



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Relación entre las Políticas Públicas en Salud y
Condicionantes del Embarazo Adolescente en el Centro
de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión Pública

AUTOR:

Br. Arana Pacheco, Nelly Juvencia

ASESOR:

Dr. Sierra Valdivia, Hugo

SECCIÓN:

Ciencias Empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de políticas publicas

PERÚ – 2018

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a mis padres Julián y Graciela que, desde el cielo, velan por mi salud y éxito profesional, también a mis hijos Joel y Denis, que en todo momento están presentes en mi vida y son dignos de admiración.

Nelly Juvencia

Agradecimiento

Un agradecimiento especial a la universidad César Vallejo y a sus docentes, por haber permitido lograr un grado en mi carrera, por la formación profesional que nos brinda en la Maestría de Gestión Pública.

Me digna agradecer al asesor de investigación Dr. Hugo Sierra Valdivia, por su enseñanza impartida, su paciencia y su exigencia estricta que ha permitido logremos nuestras metas.

Muy agradecida al Centro de Salud Jorge Chávez a sus directivos y trabajadores por el apoyo predisposición y apoyo incondicional durante el recojo de información, a todos quienes colaboraron durante el proceso de investigación, todo ello ha hecho posible el logro del presente informe del cual quedo muy agradecida.

Nelly Juvencia

Presentación

Señores miembros del jurado:

Presento ante ustedes la Tesis “Relación entre las políticas públicas y Condicionantes del Embarazo Adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018”, con la finalidad de determinar la relación que existe entre las Políticas Públicas en Salud y la Incidencia del embarazo adolescente, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad “César Vallejo”, para obtener el grado académico de Magíster en Gestión Pública.

El presente trabajo de investigación consta de seis capítulos:

1. Realidad problemática
2. Trabajos previos.
3. Metodología.
4. Resultados.
5. Conclusiones
6. Recomendaciones.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora

Índice

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación.....	vi
Índice	vii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	12
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Trabajos previos	14
1.3. Teorías relacionadas al tema	18
1.4. Formulación del problema	29
1.5. Justificación del estudio	29
1.6. Hipótesis.....	30
1.7. Objetivos.....	31
II. Método.....	32
2. Método.....	32
2.1. Diseño de investigación	32
2.2. Variables, operacionalización	32
2.3. Población y muestra.....	35
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	36
2.5. Método de análisis de datos.....	42
2.6. Aspectos éticos	44
III. Resultados.....	45
IV. Discusión	63
V. Conclusiones.....	65
VI. Recomendaciones.....	66
VII. BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS.....	70

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de la variable políticas públicas en salud	33
Tabla 2 Operacionalización de la variable condicionantes del embarazo adolescente	34
Tabla 3 Distribución de la Población	35
Tabla 4 Distribución de la Muestra	36
Tabla 5 Baremo para la variable Políticas públicas en salud	37
Tabla 6 Baremo para la dimensión salud sexual reproductiva	38
Tabla 7 Baremo para la dimensión educación sexual integral.....	39
Tabla 8 Baremo para la variable condicionantes del embarazo adolescente.....	39
Tabla 9 Baremo para la dimensión condicionantes Intermedios.....	40
Tabla 10 Baremo para la dimensión condicionantes Próximos	40
Tabla 11 Validación del Cuestionario sobre políticas públicas en salud	41
Tabla 12 Validación del Cuestionario sobre Condicionantes del embarazo	41
Tabla 13 Confiabilidad de los instrumentos.....	42
Tabla 14 Distribución de adolescentes embarazadas según políticas públicas en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.....	45
Tabla 15 Distribución de las adolescentes embarazadas según la dimensión salud sexual reproductiva	47
Tabla 16 Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión educación sexual integral.	49
Tabla 17 Distribución de la variable condicionantes del embarazo adolescente	51
Tabla 18 Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente....	53
Tabla 19 Distribución de la dimensión condicionantes próximos del embarazo adolescente	54
Tabla 20 Tabulación cruzada entre políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente	56
Tabla 21 Prueba de Chi Cuadrado entre políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente	57
Tabla 22 Medidas simétricas políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente	57
Tabla 23 Tabulación cruzada entre Educación Sexual reproductiva y Condicionantes Del Embarazo Adolescente.....	59
Tabla 24 Prueba de Chi Cuadrado entre Educación Sexual reproductiva y condicionantes del embarazo adolescente	59
Tabla 25 Medidas simétricas Educación Sexual reproductiva y condicionantes del embarazo adolescente	59
Tabla 26 Tabulación cruzada entre Educación Sexual integral y Condicionantes Del Embarazo Adolescente.....	61
Tabla 27 Prueba de Chi Cuadrado entre Educación Sexual integral y condicionantes del embarazo adolescente	61
Tabla 28 Medidas simétricas Educación Sexual integral y condicionantes del embarazo adolescente	62

Índice de figuras

Figura 1: Distribuciones de Ji cuadrado con distintos grados de libertad.....	44
Figura 2: Distribución de las adolescentes embarazadas según políticas públicas en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.	46
Figura 3: Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión salud sexual reproductiva.	48
Figura 4: Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión educación sexual integral.	50
Figura 5: Distribución de variable condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.....	52
Figura 6: Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente. ..	54
Figura 7: Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente. ..	55

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las Políticas Públicas en Salud y los factores que condicionan un embarazo adolescente.

La maternidad en chicas de 15 a 19 años de edad se ha incrementado en el Perú, en un punto porcentual en el 2017, en lo que respecta al año 2016 y es en la zona urbana donde más se evidencia el incremento. Consideramos que la estrategia para prevenir el embarazo adolescente ha fracasado en el Perú, siendo la evidencia los casos de jovencitas gestantes debido a la falta de educación sexual integral en las Instituciones Educativas. El Perú, junto a otros países de América Latina, tiene una deuda pendiente en lo referente a implementar una política nacional de educación sexual integral con enfoque de igualdad de género en las escuelas, lo que permitirá el ejercicio pleno de los derechos humanos, considerando que la principal razón de deserción escolar en las adolescentes es el embarazo.

El tipo de investigación fue básica no experimental cuyo diseño fue descriptivo, correlacional de corte trasversal. La población es de 51 madres adolescentes que fueron atendidas en el centro de salud Jorge Chávez, la muestra fue seleccionada a través del muestreo probabilístico que hacen un total de 45 madres adolescentes. Para evaluar la variable política públicas en salud se utilizó el Cuestionario sobre Políticas Públicas en Salud y para evaluar la variable condicionante del embarazo adolescente se usó el Cuestionario: Factores condicionantes del embarazo adolescente. El estadístico usado para ver la relación entre las variables fue Chi cuadrado. Los resultados hallados indican que las políticas públicas en salud se relacionan con los condicionantes del embarazo adolescente ($p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$).

Palabras clave: Políticas públicas, condicionantes, embarazo adolescente.

Abstract

The objective of this research is to determine the relationship between Public Health Policies and the factors that condition adolescent pregnancy.

Maternity in girls aged 15 to 19 has increased in Peru, by one percentage point in 2017, as regards 2016 and it is in the urban area where the increase is most evident. We consider that the strategy to prevent adolescent pregnancy has failed in Peru, being the evidence the cases of pregnant girls due to the lack of comprehensive sexual education in the Educational Institutions. Peru, along with other countries in Latin America, has a pending debt in terms of implementing a national policy of comprehensive sexual education with a focus on gender equality in schools, which will allow the full exercise of human rights, considering that The main reason for dropping out of school in adolescents is pregnancy.

The type of research was basic non-experimental whose design was descriptive, correlational cross-sectional. The population is 51 teenage mothers who were attended in the Jorge Chávez greetings center, the sample was selected through probabilistic sampling made by a total of 45 adolescent mothers. To evaluate the public policy variable in health, the Public Health Policies Questionnaire was used and to assess the conditioning variable of adolescent pregnancy, the Questionnaire was used: Conditioning factors of adolescent pregnancy. The statistic used to see the relationship between the variables was Chi square. The results found indicate that public health policies are related to the conditions of adolescent pregnancy (p-value = 0.000 <0.05).

Keywords: Public policies, conditions, adolescent pregnancy.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Cerca de 16 millones de jovencitas de entre los 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, estas situaciones se dan en la mayoría de países tercermundistas. Durante el embarazo surgen complicaciones; el parto es la segunda causa de muerte entre las jovencitas de 15 a 19 años en todo el mundo. (OMS, 2014, pág. 1).

En una investigación realizada por la Global Virtual University, para identificar los países con mayor índice de embarazos adolescentes, arrojó la siguiente lista: Nigeria, 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes, colocándolo como el país con mayor tasa de embarazos adolescentes. En la República Democrática del Congo, de cada mil adolescentes, 230 de cada mil adolescentes dan a luz, esto debido a que el 74% de las mujeres entre los 15 y 19 años ya están casadas. Mientras que en Venezuela 91 de cada mil embarazadas son menores de 18 años. (University, 2015, págs. 2-3). “El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, a nivel mundial representando del 15 al 25% del total de embarazos, a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente.”. (MINSA, 2016, pág. 1)

XXVIII/437 “Prevención del Embarazo en Adolescentes” en la cual los Ministros de Salud elaboraron un plan de trabajo aprobado bajo resolución REMSAA XXIX/446 e instruyeron la conformación de un Comité Subregional Andino para abordar temas que relacionados al embarazo no planificado en adolescentes.

“La Salud Sexual y Reproductiva se ha convertido en un área de atención prioritaria para el Estado Peruano una serie de normativas internacionales y nacionales respaldan y promueven la necesidad de la atención a servicios de salud amigables”. (MINSA, 2016, pág. 6)

En el Perú el porcentaje de adolescentes con embarazo precoz no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2016 que fueron de 13.4% y 13.6%, respectivamente. Sin embargo, el embarazo adolescente en el área rural es el doble que al área urbana (22.5% y 10.6%

respectivamente para el 2015, es en la selva donde hay el porcentaje más alto que en resto de regiones de nuestro país, triplicando el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3% respectivamente, para el 2015). Según fuente del MINSA “El embarazo adolescente es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo primario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1% respectivamente, para el 2015”. (MINSA, 2017, pág. 89)

En los departamentos de la selva se observa el mayor porcentaje de embarazo adolescente. Según el MINSA a nivel numérico, Lima concentra el mayor volumen de población adolescente embarazada, en números absolutos es de aproximadamente de 97,328. La población de adolescentes embarazadas; en Loreto es de (32.8%), Ucayali (26.2%), San Martín (25.5%), Amazonas (22.8%), Tumbes (22.2%) y Madre de Dios (21.9%). (MINSA, 2016, pág. 5)

Sin embargo, la ley general de salud 268442 (1997). Respecto a los “servicios de salud sexual y reproductiva” para adolescentes según el:

Artículo 4: consentimiento para tratamientos y procedimientos médicos, ocasiona ambivalencias en la entrega de anticonceptivos y procedimientos diagnósticos. Así mismo incentivar y ayudar a que las adolescentes embarazadas y madres terminen la escuela (modificación Código de los Niños y Adolescentes), acceso de las y los adolescentes a exámenes diagnósticos, confidencialidad en ITSs y VIH y sus respectivos tratamientos. Así mismo implementar directivas de política de salud adolescente: Servicios y/o atención diferenciada en Salud Sexual y Salud Reproductiva, etc.

