligación ética es lograr el máximo beneficio en base a los conocimientos, capacidad y oportunidad que nos brinda la ciencia y la evidencia científica utilizando la información que se logre obtener para contribuir a mejorar la salud de las mujeres.
- El principio a la justicia: Todas las mujeres tienen que conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.
- La participante en la encuesta deberá estar enterada y de acuerdo con el uso que se le dará a la información que proporcione. Se le garantizará la seguridad, confidencialidad y anonimato.

Operacionalización de variables

Objetivo 1: Características sociodemográficas, sexuales y reproductivas de las mujeres

Variable	Definición	Indicadores	valor/escala	Tipo
Edad	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Años cumplidos	20 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años 46 a 55 años	Cuantitativa continua
Estado civil	Forma de estar ante la sociedad y de unión con su pareja.	Relación conyugal	Soltera Casada Unión libre	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel de estudio cursado al momento del estudio	Nivel académico alcanzado	Ninguno Primaria Secundaria Universitaria Profesional	Cualitativa ordinal
Ocupación	Forma de trabajo que realiza la mujer	Oficio	Ama de casa Doméstica Comerciante Profesional Otras	Cualitativa nominal
Procedencia	Zona demográfica de donde proviene	Zona en que habita	Rural Urbana	Cualitativa dicotómica
Inicio de vida sexual (IVSA)	Edad que inició vida sexual	Años	Antes de 15 años 16 a 19 años 20 a 24 25 a más	Cualitativa de intervalo

Tiempo de convivir con su última pareja	Período en años o meses de estar con la última pareja tanto conviviendo maritalmente como sexualmente	Años	Número de años	Cuantitativa continua
MAC utilizado	Método para prevenir los embarazo	Método de planificación familiar	DIU ACO Hormonales inyectables Esterilización quirúrgica Preservativos Otros	Cualitativa nominal
Tiempo de uso	Tiempo en años de utilizar el MAC referido	Años	Número de años	Cuantitativa continua
Edad del primer parto	Edad en años que tenía la mujer al tener su primer hijo	Años	Número de años	Cuantitativa continua
Gestas	Número de embarazos que ha tenido la mujer	Embarazos	Número de embarazos de 0 a más	Cuantitativa discreta
Partos	Número de nacimientos vaginales de la mujer	Paridad	Número de 0 a más	Cuantitativa discreta
Abortos	Pérdida del producto de la concepción antes de las 22 semanas de gestación	Cantidad de abortos	Número de 0 a más	Cuantitativa continua

Cesáreas	Número de cesáreas o nacimiento por vía abdominal	Cantidad de cesáreas	Número de 0 a más	Cuantitativa continua
IMC	Relación del peso en kilos y la talla al cuadrado como forma de valorar el estado nutricional	Estado nutricional	Menos de 19 19 a 24 25 a 29 30 a más	Cualitativa de intervalo

Objetivo 2: Describir las prácticas de autocuidado en salud en el campo sexual y reproductivo

Variable	Tipo	Definición	valor/escala	Indicadores
Uso de MAC	Cualitativa dicotómica	Práctica de salud sexual y reproductiva para prevenir los embarazos no deseados tomando en cuenta los últimos 3 años	Si No	Planificación familiar
Planificación del último embarazo	Cualitativa dicotómica	Práctica de autocuidado de la mujer basada en la capacidad de tener el número de embarazos en el momento deseado	Si No	Planificación familiar
Uso del preservativo	Cualitativa nominal	Práctica de SSR para prevenir embarazos e ITS	Siempre A veces Nunca	Planificación familiar
Motivo para usar preservativo	Cualitativa nominal	Factor determinante basada en el conocimiento y actitud positiva que la conllevó a protegerse su salud de embarazos o infecciones	Para prevenir los embarazos Para prevenir ITS	Planificación familiar

			Ambos No utiliza	
Atención médica	Cualitativa dicotómica	Decisión de la mujer para acudir a los servicios de salud solicitando atención médica por presentar signos y síntomas de ITS	Si No	Salud sexual y reproductiva
Adherencia al tratamiento	Cualitativa dicotómica	Práctica de autocuidado en salud de la mujere que le da la capacidad para cumplir el tratamiento y seguimiento por ITS	Si No	Salud sexual y reproductiva
Prueba de VIH en	Cualitativa dicotómica	Práctica de realizarse pruebas de detección rápida como una forma de autocuidado para prevenir infección por VIH	Si No	Salud sexual y reproductiva
Realización de Papanicolaou en los últimos 2 años	Cualitativa dicotómica	Práctica de autocuidado de importancia para o para prevención y detección temprana de lesiones premalignas y malignas de cérvix	Si No	Salud sexual y reproductiva
Intervalo con que se realiza Papanicolaou	Cualitativa de intervalo	Diferencia en años que utiliza la mujer para realizarse la citología clasificando como adecuada 1 a 2 años	1 a 2 años: adecuado 3 a 4 años: moderado 5 a más: inadecuado Nunca se lo realiza	Salud sexual y reproductiva

Fecha de su último Papanicolaou	Cualitativa de intervalo	Período en meses o años transcurrido en relación a su última citología previa al estudio	menos de 1 año 1 a 2 años 3 a 5 años Más de 5 años Nunca	Salud sexual y reproductiva
Conocimiento del último reporte de Papanicolaou	Cualitativa dicotómica	Interés por la mujer que la lleva a informarse sobre el resultado, como una práctica de autocuidado	Si No	Salud sexual y reproductiva
Razón por la que no sabe el reporte de citología	Cualitativa nominal	Acción negativa de la mujer por alguna causa que le impidió conocer el reporte de su examen	Estaba lleno el centro Perdieron resultado No acudió a reclamarlo No la atendieron Por miedo o temor	Salud sexual y reproductiva
Auto exploración de mamas	Cualitativa Nominal	Práctica de autocuidado en salud que realiza la mujer al menos para detectar de forma temprana alguna alteración, es una forma de conocer su cuerpo.	Si No A veces	Salud sexual y reproductiva
Frecuencia entre cada autoexploración	Cualitativa de intervalo	Intervalo de tiempo ya sea meses o semanas entre cada práctica de autoexploración	Cada mes Cada 3 meses Cada 6 meses no lo realiza	Salud sexual y reproductiva

Razones por las que no se realiza la auto exploración de mamas	Cualitativa nominal	Motivo que refiere la mujer por lo que le impide realizarse la autoexploración de mamas	No sabe cómo hacerlo Sabe, pero no tiene tiempo No le interesa Otra razón	Salud sexual y reproductiva
Examen clínico de mamas (ECM)	Cualitativa dicotómica	Práctica clínica realizada por un profesional en salud con conocimientos teóricos y prácticos para detectar alguna alteración palpable	Si No	Salud sexual y reproductiva
Frecuencia con que se realiza el ECM	Cualitativa ordinal	Intervalo de tiempo en meses o años entre un examen clínico de mamas y otro	Anual o menos Cada 2 años Nunca	Salud sexual y reproductiva
Mamografía	Cualitativa nominal	Estudio radiológico que detecta lesiones en las mamas utilizado para tamizaje de prevención recomendada en mujeres de 40 o más	Si No No tiene la edad	Salud sexual y reproductiva
Actividad física	Cualitativa nominal	Práctica que realiza la mujer como una forma de autocuidado en salud	Si No A veces	Salud nutricional
Ha sido víctima de violencia por su pareja	Cualitativa nominal	Vivencia negativa que experimenta la mujer por parte de su pareja que le causa daño físico o psicológico	Si No	Salud mental
Ayuda solicitada por la mujer	Cualitativa dicotómica	Acción que realiza la mujer como una respuesta al daño o forma de protección por algún tipo de violencia (física, verbal o psicológica)	Si No	Salud mental

Prácticas en contra de la violencia	Cualitativa nominal	Forma que utiliza la mujer para librarse de algún tipo de violencia	Separarse de su pareja Poner denuncia Buscar ayuda familiar o de Organismos Otras	Salud mental
-------------------------------------	---------------------	---	--	--------------

Objetivo 3: Mencionar factores determinantes que influyen en las prácticas de autocuidado

Variable	Tipo	Definición	valor/escala	Indicadores
Factor laboral	Cualitativa nominal	Características relacionadas con el horario o tipo de trabajo que le impide realizar una o más prácticas de autocuidado	Presente Ausente	Oficio
Factor cultural	Cualitativa dicotómica	Creencias o tradiciones presentes en la mujer que no le permite adoptar una o más prácticas de autocuidado	Presente Ausente	Creencia
Factor sexual	Cualitativa dicotómica	Características relacionadas con la presencia de una o más prácticas sexuales de riesgo como relaciones sexuales sin protección, cambio de pareja frecuente, historia de inicio de vida sexual o primer parto en la adolescencia	Presente Ausente	Salud sexual
Factor familiar	Cualitativa nominal	Presencia de personas en su entorno y hogar con capacidad de brindar ayuda económica, sentimental u otra forma para realizar prácticas de autocuidado	Si No Ocasiones	Salud mental

Factor ambiental	Cualitativa nominal	Características relacionadas con el estilo de vida como el consumo de tabaco, licor, drogas, ejercicios	Presenta Ausente	Estilo de vida
Historia de enfermedades crónicas	Cualitativa nominal	Problemas de salud o enfermedades crónicas que ha desarrollado la mujer durante su vida y le permiten o no realizar prácticas de autocuidado	Diabetes HTA Obesidad Desnutrición Otras	Salud sexual y reproductiva
Antecedentes familiares de cáncer de cérvix o de mama	Cualitativa nominal	Historia de familiares con cáncer de cérvix o mamas que por temor la pueden conllevar a la mujer prácticas para prevención o detección de cáncer	Si No No sabe	Salud sexual y reproductiva
Accesibilidad a la unidad de salud	Cualitativa nominal	Capacidad que tiene la mujer para moverse a una unidad de salud en caso de enfermar o para realizar sus prácticas de autocuidado como toma de citología, retiro de MAC, chequeo de mamas, educación sobre SSR	Con accesibilidad Sin accesibilidad	Salud sexual y reproductiva

Objetivo 4: Identificar los principales problemas relacionados con la SSR

Variable	Tipo	Definición	valor/escala	Indicadores
ITS	Cualitativa dicotómica	Enfermedad pasada o actual de infección del tracto genital causada por las relaciones sexuales referida por la mujer	Si No	Salud sexual y reproductiva

Tipo de ITS	Cualitativa nominal	Conocimiento de la mujer sobre el tipo de infección de transmisión sexual a través de citología, examen al fresco, cultivos, serología	Gonorrea Clamidias HPV Herpes virus Tricomonas Gardnerella	Salud sexual y reproductiva
Complicaciones por ITS	Cualitativa nominal	Historia de haber recibido atención médica o quirúrgica	EIPA Absceso pélvico Histerectomía Ooforectomía	Salud sexual y reproductiva

Resultados

Objetivo no.1

Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las mujeres del estudio.

La edad de las mujeres en edad fértil se dividió en rangos, siendo el intervalo de 20 a 25 años y el de 26 a 35 años con un total de 30 individuos equivalente al 37.5%. Sigue en orden el rango de 36 a 45 años, con un total de 18 personas (22.5%), y el rango de 46 a 55 años con 2 individuos (2.5%). (Ver anexo, tabla 1, gráfica 1)

El Estado Civil se dividió en cinco categorías, en primer lugar se encuentra la Unión libre con 60 individuos (75.0%), le sigue con 18 personas la categoría Casada (18%); y en último lugar, se encuentran las mujeres solteras con 2 personas (2.5%) (Ver anexo, tabla 2, gráfica 2)

La escolaridad de las mujeres en este estudio se dividió en: secundaria equivalente a 36 (45.0%) personas, la categoría primaria con 30 (37.5%) personas, las personas con ningún grado de escolaridad con 10 (12.5%), y la categoría universitaria y profesional igualmente con 2 (2.5%) personas. (Ver anexo, tabla 3, gráfico 3)

En relación a la ocupación se dividió en 3 categorías, ama de casa con un total de 68 (85.0%) personas, seguido de otras ocupaciones con 8 (10%) personas y de última se encuentra la categoría de comerciante con 4 (5%) personas. (Ver anexo, tabla 4, gráfica 4)

En cuanto a la procedencia, la categoría rural equivale a 76 (95.0%) personas y la urbana 4 (5.0%) personas. (Ver anexo, tabla 5, gráfica 5)

La vida sexual activa de las mujeres se dividió por rangos de edad, aquellas que la iniciaron de 16 a 19 años corresponden a 60 (75.0%) personas, luego antes de los 15 años equivalente a 16 (20%) personas. Seguido de dos categorías de 20 a 24 años y de 25 a más, con un total de 2 personas ambas respectivamente equivalente a 2.5% por cada una. (Ver anexo, tabla 6, gráfica 6)

Los métodos anticonceptivos de las mujeres se dividen en hormonales e inyectables con 30 personas cada uno respectivamente equivalente a 37.5% cada uno. Sigue, la categoría de otros métodos con 10 (12.5%) personas, luego las anticonceptivos orales con 8 (10%) personas, y en última instancia están los preservativos con 2 (2.5%) personas. (Ver anexo, tabla 7, gráfica 7)

En relación a la edad del primer parto, la categoría menor de 20 años equivale a 40 (50%) personas, seguido de mujeres que tuvieron su primer parto entre los 20-35 años con 34 (42.5%) personas. Y en última instancia están las mujeres que no tuvieron ningún parto equivalente a 6 (7.5%) personas. (Ver anexo, tabla 8, grafica 8).

En relación a los abortos, las mujeres que no tuvieron abortos se tiene que 60 (75%) personas, y aquellas que tuvieron menor o igual a 2 abortos equivalen a 20 (25%) personas. (Ver anexo, tabla 9, gráfica 9).

En relación al número de cesáreas, las mujeres que no tuvieron ninguna cesárea son 48 (60.0%), seguido de aquellas con menor o igual a 2 con 26 (32.5%) mujeres, y las que tuvieron más de dos cesáreas que son 6 (7.5%) personas. (Ver anexo, tabla 10, gráfico 10)

El índice de masa corporal en las mujeres estuvo en primer lugar la categoría de 18 a 24.9 con 26 (32.5%) personas, seguido de bajo peso (menos de 18) con un total de 23 (28.8%) personas, luego está la categoría sobrepeso (25 a 29.9) con un total de 20 (25.1%) personas, y de último está la categoría de 30 a más con un total de 11 (13.8%) personas. (Ver anexo, tabla 11, gráfico 11)

Objetivo no.2

Identificar algunas prácticas de autocuidado utilizadas por las mujeres participantes.

En cuanto al uso del preservativo las mujeres afirmaron utilizarlo, la categoría A veces con 54 (67.5%) personas, luego la categoría Nunca con 18 (22.5%) personas y finalmente Siempre con 8 (10.0%) personas. (Ver anexo, tabla 12, gráfico 12)

Los motivos para utilizar los preservativos son Para Prevenir ITS en total de 50 (62.5%) personas, siguen las que no utilizan con un total de 18 (22.5%) individuos, en orden de frecuencia esta la

categoría Para Prevenir embarazos con un total de 8 (10%) personas. Y finalmente las que la utilizan por ambas razones un total de 4 (5%) personas. (Ver anexo, tabla 13, grafica 13).

La atención médica recibida por las mujeres del estudio en el tiempo que ellas dispusieron fue de 80 es decir del 100%. (Ver anexo, tabla 14, gráfica 14).

La Prueba de VIH realizada por 74 (92.5%), y no la realizaron un total de 6 (7.5%). (Ver anexo, tabla 15, gráfica 15)

En relación a la realización del PAP cada 2 años, las 80 (100%) mujeres se lo realizaron. (Ver anexo, tabla 16, gráfica 16).

En cuanto al intervalo de realización del PAP de al menos de 1 a 2 años, las 80 (100%) mujeres refirió realizárselos dentro de este período de tiempo. (Ver anexo, tabla 17, gráfica 17)

El conocimiento para el cual se realiza el PAP está presente en 80 (100%) de las mujeres del estudio. (Ver anexo, tabla 18, gráfica 18).

La autoexploración de las mamas, se dividió en mujeres que la realizan con 52 (65.0%) representantes, seguido de las que no la realizan 26 (32.5%), y que las que a veces se la realizan con 2 (2.5%) mujeres. (Ver anexo, tabla 19, grafica 19)

En relación a la frecuencia con que las mujeres de este estudio se realizan la exploración de mamas, están las que lo hacen cada 6 meses y que no la realizan ambas categorías con 26 (32.5%) mujeres. Sigue, las que la realizan cada 3 meses con 18 (22.5%) mujeres; y finalmente las que lo realizan cada mes con 10 (12.5%) mujeres. (Ver anexo, tabla 20, gráfico 20).

Las razones por las que las mujeres que no se realizan el autoexamen de mamas son 13 (50%) y 13 (50%) personas con las categorías No sabe cómo realizarlo y No le interesa. (Ver anexo, tabla 21, gráfica 21).

El examen clínico de mamas en la unidad de salud, lo realizan un total de 56 (70%) mujeres, y no la realizan 24 (30%) mujeres. (Ver anexo, tabla 22, gráfica 22)

La frecuencia con la que se realizan el examen clínico de mamas en unidad de salud es la categoría anual o menos con un total de 56 (70%) mujeres, y las que nunca se lo realizan en la unidad de salud son un total de 24 (30%) mujeres. (Ver anexo, tabla 23, gráfica 23)

La realización de la mamografía se divide en aquellas que no tienen la edad con un total de 54 (67.5%) mujeres, seguido de las que no la realizan con 14 (17.5%) mujeres, y en última instancia las que si la realizan con 12 (15.0%) mujeres. (Ver anexo, tabla 24, gráfica 24).

La actividad física en las mujeres se dividió en las categorías A veces con un total de 44 (55.0) mujeres, y luego la categoría No con un total de 36 (45%) mujeres. (Ver anexo, capítulo 25, gráfica 25).

Las mujeres que fueron víctimas de violencia se dividen en las que no tuvieron violencia con un total de 72 (90%) de personas, y las que recibieron violencia con un total de 8 (10%). (Ver anexo, tabla 26, gráfica 26).

Del total de las 8 mujeres que recibieron violencia por su pareja un total de 8 personas equivalente al 100%. (Ver anexo, tabla 26, gráfico 26).