En tal conceptualización podemos observar que la presente investigación busca contribuir al mejoramiento de las políticas públicas en salud y factores determinantes del embarazo adolescente. mediante un estudio Correlacional y determinar la relación que existe entre las variables materia de estudio.

En cuanto a los resultados esperamos brindar un aporte científico que coadyuve al logro de las metas institucionales.

1.2. Trabajos previos

Para la presente investigación, se ha buscado la información referente a antecedentes para comparar y sacar conclusiones de temas obtenidos de investigadores a nivel internacional y nacional.

Como antecedentes internacionales

Carvajal & Oliveros (2017); en su trabajo titulado: “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el Municipio de Buenaventura, Colombia. Buenaventura, Colombia, 2017”, con el objetivo de poder identificar los principales factores con relación al embarazo en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas entre 13 y 19 años en Buenaventura, Colombia. Material y método: Estudio analítico prospectivo. La población se conformó con 316 adolescentes entre 13 a 19 años de edad, estos estudios se realizaron a estudiantes de colegios públicos y privados de Buenaventura. Se utilizó la técnica: entrevista y como instrumento: cuestionario. Obteniendo como resultados: La edad media de las encuestas fue de 15,9 años, 74% de la muestra son de orígenes afrodescendientes y el 81,6% tenían alguna creencia religiosa. Los porcentajes más bajo fueron en participación en grupos y al trabajo con 35,1% y 8,6% respectivamente. Durante la investigación el 10% de las adolescentes contrajeron embarazo. Respecto a la vida sexual de las adolescentes, comienzan como promedio a los 14.5 años, el 78,5% inician su vida sexual durante o después de los 14 años de edad y el 67,7% de las adolescentes señalaron de no haber usado algún método conceptivo en su primera relación sexual. Asimismo, el 52% de la muestra afirmaron que no usaron algún método conceptivo en su última relación sexual. El 82,7% de las adolescentes afirmaron tener pareja, también las adolescentes tuvieron entre 60% y 90% menor peligro de embarazo temprano, al usar algún método de planificación familiar.

Rodriguez & Cala (2017); en su trabajo titulado “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Guantánamo, Cuba, 2017”. Tiene como objetivo: identificar factores de riesgo, del embarazo en la adolescencia en la policlínica “Emilio Daudinot en el año 2013. Material y método: Se realizó un estudio analítico,

descriptivo. La población estuvo conformada por 42 adolescentes que fueron captadas durante ese año, teniendo como muestra: el 100% de la población. Se utilizó la técnica de la entrevista, y como instrumento el cuestionario. Obteniendo como resultados en cuanto al conocimiento de las complicaciones del embarazo en las adolescentes, el grupo de casos que el 71.4 % respondió si conocerlas. En el grupo control por el contrario predominó el no conocimiento (72.1%). En cuanto a la edad de la primera relación sexual (Tabla 4) se observaron diferencias significativas entre grupo de casos (76.2 %) y controles (58.1 %), por lo que es 2.3 veces más probable que ocurra un embarazo en las edades entre 15 a 19 años donde las adolescentes tienen su primera relación sexual.

Janco (2013); en su trabajo titulado: "Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac, departamento de la Paz, octubre a diciembre 2011". Copacabana, Bolivia 2013. Con el objetivo: "Determinar los factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el Hospital Copacabana". Material y método: Este trabajo de investigación se ajusta al diseño del estudio analítico, prospectivo y descriptivo de casos. La población está compuesta por adolescentes mujeres entre 10 a 19 años que asisten a sus controles prenatales del Hospital Municipal Copacabana, en el período comprendido de octubre a diciembre de 2011, de un total de 108 pacientes que acudieron a consulta médica. Muestra el número de controles fue de 108. Se utilizó la técnica de la entrevista, y el instrumento, la encuesta. Obteniendo los siguientes resultados: existe asociación entre el nivel de instrucción, nivel de ingreso económico en el embarazo en la adolescencia. El factor de riesgo percepción familiar no está asociado al embarazo en adolescentes obteniendo como porcentaje de padres casados el 31.48%, viven solo con la madre el 30.55%, sus padres fallecieron el 24.07% y que sus padres son divorciados el 13.88%.

Las adolescentes tienen menos posibilidades de quedar embarazadas si concluyen sus estudios hasta nivel secundario, obteniendo como resultado el 35.18%. Las adolescentes con problemas en la escuela, posteriormente desertan y gran parte de ellas se embarazan. La mayoría de la población estudiada pertenece a un nivel

socioeconómico bajo, obteniendo como porcentaje el 22.22% por lo que gran parte de la de ellas se ven en la necesidad de trabajar a corta edad, cuando están embarazadas cuentan con un ingreso menor ya que quedan al cuidado de su hijo.

En el ámbito nacional tenemos

La investigación Lluyo (2017); en su trabajo titulado: “Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Carlos Showing Ferrari 2014-2015. Huanuco, Perú, 2017”. Con el objetivo: “Determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015”. Material y método: observacional, es retrospectivo, transversal y analítico. La Población estuvo conformada por La población según la base de datos estadística del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari por 76 (setenta seis) gestantes adolescentes en enero del 2014 a diciembre del 2015. Para la Muestra se necesitó un grupo de 44 casos y otros 88 controles. Se utilizó la técnica de recolección de datos, y el instrumento de ficha de recolección de datos. Obteniendo como resultados: Dentro de los Factores individuales de peligro en relación al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Menarquia precoz 50%, Baja autoestima 13% y el consumo de alcohol 30%. Dentro de los Familiares individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Violencia familiar 70%. Dentro de los Familiares sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar 15%, el machismo de los padres 25% y la violencia sexual 25%.

Rodriguez & Sucño (2016), los autores desarrollaron la investigación con título: “Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de Enero a marzo 2016”. Huancayo, Perú, 2016. La investigación tiene como objetivo “describir los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016”. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

Dado que la población es finita se tomará la totalidad el 100%, La muestra fue conformada por 30 gestantes adolescentes. Durante la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista y el instrumento el cuestionario que fue compuesta por trece preguntas. Obteniendo como resultados: que las adolescentes entre 15 a 19 años representan el 90% y el 10% son adolescentes comprendidas entre las edades de 10 y 14 años. En cuanto al grado de instrucción, cursaron el nivel secundario el 47%, el nivel primario el 40%, el nivel superior el 10% y sin estudios el 3%. Con respecto a la ocupación de las gestantes adolescentes, ama de casa el 70%, 17% de los adolescentes trabajan y el 13% estudian y respecto si mantenían actualmente una relación sentimental (estado civil) el 43% son convivientes, el 33% son solteras y el 23% son casadas. El tipo de familia a la cual pertenecían las gestantes adolescentes, el porcentaje de adolescentes que fueron de familia monoparental es de 57%, que pertenecieron a familia biparental fue de 43%, en relación a antecedentes de embarazo de adolescente en la familia se tuvo los siguientes resultados: el 67% indican que no presentaron antecedentes y el 33% presentaron. En cuanto a la relación que mantienen con sus padres el 50% de los adolescentes afirmaron tener una buena relación, el 33% una relación regular y el 17% indica una mala relación. En cuanto a la edad de inicio de su primera relación sexual se obtuvo que: iniciaron a los 15 y 19 años el 67%, a los 10 y 14 años el 33% y por último en cuanto al uso previo de métodos anticonceptivos se obtuvo que: no usaron métodos anticonceptivos el 63% adolescentes mientras que el 37% usaron métodos anticonceptivos.

Osorio (2014); en su trabajo con título: “Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013”. Lima, Perú 2014, con el objetivo: “determinar los principales factores, características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco- Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013”. Material y método: Cuantitativo, diseño Observacional-descriptivo. La población estuvo conformada por la totalidad de las gestantes adolescentes que prestan los servicios en los consultorios externos del servicio de Gineco Obstetricia que pertenece al hospital estudiado en diciembre del año 2013. La muestra es no probabilista (intencional), por lo tanto, no hay muestra, el estudio trabajo con las

adolescentes que aceptaron llenar la encuesta que en total fueron 100 pacientes adolescentes gestantes. Se utilizó la técnica de la entrevista, y el instrumento cuestionario. Obteniendo como resultados: de los encuestados que respecto a la edad el 90% de los adolescentes se encontraron entre los 14 a 19 años, el 80% de los encuestados no planificaron su embarazo, el 64% de los encuestados provienen de familias desintegradas, el 75% de los encuestados tienen grado de instrucción secundaria, el 65% de los encuestados reciben apoyo económico de sus padres, el 62% de los encuestados iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y el 82% de los encuestados tenían algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

En el ámbito local no se encontró trabajos de investigación relacionados.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Políticas públicas en salud

DE LOS DERECHOS, DEBERES Y RESPONSABILIDADES CONCERNIENTES A LA SALUD INDIVIDUAL

Artículo 1.- “Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia”. (Ley N° 26842, 1997)

“Artículo 2.- “Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a características indicados en su presentación y que los servicios para su salud cumplan con estándares de calidad.” (Ley N° 26842, 1997)

Artículo 3.- “Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización...”. (Ley N° 26842, 1997)

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27604 publicada el 22-12-2001, cuyo texto es el siguiente:

“Artículo 3.- Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago.

El Reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos de salud, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores." (Ley N° 26842 1997)

CONCORDANCIAS: D.S. N° 016-2002-SA (REGLAMENTO)

Artículo 4.- “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia...” (Ley N° 26842 1997)

Artículo 44.- Del Código Civil; “negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar”. (Ley N° 26842 1997)

El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido.

Artículo 7.- “Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona...” (Ley N° 27604, 2001)

DECRETO SUPREMO N° 012-2013-SA “que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la

Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional”.

Artículo 2°. - “Del Alcance El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021, es de alcance nacional y comprende a todas las Entidades de la Administración Pública de los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local)”. (D.S. N° 012, 2013)

Artículo 8°. – De las Funciones de la Comisión Multisectorial.

“a) Ejercer la labor de apoyo al seguimiento y monitoreo, y acompañar el proceso de evaluación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021.

b) Aprobar las fichas técnicas de indicadores y recolección de información que permitan efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021.

c) Coordinar y articular la implementación de las acciones contenidas en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021.

d) Elaborar informes anuales de los avances del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021.

e) Coordinar con los pliegos respectivos a fin de garantizar la programación y priorización de los recursos necesarios para la ejecución del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021.

f) Coordinar con los gobiernos regionales y gobiernos locales, a fin que, dentro del marco de sus funciones y competencias, incorporen los objetivos del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021, en sus políticas regionales y locales, pudiendo establecer a su vez planes regionales y locales dentro del marco del referido Plan.

g) Formular su Reglamento Interno, el cual será aprobado por Resolución Ministerial del Sector Salud en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles contados a partir del día siguiente de su instalación.

h) Elaborar la propuesta del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes para el siguiente periodo.” (D.S. N° 012, 2013)

1.3.1.1. Salud Sexual reproductiva

Artículo 6.- “Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos que su uso o aplicación puede ocasionar” (Ley N° 26842 1997)

Artículo 7.- “Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona...” (Ley N° 26842 1997)

Educación sexual integral.