Objetivo no. 3

Mencionar los factores determinantes asociadas a las prácticas de autocuidado

El factor laboral que impidió que las mujeres se realizaran prácticas de autocuidado estuvo presente en 50 (62.5%) mujeres y no estuvo presente en 30 (37.5%). (Ver anexo, tabla 29)

El factor cultural que impide que las mujeres no se realicen prácticas de autocuidado no se presentó en ninguna mujer del estudio. (Ver anexo, tabla 30)

El factor sexual que impide que las mujeres no se realicen prácticas de autocuidado se presentó en 40 (50%) mujeres, y en el mismo número no se presentó. (Ver anexo, tabla 31)

En cuanto al factor familiar, se tiene que aquellas mujeres que tienen este factor que impide que tengan adecuadas prácticas de autocuidado son en total 20 (25.0%) de las personas, y el resto que son 60 (75.0%) no la tienen. (Ver anexo, tabla 32).

El factor ambiental que impide que las mujeres tengan adecuadas prácticas de autocuidado se dividen en 50 (62.5%) que si las tienen y 30 (37.5%) que no las tienen. (Ver anexo, tablas 33).

En relación a las comorbilidades de las mujeres, se tiene que en 64 (80%) de las mujeres no tiene ninguna enfermedad, siguen las mujeres con Hipertensión Arterial en total de 8 (10%), le sigue las mujeres con Diabetes Mellitus con un total de 8 (10%), y en último lugar Otras comorbilidades junto a la Artritis Reumatoide con 2 cada una respectivamente, equivalente al 2.5%. (Ver anexo, tabla 34, gráfico 28).

Dentro de los antecedentes de Cáncer de Cérvix se tiene que solamente 7 (8.75%) tuvieron antecedentes de este tipo de cáncer. Y el resto que son 73 (91.25%) no lo tienen. (Ver anexo, tabla 35).

En relación al cáncer de mama se tiene que un total de 18 (22.5%) mujeres tienen antecedentes de esta enfermedad en algún grado de consanguinidad. Y el resto que son 62 (77.5%) no lo tienen.

En relación a la accesibilidad a la unidad de salud de las mujeres en edad fértil se tiene que el total de las mujeres tienen acceso que son 80 (100%). (Ver anexo, tablas 36, gráfico 29)

Objetivo no. 4

Describir algunos problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

En relación a las infecciones de transmisión sexual se tiene que 70 (87.5%) no tuvieron ninguna. Sigue el VPH con 6 (7.5%) mujeres, seguido de la tricomoniasis con 2 (2.5%) mujeres; le sigue la clamidiasis y la gardnerella con 1 (1.3%) cada una respectivamente. (Ver anexo, tabla 37, gráfico 30)

Las complicaciones de las ITS solamente se presentaron la enfermedad pélvica inflamatoria en 6 (7.5%) mujeres y en 74 (92.5%) no se presentaron (Ver anexo, tablas 37, gráfico 31)

Análisis y discusión de los Resultados

El autocuidado en las mujeres en edad fértil es uno de los pilares que determinan los indicadores de morbilidad y mortalidad en un país. Especialmente en Nicaragua, donde la mayoría de la población es del sexo femenino y que se encuentran en la pirámide poblacional dentro del rango de edad fértil.

En este estudio la mayoría de la población se encontró en el rango de 20 a 35 años aproximadamente el 80% de la población. Igualmente al de estudios de los antecedentes como el Guevara y Rabanal, y diferenciándose con el Haumani donde la población es aún mayor. Con esto se puede observar que la mayoría de las mujeres independiente de la edad tienen acceso a las unidades de salud.

El estado civil es también uno de los determinantes que participan en el autocuidado. En este estudio predominó la categoría que mayor tuvo porcentaje es la de unión libre. Haciendo referencia que muchas veces las mujeres tienen la creencia que cuando no tiene pareja no debe tener prácticas adecuadas de autocuidado o que ciertas enfermedades no pueden contraerse. Solamente el estudio que se realizó en Medillín de Geraldo y Arango hizo referencia que aquellas mujeres que se encontraban casadas y que eran mayores tenían mejores prácticas de autocuidado.

La escolaridad es sino el más importante factor que determina el autocuidado de las mujeres. En este estudio la mayoría de la población corresponde a secundaria terminada, es decir con educación media; y se tiene que hay pocas mujeres analfabetas pero también pocas profesionales. Esto se corresponde con la mayoría de los estudios de los antecedentes donde la mujeres llegaron hasta educación media y se estableció como factor de riesgo para no tener prácticas de autocuidado en temas de salud sexual y reproductiva, especialmente el estudio de Castro realizado en 2012, en el Instituto de la Mujer, en México.

En relación a la ocupación, este estudio refiere que la mayoría de la población trabaja siendo ama de casa. Solamente el estudio de López Castillo de 2014, hace referencia al trabajo de la mujer, donde se encuentra que la mujer labora en su casa y que éstas por ciertos factores de tiempo y otros, no tienen acceso a las unidades de salud y prácticas personales de autocuidado. Sin embargo,

en este estudio; a pesar, que la población trabaja de esta forma, si hay una accesibilidad en 100% a las unidades de salud.

La población de estudio fue de procedencia rural con más del 90%, siendo un factor determinante en las prácticas de autocuidado personal en su vida diario. Ningún estudio hizo referencia a esta variable. En esta investigación se concluye que esta característica no impide que la mujer tenga acceso al conocimiento y atención médica para tener adecuadas prácticas.

El inicio de vida sexual activa en las mujeres de estudio fue principalmente antes de los 20 años y en ese momento se inició con los métodos anticonceptivos que fueron principalmente los métodos hormonales y en última instancia los preservativos. En comparación con el estudio de Torres Leguía que fueron mujeres pre menopáusicas ellas refirieron que su IVSA fue igualmente antes de los 20 años. Y en relación al uso de los métodos anticonceptivos se tiene que en el estudio de Guevara y Rabanal, los métodos más utilizados fueron los hormonales tanto inyectables como orales. Dejando el preservativo como una opción alternativa, incrementando la transmisión de ciertas enfermedades prevenibles.

La edad del primer embarazo o el inicio de las gestaciones en esta investigación, se tiene que empiezan antes de los 20 años en un 50%. Igualmente en el estudio de Castro, que se realizó en El Instituto De la Mujer, refiere que se inició la vida sexual antes de los 17 años y que la mayoría de la población tiene más de una gestación. Siendo factores que hacen el autocuidado de la mujer disminuya. Igualmente en el estudio de Guevara y Rabanal, el inicio de vida sexual activa se encontró en el rango de 15 a 21 años de edad, siendo un factor de riesgo para multiparidad y contagio del VPH. Pero si asoció al uso de métodos anticonceptivos de tipo principalmente hormonal y no de barrera.

En este estudio se incluyeron ciertas variables que en las investigaciones de los antecedentes no se toman en cuenta como son la prueba del VIH, la violencia intrafamiliar y su búsqueda de ayuda. La prueba de VIH se realizó en el 100% de la población, esto como parte del modelo de salud familiar y comunitaria. Ninguna mujer tuvo un resultado positivo. En cambio en la violencia intrafamiliar si existió un 10% de población que percibió maltrato de algún tipo. Sin embargo, el

100% de la población con maltrato acudió a buscar ayuda ya sea a un familiar o a alguna institución; garantizando un aumento de las prácticas de autocuidado personal.

En esta investigación tanto la accesibilidad como la atención médica se presentaron en un 100% de la población. La realización del PAP y el conocimiento para qué se realiza dicho tuvo una importancia significativa en el autocuidado, ya que toda la población se realizó la citología cervical al menos de 1 a 2 años. En cambio, en estudios citados en antecedentes no todas las mujeres acuden puntualmente a su citología cervical como es el caso del estudio de Torres Leguía. Los conocimientos del PAP también se evaluaron en el de Guevara y Rabanal, en el cual se refleja que éstas prácticas se realizaron y que contribuyeron a mejorar el autocuidado en las pacientes.

La mamografía se realiza en más del 50% de la población que tiene la edad apta. En estudios citados, únicamente el realizado en Medellín por Geraldo y Arango refleja que muchas mujeres no se realizan el autoexamen, el examen clínico de mamas y la mamografía. El 60% de mujeres con riesgo o sin riesgo tienen prácticas de autocuidado de mamas inadecuado. El estudio también mostró que las mujeres de mayor edad tenían mayores conocimientos, pero más creencias negativas y menos prácticas de autocuidado que las jóvenes. En Nicaragua, las mamografías y la atención ginecológica especializada son de carácter gratuito, por lo que estas prácticas de autoexamen de mamas, de examen clínico en unidad y de imagenología muchas veces están determinada no por la accesibilidad sino por los conocimientos de la importancia de prevención de enfermedades.

Dentro de las variables más importantes que se utilizaron para estudiar las prácticas de autocuidado están los diferentes tipos de factores laboral, familiar, cultural y ambiental; todas las mujeres refieren presentar estas dificultades; pero ciertas características no concuerdan ya que ellas refieren tener accesibilidad adecuada y atención médica en el tiempo que deseen. Orientando más a que las dificultades son por factores culturales, es decir, creencias que eviten la realización de ciertos tipos de exámenes y prácticas que hagan que la mujer tenga un autocuidado óptimo.

Ninguno de los estudios citados hace referencia a las comorbilidades de las mujeres. En cambio en esta investigación se observa que la mayoría de las mujeres son sanas pero un buen número

tiene alguna patología crónica que hace que acuda a la unidad de salud, y en esa visita pueda ser captado para realizarse prueba de VIH, toma de PAP y educación sobre planificación familiar.

Conclusiones

Las prácticas de autocuidado representan un factor determinante en la morbilidad y mortalidad en las mujeres de edad fértil de una determinada nación. En Nicaragua existen programas destinados a este tipo de autocuidado como la toma de PAP, la prueba de VIH, y las charlas educativas.