Artículo 128.- “La Autoridad de Salud está facultada a disponer acciones de orientación y educación, recabar información y realizar las demás acciones que considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones, así como, de ser el caso, aplicar medidas de seguridad y sanciones” (Ley N° 26842 1997)

CAPITULO I DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Artículo 130.- Son medidas de seguridad las siguientes:

“La vacunación de personas, suspensión de trabajos o servicios y demás que a criterio de la Autoridad de Salud se consideran sanitariamente justificables, para evitar que se cause o continúe causando riesgo o daños a la salud de la población” (Ley N° 26842 1997)

La política en educación sexual en América Latina:

A finales de los años sesenta e inicios de los setenta surgieron las políticas de educación sexual en América Latina, este contexto dio inicio a un componente muy importante: la “educación en población.” En el Plan de Acción Mundial de Población de Bucarest de 1974, exige a todos los gobiernos a proveer

información, educación y métodos de planificación familiar. América Latina y el Caribe fueron regiones donde se le puso mayor énfasis en la educación sexual. (Motta et al., 2017, p. 19)

La política en educación sexual en el Perú:

En el estado peruano se ha ido promoviendo y garantizando la enseñanza de la educación sexual en las escuelas gradualmente. El currículo nacional evolucionó con contenido de educación sexual predominó durante décadas dirigido exclusivamente a mujeres. Sin embargo, no se llegó a implementar por completo la educación sexual integral ya que maestros encuestados manifestaban que había padres y estudiantes que se oponían, además de obstáculos logísticos y presupuestales. (Motta et al., 2017, p. 19)

Hasta ahora no se ha logrado implementar los lineamientos, debido a la falta de voluntad política y de fortalecimiento de la instancia ejecutora al interior del MINEDU. No existe apoyo al docente en este tema como el soporte que tienen los cursos de matemáticas, comunicación, entre otros. El docente planifica sus clases y los temas para sus distintas clases. La educación sexual sigue siendo un tema de discusión sólo en documentos. “Aún no hemos logrado implementar una propuesta que llegue realmente a las aulas, con una ruta que permita seguramente evidenciar que los alumnos están recibiendo educación sexual en la escuela”. (Motta et al., 2017, p. 20)

Las Unidades de Gestión Educativas Locales (UGEL)

La DRE es la dirección que está a cargo de planificar y ejecutar capacitaciones a los docentes de los contenidos de la educación sexual integral, según los lineamientos establecidos La DITOE alcanzó a trabajar (hasta el 2014) en 23 UGEL de 17 ciudades, en donde logró capacitar aproximadamente a 700 docentes de secundaria. Según las experiencias que brindaron, en algunos lugares se necesitaba recurso humano con competencias lingüísticas, sobre todo en las comunidades nativas. Se informa también que la falta de especialistas a nivel nacional para el área de tutoría en varias UGEL, ha generado que la educación sexual –parte de la tutoría– no logre ser monitoreada ni coordinada. Se llegó a

acordar que las mismas instituciones educativas formulen e implementen una propuesta pedagógica de educación sexual integral y que brinden capacitaciones a sus docentes y que creen de alianzas con otras instituciones para la implementación de ESI. (Motta et al., 2017, p. 22)

Factores condicionantes del embarazo adolescente.

1.3.2.1. Adolescencia

La Organización mundial de salud (OMS) determina que la adolescencia se comprende el trance de desarrollo y crecimiento humano que inicia después de la niñez y antes de la edad adulta, comprendida entre los 10 y los 19 años de edad. Esta fase de desarrollo y crecimiento viene limitada por varios procesos biológicos. La pubertad es el punto de quiebre porque marca el inicio de la adolescencia y la fase final de la niñez. (OMS, Desarrollo en la Adolescencia, 2012, pág. 1)

De igual forma el Ministerio de Salud del Perú, define a la adolescencia como todos los individuos que comprenden la edad de 12 a 17 años, en la que el individuo se encuentra en una etapa donde esté viviendo cambios importantes en los físico y personalidad. Una etapa en la cual establecen valores y prácticas que determinaran una vida saludable o no en el presente y futuro. (MINSAL, 2017, pág. 1)

Etapas

Conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la adolescencia se comprende el trance de desarrollo y crecimiento humano que inicia después de la niñez y antes de la edad adulta, comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, segunda la edad se clasifica en temprana comprendida entre 10 a 13 años, media comprendida entre 14 a 16 años y tardía comprendida entre 17 a 19 años. (Rodríguez & Sucño, 2016).

Mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) clasifica, en primera adolescencia (10 a 14 años) y la segunda o tardía (15 y 19 años). (Borrás, 2014, pág. 5)

Adolescencia temprana

Se podría considerar como adolescencia temprana a la etapa que viven los individuos comprendidas entre los 10 a los 14 años de edad. En esta etapa es común que presenten cambios físicos, que habitualmente comienza con el crecimiento acelerado. Y luego con el desarrollo de los 25 órganos sexuales, así como también aspectos sexuales secundarios. Estos cambios físicos son frecuentes y muy notorios, las cuales pueden generar ansiedad y/o entusiasmo. (Castillo, 2017, pág. 10)

Los cambios que sufren los individuos son profundos inclusive no siendo evidentes. Una investigación pseudocientífica mostró que, durante la adolescencia temprana, se experimenta un repentino desarrollo fisiológico y eléctrico en el cerebro. Pueden casi llegar a ser el doble de cantidad de células cerebrales en el transcurso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan en su totalidad, con consecuencias sobre la capacidad mental, física y emocional. En las niñas que pasan a la pubertad es más prematuro que se dé el desarrollo sexual y físico, unos 12 a 18 meses antes que los varones, esto se refleja en tendencias similares en el desarrollo del cerebro. En la adolescencia temprana se desarrolla el lóbulo frontal que es una parte del cerebro que se encarga de aspecto de razonamiento y toma de decisiones, su desarrollo se da durante la adolescencia temprana, debido a que este proceso empieza más tarde y en los varones conlleva más tiempo para este desarrollo. La orientación de pensar de forma acrítica y a actuar por impulso dura mucho más tiempo en los varones, por esa razón es que las niñas maduran antes que los varones, durante la adolescencia temprana los varones y las niñas toman una mayor conciencia sobre su género, logrando adecuar su apariencia y conducto con su entorno. (Castillo, 2017, pag. 10)

ADOLESCENCIA TARDIA

La adolescencia tardía abarca la continuación de la adolescencia temprana que se entendería como la parte posterior de la segunda década. Comprende entre los 15 19 años de edad. Hasta ese entonces comúnmente ya se dieron los cambios físicos importantes y que ahora continúan con los cambios. Así como el desarrollo y la organización del cerebro, en esta etapa los cambios notables en el cerebro son los pensamientos reflexivos y analíticos. Al comienzo de esta etapa aún siguen siendo importante las opiniones de su entorno, pero a medida que el adolescente obtiene más confianza y claridad en su identidad y opiniones esta pasa a ser irrelevante. Durante esta etapa (adolescencia tardía), las niñas tienen más riesgo de sufrir efectos negativos en su salud, depresión, discriminación y abusos basados en género. También son propensos a padecer de trastornos alimenticios, como anorexia y bulimia; estas son causas en parte por la ansiedad sobre su imagen corporal animadas por los mediáticos de la belleza femeninas y modelos culturales. (Castillo, 2017, pág. 24)

La adolescencia en esta etapa (adolescencia tardía), tiene la cualidad de ser una época en la que muchos adolescentes muestran sus inquietudes similares a las de los adultos; la sexualidad se muestra de forma más producida y por lo cual existe más responsabilidad en cuanto a las transmisiones sexuales (ITS) y métodos anticonceptivos. (Caricote Á., 2019, pág. 416)

1.3.2.2. Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad despertó el interés del hombre desde sus inicios hasta la actualidad, El desarrollo de la sociedad actual implanta nuevos retos en cuanto a la sexualidad y a su educación, que logren un carácter personalizado del ser humano, libre y responsable en cuanto a su sexualidad. Se presenta de forma diferente en el crecimiento del ser humano. Los adultos diferencian los sentimientos y deseos sexuales respecto a otros sentimientos; mientras que en los adolescentes

hacen eco y fuerzan hacia los sentimientos sexuales. Sienten que las acciones de sus genitales son abruptas, incontrolables y tratan de averiguar si continúan así. Sin darse cuenta que gradualmente esto será más controlado el cual dependerá de su voluntad y se instaura un equilibrio entre efectos, deseos y respuestas de su organismo. (Rodríguez, Oliva & Gil, 2012, pág. 5).

Es relevante el conocimiento apropiado de las características de esta edad y de las nuevas limitantes que plantan a la personalidad que se desarrolla y a los que esta comprometidos con orientar sus conocimientos, estimularlos y su educación. Se entiendo en nuestra sociedad por educación sexual que es preparar y orientar a los jóvenes para el matrimonio, amor, familia y convivencia. Esta educación debe ser pieza de cada persona, así como las habilidades y conocimientos. La convivencia y/o vida en pareja y familia; deben de preparar a las nuevas generaciones con fin de que puedan desarrollar relaciones de pareja felices, estables y que duren, justamente como educamos a nuestros hijos para que se incorpore a la sociedad con principios. Es evidente ver en la sociedad que se encuentran jóvenes sin educación sexual conllevando a tener relaciones sexuales a corta edad y antes del matrimonio y sin ningún método anticonceptivo; a veces suelen tener con varios a la vez, el cual implica a que contraigan infecciones de transmisión sexual, aumento embarazos precoces, abortos y abandono escolar. (Rodríguez, Oliva & Gil, 2012, pág. 6).

Los problemas en relación a la forma en que los adolescentes y jóvenes viven la sexualidad y las relaciones amorosas en la actualidad son evidentes y varios como: infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, frustración en la relación, etc. Estos son demasiado frecuentes y más lo que es embarazo no deseado y principalmente a los menores de edad. (Lopez, 2014, pág. 28)

1.3.2.3.- Embarazo adolescente

“Embarazo adolescente, es aquel que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y

el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años". (Menéndez, Navas & Hidalgo, 2012, pág. 2)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó una encuesta demográfica y de salud familiar (Endes) en el año 2016, dio como resultado que el 12,7% de las adolescentes comprendido entre 15 a 19 años de edad, manifestaron haber estado embarazada alguna vez. Este valor simboliza 0,9% menos al resultado anterior. Los porcentajes varían considerablemente al categorizar por adolescentes no pobres y pobres, que viven en sector rural o urbana, y según su región natural mostrando que en la selva se conlleva el doble del promedio nacional, lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Mientras que en la sección rural se muestra un leve bajada, a nivel nacional el valor se mantiene estable, a causa de un leve aumento en las áreas urbanas, incluyendo Lima Metropolitana, cuyas poblaciones crecen, a diferencia de las poblaciones rurales. (Mendoza & Subiria, 2016, pág. 2)

1.3.2.4. Condicionantes Intermedios

Estructura Familiar

Algunos estudios cualitativos han podido establecer que los adolescentes que viven en una familia con padres biológicos presentes, comprenden altos niveles de supervisión parental y aceptación, por lo que disminuye la probabilidad de tomar riesgos como: relaciones sexuales a temprana edad y sin protección; por lo que reduce la probabilidad de embarazo precoz; mientras que en familias de padres separados o divorciados tienen a tener más riesgo de contraer un embarazo tal vez por poca supervisión de los padres lo que les hace más permisibles. (Flórez y Núñez, 2002)

Estos hallazgos indican que la estructura de hogar nuclear se comporta como un factor protector para el embarazo en la adolescencia.

Nivel socioeconómico de la familia

En Colombia se aprecia una relación negativa el nivel socioeconómico y entre el nivel de fecundidad adolescente medido por el quintil de riqueza. De la que se deduce que las adolescentes de los quintiles con recursos escasos (pobres) tienen un nivel mayor de probabilidad de tener embarazo que la de los estratos más altos.

Violencia intrafamiliar

Algunos análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Flórez C. E. & Soto, 2005) subrayan que el contexto familiar es también un determinante central de la tendencia de la fecundidad adolescente. La violencia intrafamiliar, el nivel de comunicación con la madre y la severidad de la supervisión familiar tienen un efecto significativo sobre la proporción de eventos reproductivos que presentan las adolescentes.

Antecedente de embarazo adolescente en el hogar

La mayoría de los estudios realizados en el país han encontrado asociación entre un antecedente familiar de embarazo en la adolescencia y el quedar embarazada durante esta etapa. En el nivel familiar el que alguno de sus padres o parientes cercano sus hermanos haya sido madre o padre en su adolescencia se hallaron asociados a inicio temprano de la actividad sexual. (Holguin et al., 2013).

1.3.2.5. Condicionantes Próximos

Zona de residencia

En cuanto a los factores contextuales, vivir en una zona rural es más común entre las adolescentes alguna vez embarazadas que entre el total de adolescentes. (Flórez & Soto, 2013). Vivir en zonas rurales es el mayor factor de riesgo entre las adolescentes nunca unidas, mientras que no lo es entre las adolescentes alguna vez unidas

1.4. Formulación del problema

1.4.2. Problema general

¿Cuál es el nivel de relación que existe entre las políticas públicas en salud y los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

1.4.3. Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de relación que existe entre las políticas de salud sexual reproductiva y los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

¿Cuál es el nivel de relación que existe entre las políticas de educación sexual integral y los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

1.5. Justificación del estudio

1.5.2. Justificación legal

Mediante el liderazgo se puede lograr un buen desempeño en nuestra región, que muchas veces la ley y la norma no es interpretada adecuadamente, es allí donde deben surgir los profesionales especializados para que así se pueda lograr objetivos planteados.

1.5.3. Justificación política

La maternidad y la paternidad “no planificada” en la adolescencia tienen consecuencias en el presente y futuro del adolescente y de su descendencia, como son el abandono o retraso en la escuela, la reducción de perspectivas laborales, riesgos en la salud y sobrevivencia de la madre y el niño/a, y una mayor vulnerabilidad frente a la pobreza y la exclusión social. (MINSa, 2016, pág. 4)

Los lineamientos de políticas de salud de las y los adolescentes tienen entre sus principales objetivos garantizar los derechos humanos de los y las adolescentes, disminuir las condiciones de vulnerabilidad, y disminuir las brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud y por tanto, disminuir la mortalidad y morbilidad en adolescentes.

1.5.4. Justificación técnica

la prevención del embarazo en adolescentes se encuentra incorporado en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, en el Plan Nacional de Igualdad de Género

2012-2017, y en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

1.5.5. Justificación institucional

Esta investigación observará in situ a directivos, trabajadores administrativos, funcionarios y la institución en general. La delegación de responsabilidades garantiza el éxito de las organizaciones, por ello manteniendo relación con las normas vigentes cada uno de ellos desempeñará su función adecuadamente.

1.5.6. Justificación social

Estos objetivos comprenden, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, los riesgos del embarazo adolescente, la prevención del VIH-SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, y la atención de la violencia psicológica, física y sexual. Estos derechos de los adolescentes y jóvenes y, a su vez, éstas obligaciones de los Estados se encuentran en los compromisos internacionales y nacionales asumidos por el Perú. (MINSA, 2016, pág. 3).

1.6. Hipótesis

1.6.2. Hipótesis general

Las políticas públicas en salud se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

1.6.3. Hipótesis específicas

Las políticas de salud sexual reproductiva se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

las políticas de educación sexual integral se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

1.7. Objetivos

1.7.2. Objetivo general

Determinar el nivel de relación entre las políticas públicas en salud y los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

1.7.3. Objetivos específicos

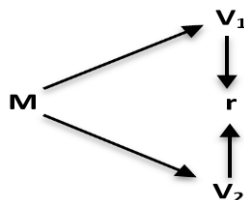
- Determinar el nivel de relación que existe entre las políticas de salud sexual reproductiva y los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018
- Determinar el nivel de relación que existe entre las políticas de educación sexual integral y los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

II. MÉTODO

2. Método

2.1. Diseño de investigación

El diseño que utilizaremos es descriptivo correlacional de corte transversal no experimental, pues según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) en este tipo de investigación no existe manipulación de variables y tiene como finalidad conocer el grado de asociación o la relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular. Asimismo, se describirá las relaciones entre dos o más variables en un solo momento. El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra.

V₁ = Variable 1: políticas públicas en salud.

V₂ = Variable 2: los condicionantes del embarazo.

r = Relación entre las variables.

2.2. Variables, operacionalización

2.2.1. Variables

Variable 1: políticas públicas en salud

Variable 2: los condicionantes del embarazo

2.2.2. Operacionalización de las variables

Se debe considerar que operacionalizar variables es un proceso que parte de lo abstracto para llegar a lo concreto. Al operacionalizar las variables del estudio se siguió con los siguientes pasos: Definición conceptual, definición operacional, especificación de sus dimensiones, elección de los indicadores, formulación de las interrogantes y asignación de índices a cada indicador, de tal forma que consentirán acopiar información para su correspondiente análisis e interpretación con el fin de cuantificar las variables de estudio. A continuación, se presenta las variables operacionalizadas:

Tabla 1 Operacionalización de la variable políticas públicas en salud

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor final de la variable
Embarazo adolescente, es aquel que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (Menéndez, Navas & Hidalgo, 2012, pág. 2)	Puntaje total obtenido y categorizado por el Cuestionario políticas públicas en salud	Educación Sexual Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiología sexual y reproductiva • Género y derechos sexuales y reproductivos. • Valores y habilidades interpersonales 	1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12	Ordinal 1= Mínimo 2= Adecuado 3. Alto
		Salud Sexual Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de VHI y otras ITS • Anticoncepción y embarazo no planeado 	13,14,15,16,17,18	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2 Operacionalización de la variable condicionantes del embarazo adolescente

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor final de la variable
<p>El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (<i>Mendoza & Subiría</i>, 2013)</p> <p>EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ: SITUACIÓN ACTUAL E IMPLICANCIAS PARA LAS POLITICAS PUBLICAS</p>	<p>Puntaje total obtenido y categorizado por el Cuestionario embarazo en adolescentes</p>	condicionantes Intermedios	<ul style="list-style-type: none"> • Socioculturales • Familiares • Individuales 	<p>1, 2, 3, 4, 5,</p> <p>6, 7, 8, 9, 10</p> <p>11... 26</p>	<p>Dicotómica</p> <p>1= si</p> <p>2= no</p>
		condicionantes Próximos	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja estable • Actividad sexual • Uso de anticonceptivos 	<p>27,28, 29, 30,</p> <p>31, 32, 33,</p> <p>34.</p>	

Fuente: Elaboración propia

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1. Población

La población de estudio está conformada por 51 adolescentes gestantes en promedio al año atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez – Tambopata

Tabla 3 Distribución de la Población

Centro de salud Jorge Chávez	Población (N)
Madres adolescentes atendidas	51
TOTAL	51

Fuente: libro de registro de atención

2.3.2. Muestra

El muestreo aleatorio simple, selecciona muestras mediante métodos que consienten que cada posible muestra tenga una igual posibilidad de ser escogida y que cada unidad de la población total tenga una oportunidad igual de ser incluido en la muestra.

La muestra es probabilística fue determinada mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N: Población

p: Probabilidad de éxito

q: Probabilidad de fracaso

E: Nivel de precisión o error estimado

Z: Coeficiente de confianza

La muestra participante estuvo conformada por 45 madres adolescentes atendidas en el C.S. Jorge Chávez de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios

Los valores

N: Población: 51
 p: Probabilidad de éxito: 0.5
 q: Probabilidad de fracaso: 0.5
 E: Nivel de precisión o error estimado: 0.05
 Z: Coeficiente de confianza: 1.96

$$n = \frac{51 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (51 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 45$$

Tabla 4 Distribución de la Muestra

Centro de salud Jorge Chávez	muestra (N)
Madres adolescentes atendidas	45
TOTAL	45

Fuente: Elaboración Propia

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

La encuesta. - Se va a obtener información y datos importantes los cuales constituyen un aporte estadístico valioso que serán manejados en el análisis cuantitativo sobre políticas públicas en salud y factores determinantes del embarazo adolescente describiendo y explicando de la mejor manera al problema.

. Instrumento

El cuestionario. - Para medir las variables políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente se elaboraron dos cuestionarios: el Cuestionario sobre políticas públicas en salud presenta 34 ítems y, el Cuestionario sobre factores condicionantes del embarazo adolescente presentan 18 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Educación Sexual Integral y Salud Sexual Reproductiva para el primer cuestionario y condicionantes Intermedios, y condicionantes próximos para el segundo cuestionario.