Este trabajo se realizó en el Hospital Amistad Japón, un centro departamental que tiene captación de toda la población granadina, tanto urbana como rural; y de todos los estratos sociales.

El grupo de edad que predominó fue el de 20-25 años y el de 26-35 años, que son grupos de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual y en el cual se puede incidir y transmitir cuales son los cuidados necesarios para prevenir ciertas enfermedades

Todas las mujeres tienen acceso a las pruebas de VIH, toma de PAP, uso de métodos anticonceptivos y mamografía de forma gratuita en las unidades de Salud.

El factor más importante que impide un adecuado autocuidado es el cultural.

Recomendaciones

AL MINSA:

- Continuar con el modelo de salud familiar y comunitaria que garantice la accesibilidad de todos los servicios de salud a todas las mujeres sin discriminación y en todos los rincones del país.
- Dar capacitación a médicos y enfermeras sobre temas de salud sexual y reproductiva así como los cuidados pertinentes.

AL HOSPITAL AMISTAD JAPÓN

- Garantizar charlas educativas en salas de espera para que las mujeres tomen conciencia que sus problemas pueden ser prevenibles.
- Continuar con un adecuado trato y calor humano para seguir recibiendo cantidades grandes de mujeres como pacientes y así realizar tamizaje de enfermedades.

Referencia Bibliográfica

1. ACCP, A. p. (2004). *Factores de riesgo de cáncer cervico uterino, Nota informativa*. New York, USA: ACCP.
2. Anderson, B. e. (2007). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle- income countries: over view of the Breast Health Global Initiative Global Summit . *Cancer*, 113: 2221-43.
3. Bianchi, M. (2010). Estrategias de prevención en la salud de la mujer. *Revista Médica Clínica Los Condes. Chile*, 21(5): 817-830.
4. Camarelles, F. T. (2013). Semana del autocuidado. *Editorial SemFIC*, 45(5): 229-230 DOI: 10.1016/j. aprim.2013.04.001.
5. Cantera, L. y. (2016). Prácticas de autocuidado en mujeres víctimas de violencia. *Ciencia y cultura*, 14-27
6. Castro, S. *Estudio de análisis cualitativo de las prácticas de autocuidado y atención primaria en mujeres con cáncer cervico uterino*. Instituto de la Mujer del Estado de Campeche, México, Campeche, México 2012.
7. CONISIDA. (2010). *Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA*. Managua, Nicaragua: MINSA.
8. FECASOG. (2016). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de lesiones premalignas de cáncer de cuello de utero* . Connecticut: IHCAI Foundation.
9. Galán, E. D. (2013). Tamizaje Citológico para cáncer de cuello uterino: Una problemática emergente. *Rev. Cuerpo médico. HNAAA*, 6(2):52-54.
10. Gázquez, R. A. (2013). Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados en personas con insuficiencia cardíaca. *Rev de Enfermería*, 12(30)< Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009.

11. Giraldo, C. A. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest. Educ. Enferm.*, 27(2):191-200.
12. Giraldo, O. T. (2010). La promoción de la salud, como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Promoción de la salud*, 15(1):128-143.
13. Gómez, A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia la promoción de la salud*, 22(1): 101-112.
14. Greaves, C. a. (2007). supporting self-care in general practice. *British Journal of General Practice*, 814-821.
15. Group, E. Q. (2011). *Guidelines for developing questionnaire modules*. Australia, Canadá, Reino Unido, Francia, España, Italia: Fourth Edition.
16. Haumani, D. y. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas que acuden al hospital de Huaycán, 2016. *Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería*. Escuela de Enfermería de la Universidad Ricardo Pslma, Lima, Perú 2016.
17. Health Canadá, C. o. (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Canadá: OPS.
18. Hernández, M. (2016). Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Salud Bosque. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá*, 5(2): 79-88.
19. INIDE, M. (2012). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud*. Managua, Nicaragua: INIDE.
20. (ISP, I. d. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública*. Madrid, España: Industria Gráfica MAE.
21. Kalamar, A. B. (2016). Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV, among young people in low and middle income countries: A systematic review of the

- published ann gray literature. *Journal of Adolescent Health, Baltimore, Meryland*, 522-531.
22. Larios, F. G. (2018). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Rev Esp Salud Pública. Universidad de Sevilla, España*, Vol. 92; 1 de junio e201806028.
 23. Leguía, T. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en la premenopausia en las usuarias de un centro de salud de Lima. *Tesis para optar al Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.*
 24. López, S. J. (2014). Autocuidado en mujeres en relación a la prevención del cáncer de mama. *Paraninfo Digital*, [http: //222.in53w](http://222.in53w).
 25. Lucero López, A. y. (2006). International perspective relative to Orem General Theory. *Investigación y Educación de Enfermería*, 24(2):91-100.
 26. (MYSU), M. u. (2013). *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. Montevideo: MYSU.
 27. Naranjo, Y. c. (2017). La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem. *Gaceta Médica; Universidad de Ciencias Médicas, Habana, Cuba*, 19(3)<http://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>.
 28. OMS. (2009). *Las mujeres y la salud, los datos de hoy la agenda del mañana*. Ginebra, Suiza: OMS.
 29. OMS. (2010). *Estándares de educación sexual para Europa* . Madrid , España: Madrid Salud.
 30. OMS. (2016). *Estrategia mundial del sector en salud contra las infecciones de transmisión sexual*. Geneva, Suiza: OMS.
 31. OMS. (3 de agosto de 2016). *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

32. OMS. (29 de noviembre de 2017). *Violencia contra la mujer*. Obtenido de Nota descriptiva: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
33. OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra, Suiza: OMS, Argentina.
34. OMS. (8 de febrero de 2018). *Planificación familiar*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
35. OPS / OMS, U. (2009). *Detección temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas*. Ginebra, Suiza: OPS.
36. OPS. (2010). *Vinculación de programas y servicios de SSR, género y prevención de de VIH e ITS*. Washinton, EEUU: OPS.
37. OPS/OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washinton, D.C: ISBN.
38. OPS/OMS. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino. Guías prácticas esenciales*. Washington. D.C: OPS.
39. OPS/OMS. (2017). Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervico uterino: informe final. *CSP29/INF/4* (págs. 1-10). Washington, D.C.: OMS.
40. Orem, D. (1993). *Modelo de Orem*. Barcelona, España: Salvat Enfermería.
41. Orem, D. (2009). Teoría del autocuidado. En E. Leiva Sanchez, *Módulo de Enfermería* (págs. 59-60). Lima. Perú: <https://www.scribd.com/doc/47631047/MODULO-ENFERMERIA-I>.
42. Prado, L. G. (2014). La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.*, 36(6). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004.
43. Rodriguez, L. S. Factores de riesgo y autocuidado relacionados con la incidencia de ITS en mujeres en edad fértil. PS José Rubí. *Monografía para optar al título de licenciada en ciencias de enfermería*. Puesto Salud José Rubí, Quezalguaque, León-Nicaragua. 2013.

44. Schneider, J. B. (2016). El autocuidado y apoyo social de mujeres de un proyecto de seguimiento mamográfico en Porto Alegre, Brasil. *Rev de Psicooncología*, Vol. 13; Núm. 1; pp. 39-58.
45. SEMAP, S. M. (Abril, 2015). *el autocuidado en las personas con enfermedad crónica*. Madrid, España: SEMAP.
46. Silas González, D. y. (2011). Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Desarrollo científico de Enfermería*, 19(2): 67-69.
47. Uribe, T. (Mayo de 1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Obtenido de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
48. Yago, T. T. (2013). Condicionantes de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario. *Rev de atención primaria*. Zaragoza, España, 45(8): 418-425.
49. Yip, C. S. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low and middle-income countries. *Cancer*, 113 (8): DOI.ORG/10.1002/CNCR.23842.

ANEXOS

Objetivo 1: Características sociodemográficas, sexuales y reproductivas de las mujeres en estudio

Características socio demográficas, Sexuales y reproductivas	Total
Edad	
Menos de 20 años	
21 a 29	
30 a 39	
40 a más	
Procedencia	
Rural	
Urbana	
Nivel de escolaridad	
Ninguna	
Primaria	
Secundaria	
Bachiller	
Universidad	
Profesional	
Estado civil	
Casada	
Soltera	
Unión libre	
Ocupación	
Tipo	

No trabaja

IMC

<19

20 a 24

25 a 29

30 a más

Nº Gestas, paras, abortos, cesáreas

Legrados por aborto o biopsia

IVSA

Tiempo convivencia con su pareja

Menos de 3 años

3 a más

Edad primer parto

Antes de los 18

18 a 19 años

20 años a más

Fumado

Si

No

Licor

Si

No

Actividad física

Fuente: Cuestionario, HAN

Objetivo 2: Describir las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres

Prácticas	frecuencia	porcentaje
Uso de MAC		
Si		
No		
Tiempo de uso		
Menos de 3 años		
Más de 3 años		
Planificación de su último embarazo		
si		
no		
Tipo de MAC últimos 3 años		
ACO		
Inyectables		
DIU		
Preservativo		
Esterilización		
Otros		
Uso preservativo		
Siempre		