Tabla 5 Baremo para la variable Políticas públicas en salud

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Alto	[42; 54]	La adolescente embarazada tiene alto conocimiento en políticas públicas en salud en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.	Del 1 al 18
Adecuado	[30 ;42>	La adolescente embarazada tiene adecuado conocimiento en políticas públicas en salud en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.	Total 18 ítems. Puntaje máximo por ítems = 54
Mínimo	[18 ; 30 >	Las adolescente embarazadas tiene mínimo conocimiento en políticas públicas en salud en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6 Baremo para la dimensión salud sexual reproductiva

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Alto	[28; 36]	Las adolescente embarazadas tiene alto conocimiento en salud sexual reproductiva en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018	Del 1 al 12 Total 12 ítems.
Adecuado	[20 ;28>	La adolescente embarazada tiene adecuado conocimiento en salud sexual reproductiva en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.	Puntaje máximo por ítems = 36
Mínimo	[12 ; 20 >	La adolescente embarazada tiene mínimo conocimiento en salud sexual reproductiva en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7 Baremo para la dimensión educación sexual integral

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Alto	[14; 18]	La adolescente embarazada tiene alto conocimiento en educación sexual integral en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.	Del 13 al 18
Adecuado	[10 ;14>	La adolescente embarazada tiene adecuado conocimiento en educación sexual integral en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.	Total 6 ítems. Puntaje máximo
Mínimo	[06 ; 10 >	La adolescente embarazada tiene mínimo conocimiento en educación sexual integral en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.	por ítems = 18

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8 Baremo para la variable condicionantes del embarazo adolescente

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Si	[51; 68]	Los condicionantes del embarazo adolescente si están relacionadas al embarazo en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.	Del 1 al 34 Total 34 ítems.
No	[34 ; 51 >	Los condicionantes del embarazo adolescente no están relacionadas al embarazo en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.	Puntaje máximo por ítems = 54

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9 Baremo para la dimensión condicionantes Intermedios

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Si	[51; 68]	Los condicionantes intermedios si están asociados al embarazo adolescente, en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.	Del 1 al 26 Total 26 ítems.
No	[34 ; 51 >	Los condicionantes intermedios no están asociados al embarazo adolescente, en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018..	Puntaje máximo por ítems = 52

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10 Baremo para la dimensión condicionantes Próximos

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Si	[11; 16]	Los condicionantes próximos si están asociados al embarazo en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.	Del 26 al 34 Total 8 ítems.
No	[08 ; 11 >	Los condicionantes próximos no están asociados al embarazo en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018..	Puntaje máximo por ítems = 16

Fuente: Elaboración propia

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Este proceso se ejecutó a través de la técnica de juicio de expertos, para lo cual se requirió a tres docentes de recorrida trayectoria en el campo de la investigación los cuales dieron sus opiniones respecto al instrumento a usar y su

aprobación para su aplicación. Los resultados obtenidos mediante esta técnica se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 11 Validación del Cuestionario sobre políticas públicas en salud

N°	Criterios	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Promedio
1	Redacción.	70 %	80 %	86 %	78 %
2	Claridad.	70 %	80 %	90 %	80 %
3	Objetividad.	70 %	90 %	80 %	80 %
4	Actualidad.	70 %	80 %	93 %	81 %
5	Suficiencia.	70 %	90 %	94 %	84 %
6	Intencionalidad.	70 %	90 %	95 %	84 %
7	Organización.	70 %	92 %	91 %	85 %
8	Consistencia	70 %	94 %	93 %	85 %
9	Coherencia.	70 %	95 %	93 %	86 %
10	Metodología.	70 %	93 %	92 %	85 %
Promedio					83 %

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12 Validación del Cuestionario sobre Condicionantes del embarazo

N°	Criterios	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Promedio
1	Redacción.	70 %	80 %	86 %	78 %
2	Claridad.	70 %	80 %	90 %	80 %
3	Objetividad.	70 %	90 %	80 %	80 %
4	Actualidad.	70 %	80 %	93 %	81 %
5	Suficiencia.	70 %	90 %	94 %	84 %
6	Intencionalidad.	70 %	90 %	95 %	84 %
7	Organización.	70 %	92 %	91 %	85 %
8	Consistencia.	70 %	94 %	93 %	85 %
9	Coherencia.	70 %	95 %	93 %	86 %
10	Metodología.	70 %	93%	92 %	85 %
Promedio					83 %

Fuente: Elaboración propia

Confiabilidad de los instrumentos

Para identificar el nivel de confiabilidad de los instrumentos se aplicó una prueba piloto al total de la población. Luego los resultados fueron analizados por el Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS V22). Los coeficientes obtenidos son:

Tabla 13 Confiabilidad de los instrumentos

Cuestionario	Coeficiente
Políticas públicas en salud.	0.830
Condicionantes del embarazo.	0.830

Fuente: SPSS. V.22

Procedimiento de recolección de datos

Luego de haber realizado el trabajo de campo y de haber concluido con la aplicación del cuestionario se creará una base de datos. La información clasificada será procesada usando el software estadístico SPSS versión 22, para obtener los cuadros estadísticos. Se trabajará en función de las diversas técnicas estadísticas como la correlación de Pearson y Chi Cuadrado.

2.5. Método de análisis de datos

Se efectuará el análisis Bivariado, se manejará la prueba estadística de Chi Cuadrado para establecer la asociación entre las variables en estudio, así mismo se calculará el grado de correlación.

Test de Chi cuadrado

1. Los datos consisten en **frecuencias observadas (O)**, esto es, cuantos ítems o sujetos caen en cada categoría.
2. Se calculan las **frecuencias esperadas (E)** bajo H_0 , esto es, las frecuencias que esperamos ver en cada categoría si la correspondiente hipótesis nula es correcta.
3. Comparamos las frecuencias observadas con las esperadas por medio del test estadístico que será una medida de cuán cerca están las frecuencias observadas de las frecuencias esperadas bajo H_0 . Entonces,

si la "distancia" es grande, tenemos evidencia para rechazar H_0 . El test de Chi cuadrado es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Si las frecuencias observadas están cerca de las frecuencias esperadas bajo H_0 , entonces el estadístico de χ^2 debe ser chico. Valores grandes del estadístico indican diferencias entre lo observado y lo esperado. Como sólo valores grandes son evidencia a favor de la hipótesis alternativa, los test de Ji cuadrado son unilaterales y la dirección del extremo es hacia la derecha. El valor-p será la probabilidad de observar un test estadístico igual o mayor al calculado, asumiendo que la hipótesis nula es cierta.

4. La relación entre el test y la distribución funciona bien siempre cuando el número esperado es al menos
5. En general los softwares estadísticos verifican este supuesto.

Propiedades de la distribución de Ji cuadrado

- La distribución no es simétrica, es sesgada a la derecha
- Sus valores son cero o positivos, no negativos.
- La distribución está definida por el número de grados de libertad.
- El promedio de la distribución de Ji-cuadrado es igual a sus grados de libertad.
- La varianza de la distribución de Ji-cuadrado es dos veces sus grados de libertad (2 gl).

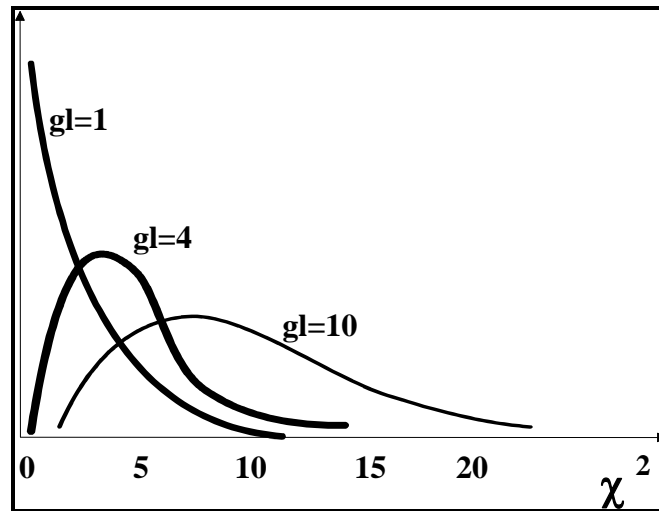


Figura 1: Distribuciones de Ji cuadrado con distintos grados de libertad.

2.6. Aspectos éticos

En el presente estudio se cuidará la identidad de las personas que intervienen en responder a las preguntas o ítems en los instrumentos formulados, considerando también éticos la confidencialidad en donde estos resultados serán intensamente resguardados para fines propios, sin divulgarlo, asimismo para el consentimiento informado se solicitará la autorización para poder tomar el nombre de la de la institución que se está realizando la investigación donde se practicará la encuesta, por otro lado para la libre participación no se obligará a nadie, también se resguardará anonimidad de los participantes, por ética las respuestas que puedan brindar de forma sincera

III.RESULTADOS

3.1.Resultados descriptivos

3.1.1. Resultados descriptivos para la variable políticas públicas en salud

Tabla 14 Distribución de adolescentes embarazadas según políticas públicas en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
REGULAR	29	64,4	64,4
ALTO	16	35,6	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 14 y la figura 2 se aprecia que el 64.4% de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre políticas públicas, el 35.6% manifiestan un conocimiento alto.

Análisis:

Aunque las políticas, planes y programas se planteen a nivel nacional, éstos no revelan suficientemente la importancia de la diversidad y las brechas existentes de modo que las acciones sean diferenciales y se priorice el trabajo con las adolescentes gestantes atendidas en el C.S. Jorge Chávez de la provincia de Tambopata – 2018

Uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas de salud corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones de adolescentes y jóvenes. A esto se puede agregar el desconocimiento de sus derechos a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad, situación revertida mediante el fallo del Tribunal Constitucional que despenaliza las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes, pero cuya implementación práctica mediante servicios y orientación pertinentes no se avizora próximamente. Los sectores más involucrados y comprometido son el Ministerio de Educación, a través de la educación sexual integral (ESI) desde la educación primaria, preparándolos a una pubertad y adolescencia cercana y, el Ministerio de Salud, a través del

programa presupuestal Materno perinatal o de los servicios de salud diferenciados para adolescentes, que dicho sea de paso en la Región Madre de Dios, no se puede implementar debido a la falta de infraestructura y la gran brecha de personal profesional.

Para hacer frente a la situación descrita en secciones anteriores, se viene trabajando en base al Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021, este plan tiene una sólida propuesta de intervención de política pública, aprobado por DS 012-2013. Recoge lo más avanzado de la investigación internacional y nacional, a partir del balance de las intervenciones que tienen efecto probado para disminuir embarazo no planificado en adolescentes, y reconoce que solo las intervenciones simultáneas y multisectoriales, nunca aisladas, habrán de tener un efecto sostenible. Su horizonte temporal alcanza el año 2021 (bicentenario), siendo su objetivo general reducir en 20% la prevalencia del embarazo en las adolescentes.

El presente cuadro nos muestra el grado de conocimiento que tienen las adolescentes gestantes entrevistadas con respecto a las políticas públicas en salud para la prevención del embarazo adolescente.

Figura 2: Distribución de las adolescentes embarazadas según políticas públicas en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.