Ocasional

Nunca

Prueba de VIH últimos 3 años

Si

No

Conocimiento sobre prueba

Si

No

Tamizaje con Papanicolaou

Rutinario

No rutinario

Nunca

Conocimiento de resultados

Si

No

Se preocupa por resultado

Si

No

Asiste a sus citas médicas por
problemas ginecológicos

Si

No

Tamizaje de Cáncer de mamas

Autoexamen de mamas

Cada mes

2 a 5 meses

6 meses a < 1 año

Cada año o más

Examen clínico de mamas

Cada 6 meses o menos

6 a 1 años

Más de un año

Conocimientos sobre examen

de mamas

Si

No

Asistencia médica

Si

No

Usa condón para prevenir ITS

Si

No

Acude a unidad de salud por

Síntomas vaginales o dolor

Si

No

A veces

Se preocupó por cumplir

tratamiento

Si

No

Acudió a cita de control

Si

No

No le dieron cita

Fuente: Cuestionario

Prácticas de autocuidado**Total**

Ha sido víctima de maltrato

Físico

Verbal

Psicológico

Pidió ayuda

Se separó de su pareja

Lo denunció

Ha recibido amenazas

Acudió a centros de ayuda

Total

Fuente: Cuestionario

Objetivo 3: Mencionar factores determinantes para adoptar las prácticas de autocuidado

Factores determinantes**Con
prácticas****Sin
prácticas****IC95%
p<0.05**

Edad mayor de 25 años

Si

No

Nivel de escolaridad moderado a alto

Si

No

Multiparidad mayor de tres hijos

Si

No

Factor laboral presente

Si

No

Factor cultural presente

Si

No

Accesibilidad a la unidad de salud

Si

No

Necesidad insatisfecha de MAC

Si

No

Conocimiento sobre MAC

Si

No

Conocimiento sobre ITS

Si

No

Conocimiento sobre el VIH

Si

No

Factor de género

Presente

Ausente

Hábitos no saludables

Hábitos saludables

Enfermedades crónicas

Si

No

Antecedentes familiares de cáncer de mama

Si

No

Apoyo familiar o de amigos por violencia

Si

No

Total

Fuente: ficha de recolección de datos, HAJN

Objetivo 4: Identificar los problemas de salud que presentaron las mujeres del estudio

Riesgo	Si	No	Total
ITS			
EIPA			
Absceso pélvico			
Histerectomía			
Ooforectomía			
Embarazo ectópico roto			
Aborto complicado			
Embarazo no planificado			
Violencia o maltrato			
Otros			

Fuente: Cuestionario

Consentimiento Informado

Lugar y fecha: _____.

Código: _____.

La Dra. _____ código SILAIS Granada _____ de la comunidad _____ me ha explicado en términos sencillos la importancia del autocuidado en la salud sexual y reproductiva

Por lo tanto, yo _____ padre / tutor del niño _____ autorizo al personal de salud a hacerme partícipe del estudio monográfico. Para la obtención de datos que estimen convenientes para el estudio, guardando confidencialidad para utilización de datos meramente académica.

Paciente

Personal de salud

Ficha de recolección

Este cuestionario es sobre algunas prácticas de autocuidado en salud de la mujer, es de carácter investigativo y es anónimo por lo que no necesita poner su nombre. Lo único que se le pide es que sus respuestas sean verdaderas ya que serán de mucha utilidad para el estudio.

I. Edad ____ Estado civil ____ Religión ____ Escolaridad ____

Procedencia: Rural ____ Urbana ____ ocupación _____ Peso _____

¿A qué edad se casó o tuvo pareja la primera vez? _____

¿Cuánto tiempo tiene de estar con su pareja actual? _____ Tuvo otra pareja antes que la actual?
____ Embarazos ____ Paras ____ Abortos ____ Cesáreas ____

¿A qué edad tuvo su primer hijo? _____ Su último hijo? _____

II. ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo en los últimos 3 años? ____

Señale cual _____ ¿Cuántos años tiene de usarlo? _____

Han utilizado preservativo en las relaciones sexuales:

Siempre ____ en ocasiones ____ Nunca ____ Cuando lo utiliza es para prevenir embarazos ____
Protegerse de infecciones de transmisión sexual _____

¿Todos sus embarazos han sido planificados? Si ____ algunos ____ ninguno ____

¿Su último embarazo fue planeado?

¿Si no planifica tiene alguna razón? Porque en el centro de salud nunca hay ____ el centro le queda muy largo ____ Le hace daño ____ No le gusta ir al centro ____ su religión no se lo permite ____ A su pareja no le gusta que planifique ____ quería salir embarazada ____

III: Que sabe sobre la prueba de Papanicolaou? _____

¿Ha recibido información sobre el Papanicolaou? _____

¿Alguna vez se ha realizado Papanicolaou _____ Cada cuanto se realiza el Papanicolaou?

Cada 1 a 2 años _____ Cada 3 a 5 a más años _____ hace más de 5 años que no lo realizo _____

¿Sabe el resultado de su último PAP? _____

Si no sabe ha sido porque:

Cuando fui a pedirlo estaba lleno el centro y no me lo dieron _____

En el centro de salud lo perdieron _____ No fue a traerlo por falta de tiempo _____

El centro me queda largo _____ me da temor saber el resultado _____

¿Recibió algún tratamiento después del resultado? _____

¿Qué tipo de tratamiento? _____

¿Le han realizado colposcopia o biopsia por tener alguna lesión? _____

¿Se curó de su problema? _____ está con seguimiento? _____

III. ¿Alguna vez se ha examinado sus mamas? _____

¿Ha recibido información sobre el autoexamen de mamas? _____ Dónde? _____

¿Con que frecuencia se lo realiza? Cada mes _____ cada 3 a 6 meses _____

Cuando me acuerda _____ Nunca me lo he realizado porque no sé cómo hacerlo _____

No tengo tiempo _____ no me interesa hacerlo _____

¿Alguna vez le han realizado chequeo o revisión de sus pechos? _____

¿Hace cuánto? _____ Alguna vez le han diagnosticado algún problema en sus pechos? _____

¿Qué tipo de problemas? _____ Recibió tratamiento? _____

¿Le resolvieron su problema? _____

¿Tiene algún familiar con cáncer de mamas? _____

Si tiene más de 40 años se ha realizado mamografía en los últimos 2 a 3 años _____

¿Alguna vez ha solicitado la mamografía? _____ Practicó la lactancia materna? _____

V. De estos problemas ginecológico cual ha manifestado en los últimos 2 años?

Dolor en vientre _____ flujo vaginal _____ Dolor o ardor vaginal _____

¿Ha visitado médico por algún problema ginecológico? _____

¿Ha recibido información sobre infecciones de transmisión sexual? _____

¿Qué tipo de información? _____

¿Alguna vez le diagnosticaron infección vaginal o de transmisión sexual? _____

¿Qué tipo de infección? _____ Acudió al médico? _____

¿Recibió tratamiento? _____ se curó de la infección? _____

¿Estuvo hospitalizada por algún problema ginecológico? _____ Qué problema? _____

¿La han operado de sus ovarios o su matriz? _____ Que cirugía? _____

¿Alguna vez le han hecho la prueba de VIH? _____

¿Ha recibido información sobre esta prueba? _____

¿De dónde obtuvo la información? _____

VI. Alguna vez se ha sentido obligada o forzada a tener relaciones sexuales? _____

¿Cuántas veces? _____ Alguna vez se ha sentido amenazada o maltratada por su pareja? _____

¿Ha recibido golpes o empujones? _____ Cuántas veces? _____

¿Buscó ayuda profesional para su problema? _____ De quién? _____

¿Recibió apoyo de su familia? _____ amigos? _____ padres? _____ Otros? _____

¿Logró librarse de esa situación? _____ Le afectó su salud? _____

¿Su pareja actual la apoya económicamente? _____ En el hogar _____ con los hijos _____

VII Fuma? _____ Tiempo de fumar _____ N° de cigarros por día _____

¿De qué enfermedades padece? _____ Tiempo de padecerla _____

¿Cumple con su tratamiento y seguimiento? _____

¿La han operado alguna vez? _____ Qué tipo de cirugía? _____

¿Hace algún tipo de actividad física para mejorar su imagen corporal o su peso?

Siempre _____ a veces _____ Nunca _____

¿Ha subido o bajado de peso en el último año? _____ Le preocupa? _____

¿Licor _____ frecuencia _____ Otras drogas _____ padece de diabetes? _____

¿Presión alta? _____ Anemia? _____ recibe algún tipo de tratamiento? _____

¿Cumple con su tratamiento de forma disciplinada? _____

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1.

Edad de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 25 años	30	37.5
26 a 35 años	30	37.5
36 a 45 años	18	22.5
46 a 55 años	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 2.

Estado Civil de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	2	2.5
Casada	18	22.5
Unión libre	60	75.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 3.

Escolaridad de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	10	12.5
Primaria	30	37.5
Secundaria	36	45.0
Universitaria	2	2.5
Profesional	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 4.

Ocupación de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	68	85.0
Comerciante	4	5.0
Otras	8	10.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 5.

Procedencia de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	4	5.0
Rural	76	95.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 6.

Inicio de vida sexual activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 15 años	16	20.0
16 a 19 años	60	75.0
20 a 24 años	2	2.5
25 a más	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 7.

Método anticonceptivo de mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019}

Anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
ACO	8	10.0
Hormonales/Inyectables	30	37.5
Esterilización	30	37.5
Preservativos	2	2.5
Otros	10	12.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 8.

Método anticonceptivo de mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Edad del primer parto	Frecuencia	Porcentaje
Sin parto	6	7.5
Menos de 20	40	50.0
20-35 años	34	42.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 9.