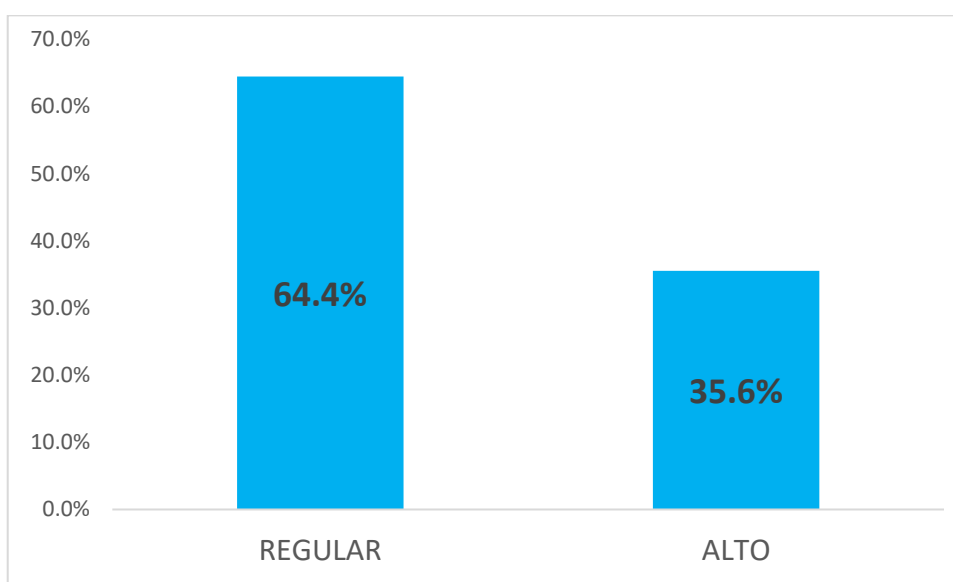


Tabla 15 Distribución de las adolescentes embarazadas según la dimensión salud sexual reproductiva.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
REGULAR	27	60,0	60,0
ALTO	18	40,0	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 15 y la figura 3 se aprecia que el 60% de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre salud sexual reproductiva, el 40% manifiestan un conocimiento alto.

Análisis:

El conocimiento de la prevención del VIH/ SIDA y otras ITS evidencia enormes brechas; por ejemplo, la gran mayoría de adolescentes no pobres ni siquiera ha oído hablar del SIDA y sabe que el condón es una protección, mientras que menos de la mitad de quienes no están en pobreza sabe que existe el SIDA

La salud sexual y reproductiva de las mujeres se ha caracterizado, por lo menos en las últimas dos décadas por importantes progresos y significativos retrocesos; teniendo en cuenta que ésta no es resultado exclusivo de procesos biológicos, sino por el contrario, de un conjunto de determinantes sociales, políticos, económicos y culturales, pero sobre todo de las desigualdades de género y como éstas influyen en el goce del derecho a la salud para las mujeres. Existe consenso en que la mortalidad materna y prevalencia de embarazos en adolescentes sean consideradas importantes indicadores de desarrollo, y sobre todo, de la situación y status social de la mujer, así como de las brechas sociales y económicas al interior del país. De allí que la disminución de la mortalidad materna se haya constituido en una de las metas de Objetivos de Desarrollo del Milenio .En el Perú, la salud sexual y reproductiva solo puede ser efectivamente atendida por el Estado a través de políticas públicas que contemplen un marco de derechos humanos, en donde la maternidad voluntaria y saludable, la autonomía sexual y reproductiva, la decisión informada de las mujeres y el acceso a servicios de calidad, entre otros, sean derechos garantizados, promovidos y protegidos por el Estado..

Con respecto a los profesionales de la salud, se advierte que la etapa de vida adolescente es la que menos se consulta. Por eso, cada oportunidad en la que vayan al médico debe ser aprovechada por el profesional, lo que incluye cuando sacan el certificado médico obligatorio, consulta psicológica etc.

El mayor problema es que, por su propia característica, el adolescente se cree invulnerable y considera que nada le va a pasar, incluso un embarazo.

Y por eso mismo, la prevención no es un tema para los adolescentes, que no van al médico ni a un centro de salud a preguntar cómo cuidarse ni a pedir métodos anticonceptivos.

Siempre llama la atención que, a pesar de la buena oferta de anticonceptivos –incluso el implante subdérmico, que se ha puesto un montón–, los adolescentes no acuden a los consultorios.

Figura 3: Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión salud sexual reproductiva.

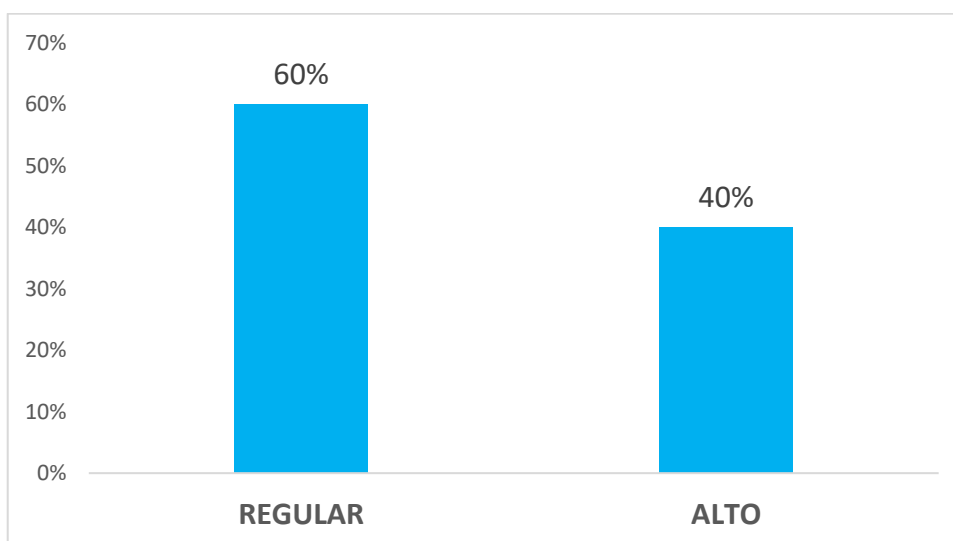


Tabla 16 Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión educación sexual integral.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
BAJO	7	15,6	15,6
REGULAR	38	84,4	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 16 y la figura 4 se aprecia que el 84.4 de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre **educación sexual integral**, el 15.6% manifiestan un conocimiento bajo.

Análisis:

La educación sexual integral es el eje central para prevenir los embarazos adolescentes, así como para lograr que los que ocurren sean sólo los deseados. Pero, se advierte que son varios los factores que inciden en esta situación, que abarcan desde la propia idiosincrasia de los adolescentes hasta la negación del mundo adulto de que la sexualidad se ejerce desde edades tempranas.

También se debe destacar que, aunque la ley nacional de educación sexual en las escuelas existe desde hace una década, su implementación es relativa y no ha mostrado ser efectiva para disminuir los embarazos tempranos.

Lo que ocurre es que la educación sexual no es una materia más, sino que debe ser trabajada de otra manera, en talleres participativos, e incluso pensar en formar comunicadores jóvenes, porque es más efectiva la comunicación entre pares que hablan el mismo lenguaje.

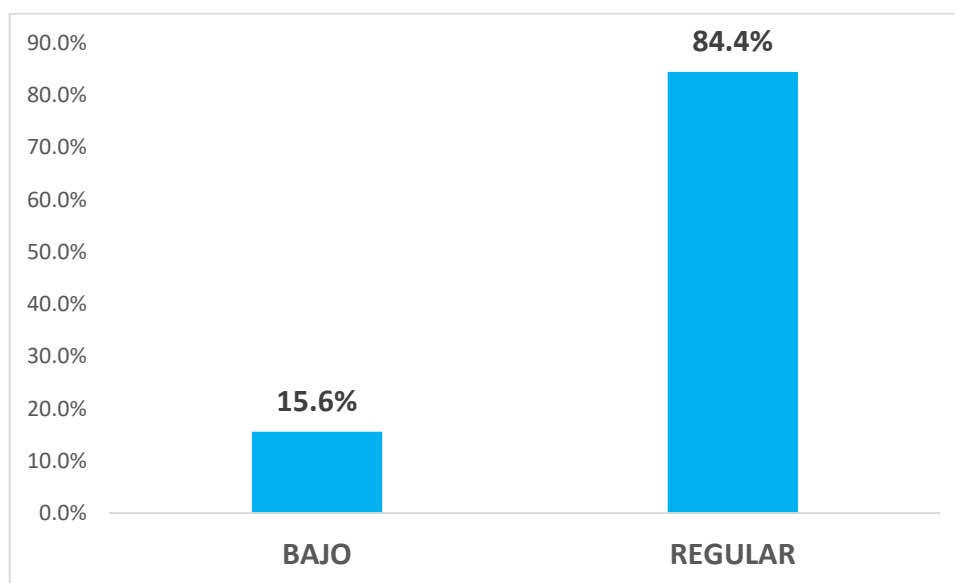
Del mismo modo, todo esto se debe trabajar en base a tres pilares fundamentales, y que cada uno de ellos debe llevar adelante la parte que le toca: la familia, la escuela y el profesional de la salud.

La educación sexual empieza por casa. Los padres deben hablar de sexualidad con sus hijos y deben admitir que el sexo existe en la adolescencia desde edades

tempranas. Y también tienen que saber que mientras más informados estén los chicos, más tarde iniciarán las relaciones sexuales y más se cuidarán tanto de un embarazo no deseado como de adquirir una infección de transmisión sexual. Pero todavía hoy el tema sigue siendo tabú en muchas familias.

En el embarazo adolescente también pesa el proyecto de vida, que suele variar en función de la pertenencia social mientras en los sectores medios y altos el proyecto de vida de una adolescente suele ser tener una carrera, en la población más vulnerable a veces ese proyecto pasa por ser madre. Además, la maternidad a edades tempranas suele reiterarse en las distintas generaciones, aunque este factor es más difícil de modificar, también es parte de la educación sexual integral.

Figura 4: Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión educación sexual integral.



3.1.2. Resultados descriptivos para la variable condicionantes del embarazo adolescente

Tabla 17 Distribución de la variable condicionantes del embarazo adolescente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	11	24,4	24,4
S1	34	75,6	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 17 y la figura 5 se aprecia que el 75.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que las condicionantes del embarazo están asociadas al embarazo, el 24.4% manifiestan que no asociada al embarazo, resultados que se observan en la siguiente figura.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de las medidas de protección ante situaciones de riesgo. Una alta proporción de embarazos adolescentes no son deseados (entre 25% y 52% en América Latina y el Caribe) y seguramente esta proporción es mayor en menores de 15 años.

Los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos son diversos complejos. Entre ellos cabe destacar el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad.

Además, cabe señalar el particular peso que tienen las relaciones no consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causa del embarazo en menores de 15 años

La mayoría de los estudios acerca de la fecundidad y el embarazo adolescente han mostrado que persisten grandes diferencias según las condicionantes sociales existentes.

Es indudable que la fecundidad y el embarazo de las adolescentes en el Perú ocurren primordialmente en los hogares más pobres y entre aquellas mujeres que disponen delimitadas o nulas alternativas de desarrollo personal, conforme más alto es el estrato socioeconómico, menor es la proporción de mujeres adolescentes sexualmente activas que se embarazan.

El garantizar el acceso a la educación, salud y empleo en la población que forma parte del Bono Demográfico contribuiría enormemente al desarrollo del país. Para aprovechar de este Bono, la inversión en salud y educación debe realizarse con un enfoque de curso de vida, es decir que se debe garantizar la salud y educación de la población de todos los grupos de edades y en especial de la población que actualmente forma parte del bono demográfico “Adolescentes y Jóvenes”.

Figura 5: Distribución de variable condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

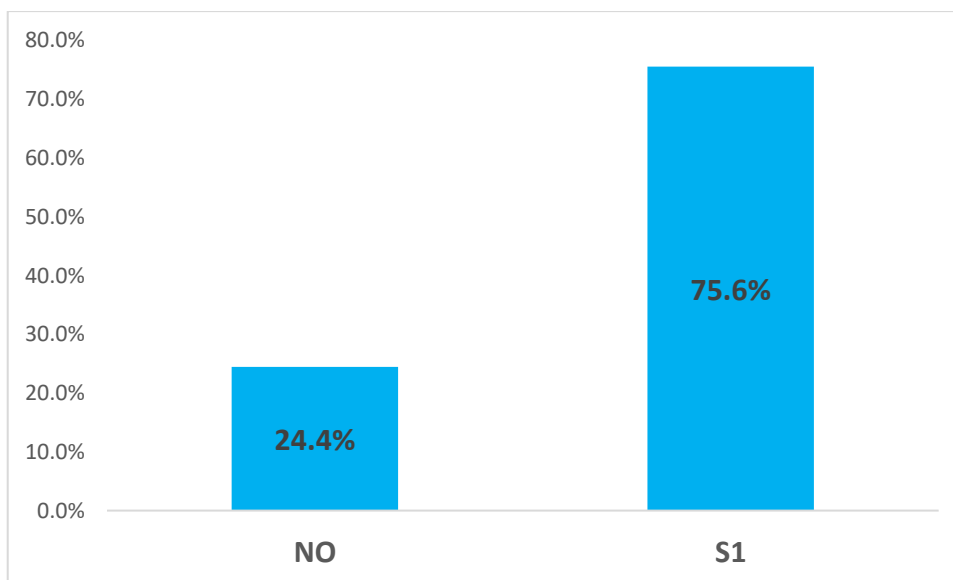


Tabla 18 Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	11	24,4	24,4
SI	34	75,6	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 18 y la figura 6 se aprecia que el 75.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que los condicionantes intermedios están asociadas al embarazo, el 24.4% manifiestan que no asociada al embarazo, resultados que se observan en la siguiente figura.

Estos se refieren a la familia o el hogar en el que se encuentre la adolescente y en su escuela, entre los que se consideran las condiciones familiares, la existencia de abuso o violencia, la supervisión y el diálogo entre padres o cuidadores y adolescentes y jóvenes, las normas de funcionamiento del hogar, el cuidado por mantener a la adolescente en el sistema escolar, la formación de calidad en SSR y ESI en la escuela, entre otros.

En especial se considera el nivel educativo como un factor protector, no solo por las oportunidades que representa tener una mayor educación, sino por las habilidades que se adquieren a través de la misma para propiciar el propio desarrollo; tener percepciones más ajustadas y positivas sobre sí mismo, sobre la identidad de género, y por la capacidad que se adquiere para valorar y evaluar la adecuación de las normas sociales, las creencias sobre el rol de género, el lugar que se ocupa en las familias, el trabajo, la comunidad o la sociedad, e incluso sobre los comportamientos de autocuidado, lo que conduce a tener comportamientos sexuales menos riesgosos y decisiones con mayor autonomía y responsabilidad.

Los condicionantes intermedios están relacionados con los ingresos, pobreza, la cobertura y acceso oportuno a servicios públicos, la oportunidad de participar en las decisiones públicas y el ejercicio de la democracia, los legados culturales que trascienden las instituciones, las comunidades, el macro entorno social, las normas sociales sobre la sexualidad, la feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja

o la participación de las adolescentes en los procesos de decisión e identidad social, de la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida y la atención de la comunidad a los derechos sexuales y reproductivos, a la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), así como en aspectos estructurales como la pobreza o la permanencia escolar y la existencia de opciones para la generación de ingresos

Figura 6: Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente.

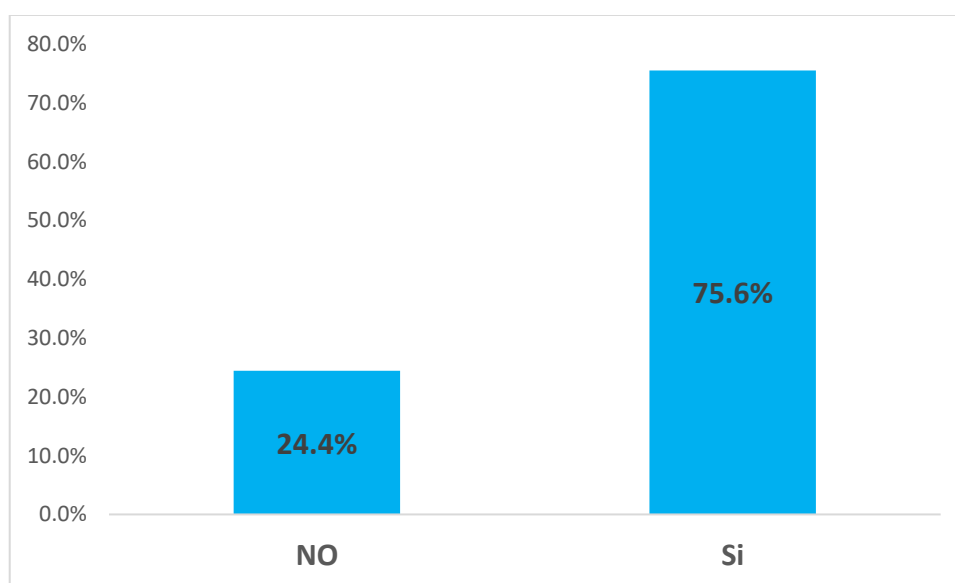


Tabla 19 Distribución de la dimensión condicionantes próximos del embarazo adolescente

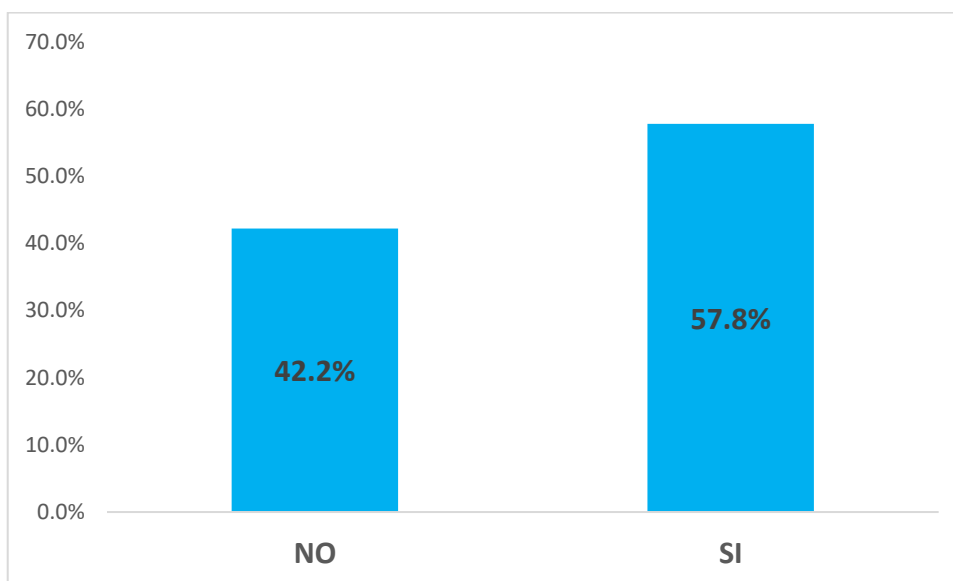
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	19	42,2	42,2
SI	26	57,8	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 19 y la figura 7 se aprecia que el 57.8% de las adolescentes embarazadas manifiestan que las condicionantes próximos están asociadas al embarazo, el 42.2% manifiestan que no asociada al embarazo, resultados que se observan en la siguiente figura.

Estos están relacionados con las características individuales en los que se destacan factores biológicos como el desarrollo puberal y factores del comportamiento como el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad o las uniones tempranas, el uso de los métodos de anticoncepción, y el acceso a servicios de salud y educación (Zamudio, L. et al, 1999). En particular tienen gran incidencia la edad de inicio de las relaciones sexuales y el momento en que se dan las uniones o la nupcialidad. Así mismo, se encuentran la configuración de proyectos de vida propios, las prácticas de género, las creencias del individuo y sus comportamientos alrededor de la sexualidad, las relaciones sexuales, la maternidad y la paternidad, son entre otras, algunas de las variables que puede incidir en las decisiones sobre la vida sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Figura 7: Distribución de la dimensión condicionantes próximos del embarazo adolescente.



3.2. Prueba de hipótesis

3.2.1. Prueba de hipótesis general

a) Formulación de hipótesis estadística

H₁: Las políticas públicas en salud se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018

H₀: Las políticas públicas en salud no se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018.

b) Elección de la prueba

Esta prueba se realizó mediante el estadístico de prueba apropiado, previamente se probó si los datos presentan normalidad, correspondiendo en este caso a la prueba estadística Chi-cuadrado, cuya ecuación es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

c) Nivel de significación

En la presente investigación el porcentaje de error dispuesto a correr al realizar la prueba fue de $\alpha=0,05$.

d) Prueba estadística

Tabla 20 Tabulación cruzada entre políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente

			CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE		Total
			NO	S1	
POLITICAS PUBLICAS EN SALUD	REGULAR	Recuento % del total	11 24,4%	18 40,0%	29 64,4%
	ALTO	Recuento % del total	0 0,0%	16 35,6%	16 35,6%
Total		Recuento % del total	11 24,4%	34 75,6%	45 100,0%

Fuente: SPSS. V.22

Tabla 21 Prueba de Chi Cuadrado entre políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	8,032 ^a	1	,005		
Corrección de continuidad	6,110	1	,013		
Razón de verosimilitud	11,557	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,004	,003
Asociación lineal por lineal	7,854	1	,005		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,91.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: SPSS. V.22

Tabla 22 Medidas simétricas políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	,422	,075	3,937	,000
Tau-c de Kendall	,348	,088	3,937	,000
N de casos válidos	45			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Fuente: SPSS. V.22

e) Conclusión

En la tabla 20 se observa que las políticas públicas están asociadas de manera regular con el condicionamiento del embarazo adolescente en un 40%

Asimismo, en la tabla 21 se observa que el nivel de significancia del valor de chi-cuadrado de Pearson es de 0,005 menor que 0,05 por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que Las políticas públicas en salud se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.

f) Decisión

Según la tabla 32 se observa que el valor del coeficiente tau-b de Kendall es de 0,422 con un p-valor de 0,000, inferior al nivel de significancia planteado denotando una asociación regular.