Método anticonceptivo de mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	60	75.0
Menor o igual 2	20	25.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 10.

Número de cesáreas mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
No cesáreas	48	60.0
Menor o igual 2	26	32.5
Mayor de 2	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 11.

Índice de Masa Corporal de mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 18	23	28.8
19 a 24.9	26	32.5
25 a 29.9	20	25.1
30 a más	11	13.8
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 12.

Uso de preservativos en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Uso del preservativo	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	10.0
A veces	54	67.5
Nunca	18	22.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 13.

Motivo del uso de preservativo en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Para prevenir embarazos	8	10.0
Para prevenir ITS	50	62.5
Ambos	4	5.0
No utiliza	18	22.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 14.

Atención médica en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Atención Médica	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sí</i>	<i>80</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 15.

Prueba de VIH en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Prueba de VIH	Frecuencia	Porcentaje
Sí	74	92.5
No	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 16.

Realización de PAP cada 2 años en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

PAP cada 2 años	Frecuencia	Porcentaje
Sí	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 17.

Intervalo 1 a 2 años de PAP en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Intervalo de realización de PAP	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 años	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 18.

Conocimiento del PAP en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Conocimiento del PAP	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 19.

Autoexploración de mamas en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Autoexploración de Mamas	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	65.0
No	26	32.5
A veces	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 20.

Frecuencia de exploración de las mamas en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Frecuencia de exploración	Frecuencia	Porcentaje
Cada mes	10	12.5
Cada 3 meses	18	22.5
Cada 6 meses	26	32.5
No realiza	26	32.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 21.

Razones por las que no se realiza el autoexamen de las mamas en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Frecuencia de exploración	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	13	50.0
No le interesa	13	50.0
Total	26	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 22.

Examen Clínico de mamas en unidad de salud en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019

Examen Clínico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	56	70.0
No	24	30.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 23.

Frecuencia con que se realizan el Examen Clínico de mamas en unidad de salud en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Anual o menos	56	70.0
Nunca	24	30.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 24.

Mamografía en unidad de salud en mujeres activa de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Mamografía	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	15.0
No	14	17.5
No tiene la edad	54	67.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 25.

Actividad física de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
No	36	45.0
A veces	44	55.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 26.

Víctimas de violencia por su pareja en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Víctimas de violencia	Frecuencia	Porcentaje
No	72	90.0
Si	8	10.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 27.

Víctimas de violencia por su pareja en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Víctimas de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	10.0
No	72	90.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 28.

Factor laboral que impide las prácticas de autocuidado en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Factor laboral	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	62.5
No	30	37.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 29.

Factor laboral que impide las prácticas de autocuidado en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Factor laboral	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	62.5
No	30	37.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 30.

Factor cultural que impide las prácticas de autocuidado en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Factor cultural	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	80	100
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 31.

Factor sexual que impide las prácticas de autocuidado en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Factor sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	50.0
No	40	50.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 32.

Factor familiar que impide las prácticas de autocuidado en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Factor familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	25.0
No	60	75.0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 33.

Factor ambiental que impide las prácticas de autocuidado en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Factor ambiental	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	62.5
No	30	37.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 34.

Comorbilidades en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Sin comorbilidad	64	80.0
Diabetes	4	5.0
HTA	8	10.0
Otras	2	2.5
AR	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 35.

Antecedentes de cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Antecedentes de Ca Cérvix	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	8.75
No	73	91.25
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 35.

Antecedentes de cáncer de mama en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Antecedentes de Ca Mama	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	22.5
No	62	77.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 36.

Accesibilidad a la unidad de salud en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Accesibilidad a la Unidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	100
No	0	0
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 37.

ITS mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

ITS	Frecuencia	Porcentaje
Sin ITS	70	87.5
Clamidiasis	1	1.3
VPH	6	7.5
Tricomoniasis	2	2.5
Gardnerella	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 37.

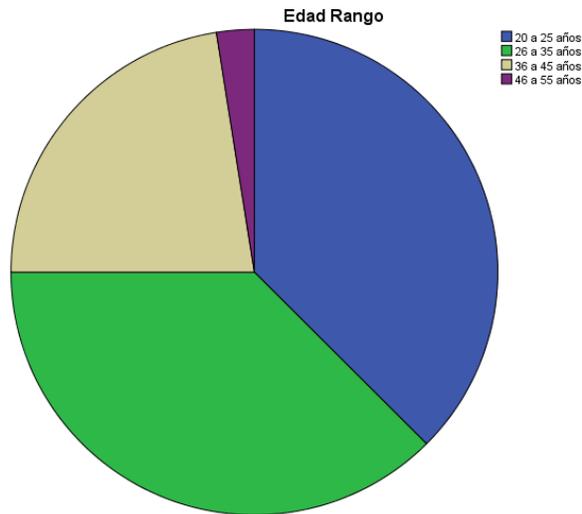
Complicaciones de la ITS en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	74	92.5
EIP	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

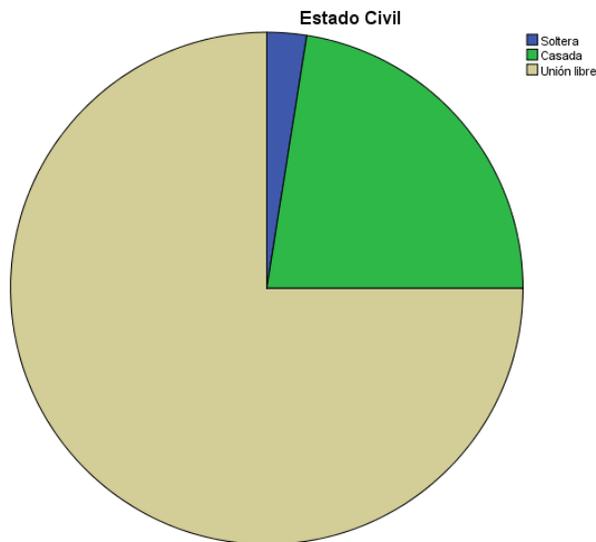
Gráfico 1.

Edad de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

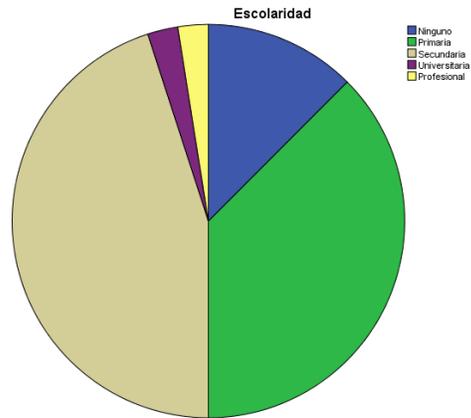
Gráfico 2. Estado Civil de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 3.

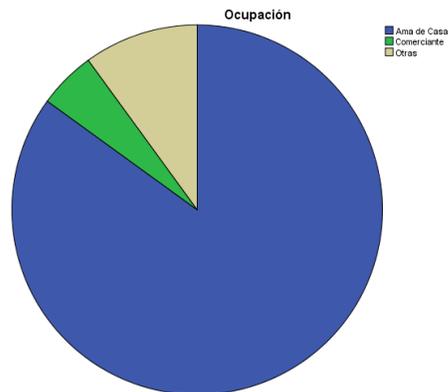
Escolaridad de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 4.

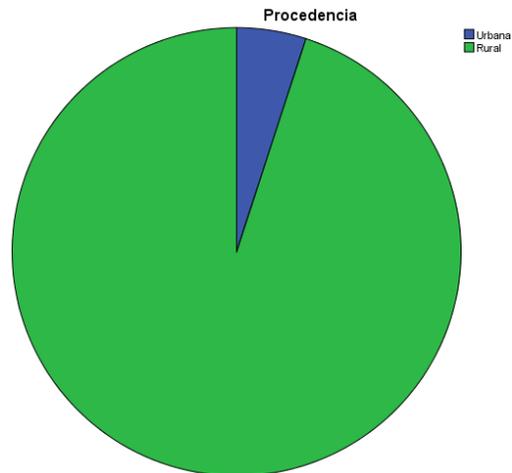
Ocupación de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

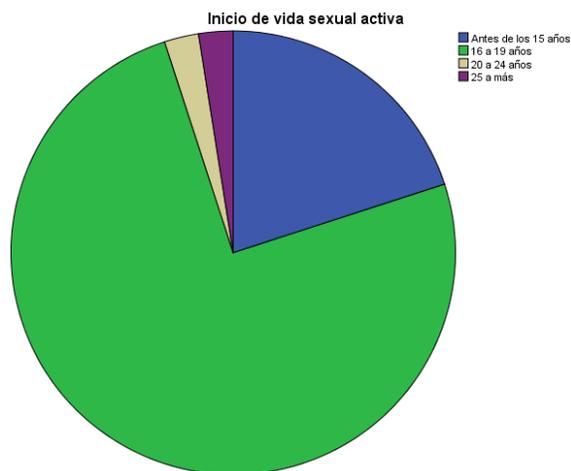
Gráfico 5.

Procedencia de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

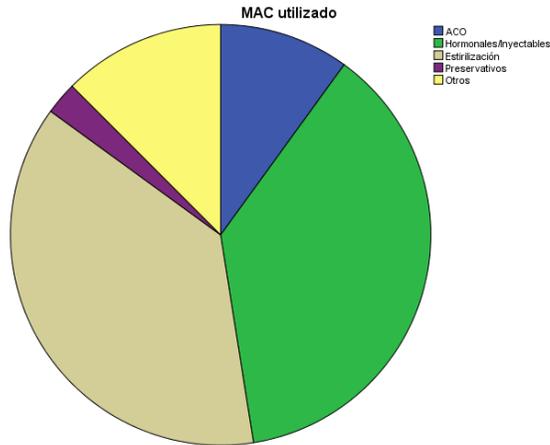
Gráfico 6 Métodos Anticonceptivos de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 7.

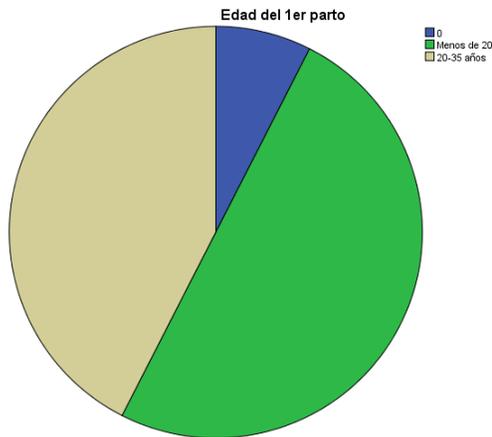
Métodos Anticonceptivos de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 7.

Métodos Anticonceptivos de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 8.

Partos de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.

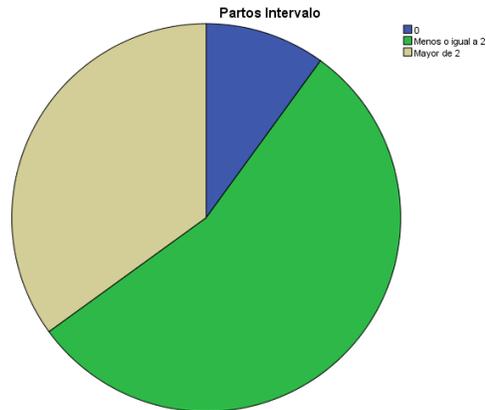
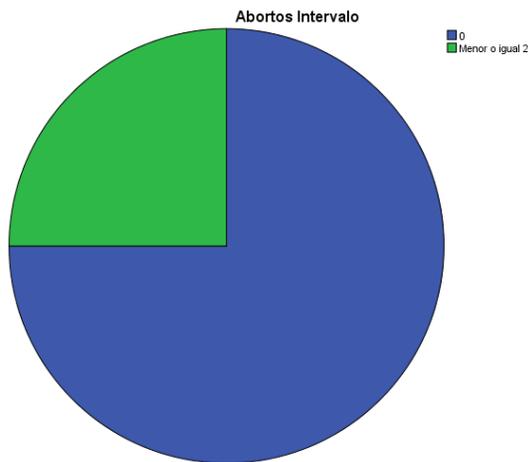


Gráfico 9

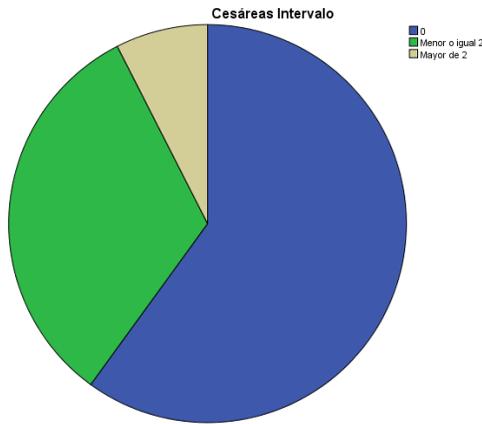
Abortos de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 10

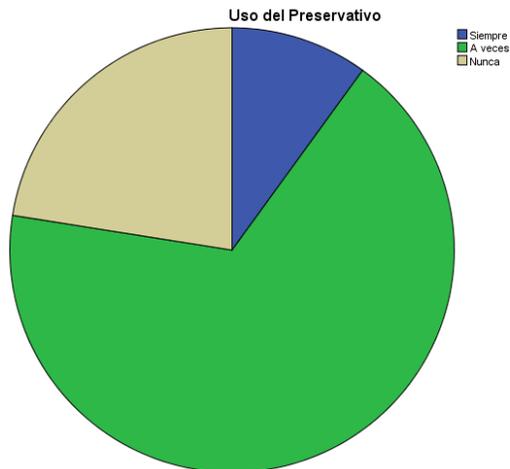
Cesáreas de mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 12

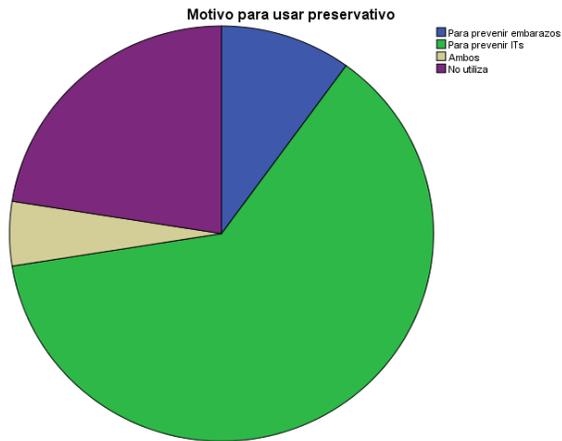
Uso del preservativo en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 13

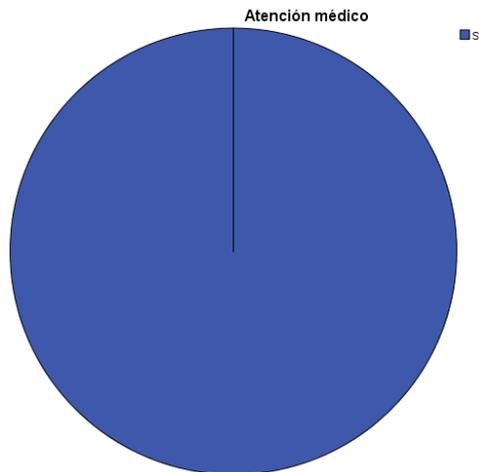
Motivo del uso del preservativo en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 14

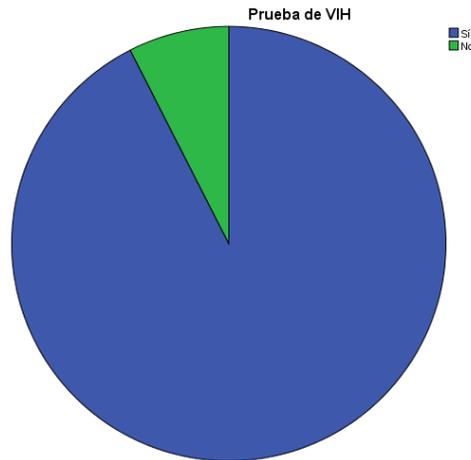
Atención Médica en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 15

Prueba de VIH en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 16

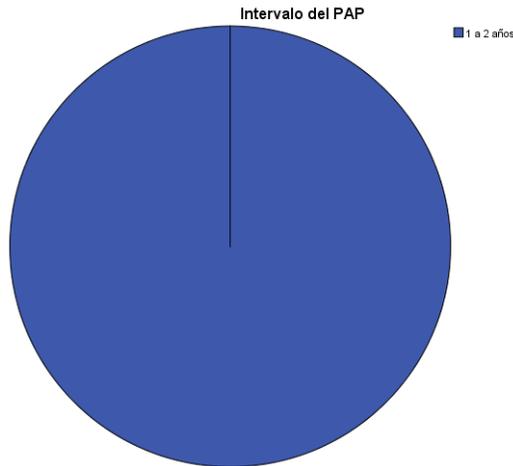
Realización de PAP en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 16

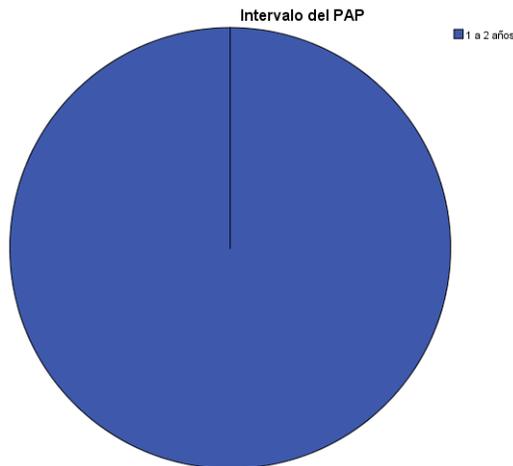
Intervalo de realización de PAP en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 17

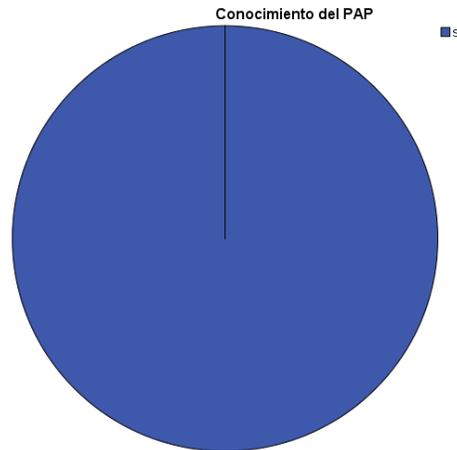
Intervalo de realización de PAP en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 18

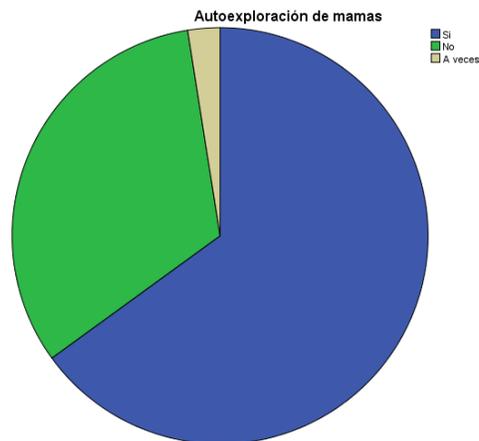
Conocimiento realización de PAP en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 19

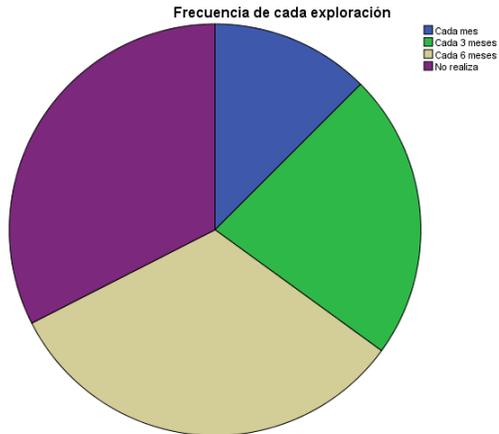
Autoexploración de mamas en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 20

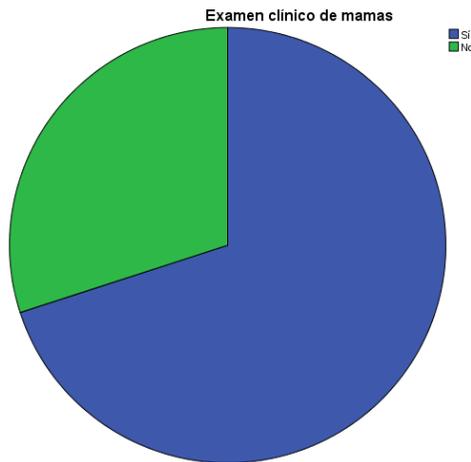
Autoexploración de mamas en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 22

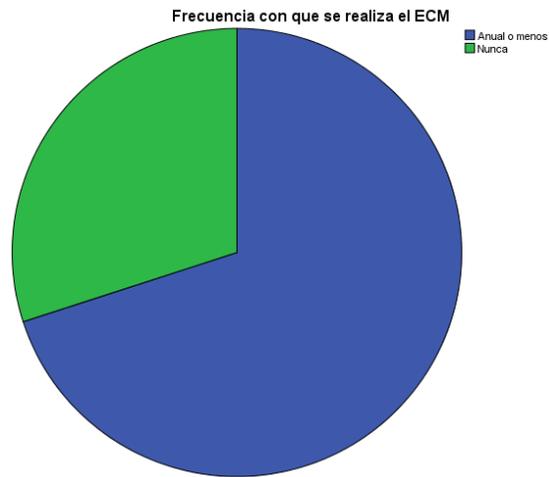
Examen Clínico de mamas en unidad de salud en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 23

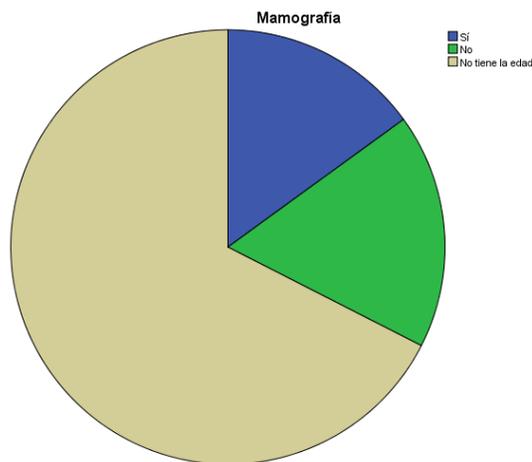
Frecuencia del examen clínico de mamas en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 24

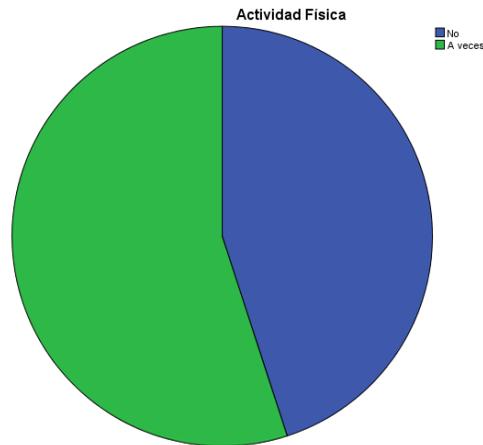
Mamografía mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 25

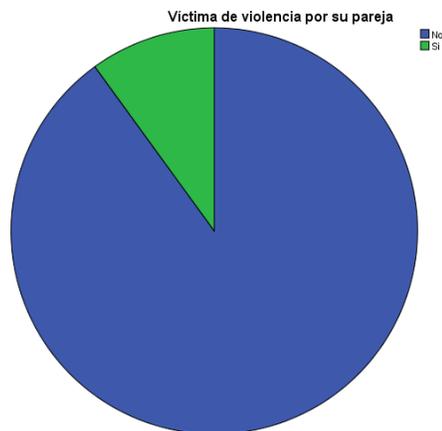
Actividad física en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 26

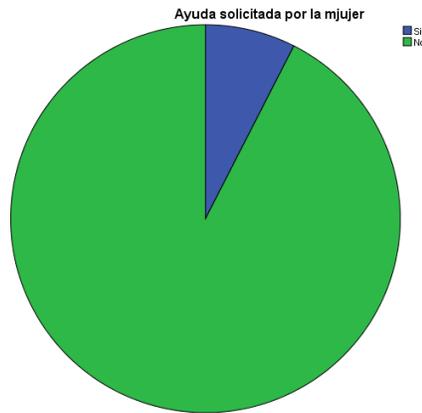
Víctima de violencia en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

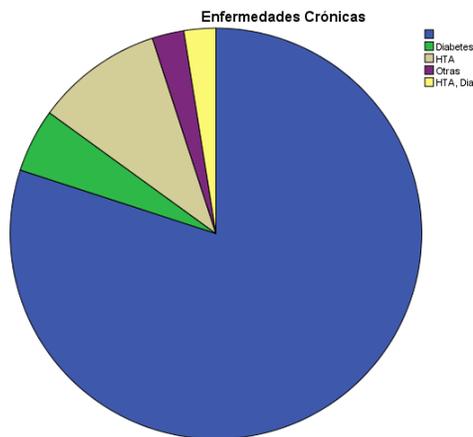
Gráfico 27

Ayuda solicitada por la mujeres que recibieron violencia en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

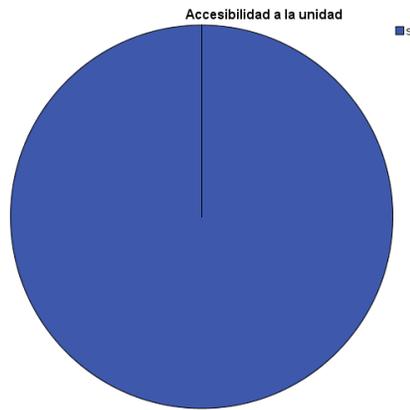
Gráfico 28 Comorbilidades en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 28

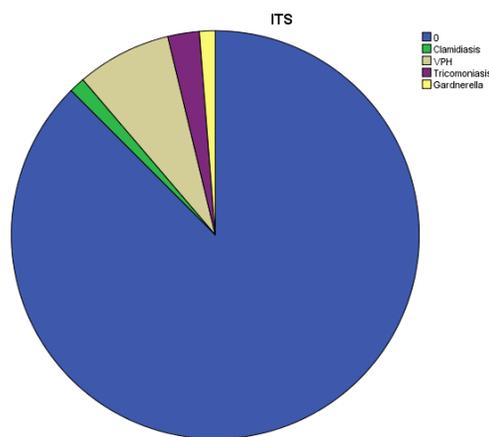
Accesibilidad a la unidad en mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 30

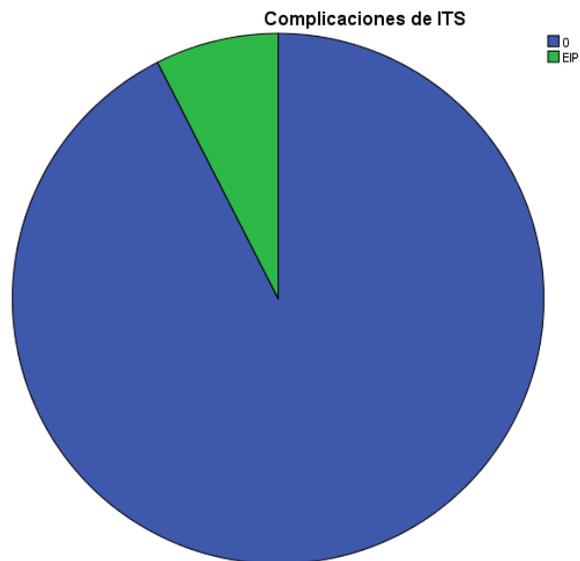
ITS mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 31

Complicaciones de las ITS mujeres en edad fértil del estudio de prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019



Fuente: Instrumento de recolección de datos