3.2.2. Prueba de hipótesis específica 1

a) Formulación de hipótesis estadística

H₁: Las políticas de salud sexual reproductiva se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

H₀: Las políticas de salud sexual reproductiva no se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

b) Elección de la prueba

Esta prueba se realizó mediante el estadístico de prueba apropiado, previamente se probó si los datos presentan normalidad, correspondiendo en este caso a la prueba estadística Chi-cuadrado, cuya ecuación es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

c) Nivel de significación

En la presente investigación el porcentaje de error dispuesto a correr al realizar la prueba fue de $\alpha=0,05$.

d) Prueba estadística

Tabla 23 Tabulación cruzada entre Educación Sexual reproductiva y Condicionantes Del Embarazo Adolescente

			CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE		Total
			NO	SI	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	REGULAR	Recuento	10	17	27
		% del total	22,2%	37,8%	60,0%
	ALTO	Recuento	1	17	18
		% del total	2,2%	37,8%	40,0%
Total		Recuento	11	34	45
		% del total	24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: SPSS. V.22

Tabla 24 Prueba de Chi Cuadrado entre Educación Sexual reproductiva y condicionantes del embarazo adolescente

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,795 ^a	1	,016	,031	,016
Corrección de continuidad ^b	4,216	1	,040		
Razón de verosimilitud	6,735	1	,009		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5,667	1	,017		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: SPSS. V.22

Tabla 25 Medidas simétricas Educación Sexual reproductiva y condicionantes del embarazo adolescente

		Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,359	,109	2,884	,004
	Tau-c de Kendall	,302	,105	2,884	,004
N de casos válidos		45			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Fuente: SPSS. V.22

e) Conclusión

En la tabla 23 se observa que la educación sexual reproductiva está asociada de manera regular con el condicionamiento del embarazo adolescente en un 37.8%

Asimismo, en la tabla 24 se observa que el nivel de significancia del valor de chi-cuadrado de Pearson es de 0,016 menor que 0,05 por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que las políticas de salud sexual reproductiva se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

f) Decisión

Según la tabla 25 se observa que el valor del coeficiente tau-b de Kendall es de 0,359 con un p-valor de 0,000, inferior al nivel de significancia planteado denotando una asociación baja.

3.2.3. Prueba de hipótesis específica 2

a) Formulación de hipótesis estadística

H₁: Las políticas de educación sexual integral se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

H₀: las políticas de educación sexual integral no se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

b) Elección de la prueba

Esta prueba se realizó mediante el estadístico de prueba apropiado, previamente se probó si los datos presentan normalidad, correspondiendo en este caso a la prueba estadística Chi-cuadrado, cuya ecuación es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

c) Nivel de significación

En la presente investigación el porcentaje de error dispuesto a correr al realizar la prueba fue de $\alpha=0,05$.

d) Prueba estadística

Tabla 26 Tabulación cruzada entre Educación Sexual integral y Condicionantes Del Embarazo Adolescente

			CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE		Total
			NO	Si	
EDUCACION SEXUAL INTEGRAL	BAJO	Recuento	5	2	7
		% del total	11,1%	4,4%	15,6%
	REGULAR	Recuento	6	32	38
		% del total	13,3%	71,1%	84,4%
Total		Recuento	11	34	45
		% del total	24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: SPSS. V.22

Tabla 27 Prueba de Chi Cuadrado entre Educación Sexual integral y condicionantes del embarazo adolescente

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	9,908 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	7,124	1	,008		
Razón de verosimilitud	8,529	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,006	,006
Asociación lineal por lineal	9,688	1	,002		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: SPSS. V.22

Tabla 28 Medidas simétricas Educación Sexual integral y condicionantes del embarazo adolescente

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,469	,158	2,320	,020
	Tau-c de Kendall	,292	,126	2,320	,020
N de casos válidos		45			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Fuente: SPSS. V.22

e) Conclusión

En la tabla 26 se observa que las educaciones sexuales integrales están asociadas de manera regular con el condicionamiento del embarazo adolescente en un 71.1%

Asimismo, en la tabla 27 se observa que el nivel de significancia del valor de chi-cuadrado de Pearson es de 0,002 menor que 0,05 por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que las políticas de salud sexual integral se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

f) Decisión

Según la tabla 28 se observa que el valor del coeficiente tau-b de Kendall es de 0,469 con un p-valor de 0,000, inferior al nivel de significancia planteado denotando una asociación regular.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre las políticas públicas y las condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018. Para lograrlo se utilizaron dos cuestionarios con la finalidad de recoger los datos: El Cuestionario 'políticas públicas y el Cuestionario condicionantes del embarazo adolescente.

Un primer hallazgo es que se probó la relación que existe entre las políticas públicas y las condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018 Para ello se utilizó el estadístico Chi Cuadrado el cual obtuvo un valor de 8.032 con un p-valor de 0,005; inferior al nivel de significancia planteado previamente. Con un nivel de asociación medio siendo su coeficiente de asimetría Tau b de Kendall 0.422 con un p-valor de 0,000 lo que indica que existe una relación directa y significativa media. Estos resultados coinciden con los resultados hallados Carvajal Barona, Roció; Valencia Oliveros, Harold Leder; en su trabajo titulado "Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el Municipio de Buenaventura, Colombia. Buenaventura, Colombia, 2017", con el objetivo de poder identificar los principales factores con relación al embarazo en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas entre 13 y 19 años en Buenaventura, Colombia concluye que: el 78,5% inician su vida sexual durante o después de los 14 años de edad y el 67,7% de las adolescentes señalaron de no haber usado algún método contraceptivo en su primera relación sexual. Asimismo, el 52% de la muestra afirmaron que no usaron algún método contraceptivo en su última relación sexual. El 82,7% de las adolescentes afirmaron tener pareja. Así mismo Janco Alvaro, en su trabajo titulado: "Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac, departamento de la Paz, octubre a diciembre 2011". Copacabana, Bolivia 2013. Con el objetivo: "Determinar los factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el Hospital Copacabana" concluye: existe asociación entre el nivel de instrucción, nivel de ingreso económico en el embarazo en la adolescencia. El factor de riesgo percepción familiar no está asociado al embarazo en adolescentes obteniendo como porcentaje de padres casados el 31.48%, viven solo con la madre

el 30.55%, sus padres fallecieron el 24.07% y que sus padres son divorciados el 13.88%. por otro lado Lluyo Marcellini, Delci Fiorella, en su trabajo titulado: "Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Carlos Showing Ferrari 2014-2015. Huánuco, Perú, 2017". concluye Menarquia precoz 50%, Baja autoestima 13% y el consumo de alcohol 30%. Dentro de los Familiares individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Violencia familiar 70%. Dentro de los Familiares sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar 15%, el machismo de los padres 25% y la violencia sexual 25%; del mismo modo Osorio Alania, Rubén, en su trabajo con título: "Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013". Lima, Perú 2014. Concluye el 90% de los adolescentes se encontraron ente los 14 a 19 años, el 80% de los encuestados no planificaron su embarazo, el 64% de los encuestados provienen de familias desintegradas, el 75% de los encuestados tienen grado de instrucción secundaria, el 65% de los encuestados reciben apoyo económico de sus padres, el 62% de los encuestados iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y el 82% de los encuestados tenían algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

V. CONCLUSIONES

1. Se ha demostrado que existe relación directa y significativa entre las políticas públicas están asociadas de manera regular con las condicionantes del embarazo adolescente siendo, el p-valor de la prueba Chi Cuadrado 0,005; inferior al nivel de significancia planteado y su coeficiente de asociación Tau b de Kendall 0.422.
2. Se ha demostrado que existe asociación baja entre la salud sexual reproductiva y los condicionantes del embarazo adolescente siendo el p-valor de la prueba Chi Cuadrado 0,016; inferior al nivel de significancia planteado y coeficiente de asociación Tau b de Kendall 0.359
3. Se ha demostrado que existe asociación regular entre la salud sexual integral y los condicionantes del embarazo adolescente siendo el p-valor de la prueba Chi Cuadrado 0,002; inferior al nivel de significancia planteado y coeficiente de asociación Tau b de Kendall 0.462

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios, implementar, dentro de sus lineamientos políticos, los servicios diferenciados, ya sea en la modalidad de horario diferenciado o ambiente exclusivo, para brindar la atención integral de la etapa de vida adolescente, lo que permitirá empoderarlas en salud sexual y reproductiva, en aras de la prevención de riesgos, principalmente del embarazo adolescente. Así mismo llevar cabo talleres de fortalecimiento de capacidades al personal de salud para la identificación de casos de violencia sexual y de pareja, en lo que respecta a la atención especializada a víctimas de violencia de género.

2. Se recomienda al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Educación Madre de Dios, implementar, ya que actualmente , no se cuenta con un marco que garantice la educación integral en sexualidad en las escuelas para identificar avances y brechas en el cumplimiento de los compromisos en salud y derechos sexuales y reproductivos adoptados por 23 países de Latinoamérica y el Caribe establecido en el Consenso de Montevideo (en la Conferencia Regional de Población y Desarrollo 2013).

3. Se recomienda al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios, en coordinación con la Dirección Regional de Educación realizar campañas conjuntas e integrales con el objeto de evaluar los avances en políticas públicas en cuanto a planificación familiar, así mismo sin educación sexual integral y con enfoque de género seguiremos observando como las niñas menores de 15 años se convierten en madres y un buen porcentaje de ellas abandonaran la escuela para dedicarse al cuidado del hogar y la familia. También se visualiza un panorama preocupante sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en nuestra región.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.
- Caricote Ágreda, E. A. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere*, 13(45), 415-425.
- Carvajal Barona, R., Oliveros, V., Leder, H., & Rodríguez Amaya, R. M. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 290-300.
- Castillo Álvarez, R. P., & Quishpe Zagal, C. D. (2017). Autoestima y relación de poder asociados a debut sexual y embarazo precoz en adolescentes tempranas y tardías que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito período febrero-junio 2017.
- Decreto Supremo. N° 012, 2013. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de:
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-multisectorial-para-la-p-decreto-supremo-n-012-2013-sa-1010726-3>
- Flórez Nieto, C., & Nunez, J. (2002). Teenage Childbearing in Latin American Countries.
- Flórez, C. E. & Soto, V. (2005). Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. Informe presentado a la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Bogotá: Documento de Trabajo
- Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Colombia: Profamilia. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5>.
- Holguín, Y. P., Mendoza, L. A., Esquivel, C. M., Sánchez, R., Daraviña, A. F., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209-219.
- Janco, A. (2013). Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac.: Departamento de la paz. Octubre a Diciembre 2011. *Revista Salud Pública Boliviana*, 38.
- Ley, N. (1997). 26842. Ley General de Salud, 15. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de:

<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>

- López Sánchez, L. (2014). Sexualidad en la adolescencia ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? Recuperado el 29 de julio de 2018, de:
<https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/24-34%20Sexualidad%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Luyo Marcellini, D. F. (2017). Factores Individuales, Familiares Y Sociales Asociados Al Embarazo En Adolescentes En El Centro De Salud Carlos Showing Ferrari 2014-2015.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 471-479.
- Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342.
- MINSA. (2016). PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. Recuperado el 29 de julio de 2018, de
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
- MINSA. (2017). Situación de los jóvenes y adolescentes en el Perú. 01-124. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Motta, A., Keogh, S. C., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú. New York: Guttmacher Institute.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Desarrollo en la Adolescencia. World Health Organization. Recuperado el 29 de julio de 2018, de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). El embarazo en la adolescencia. World Health Organization. Recuperado el 29 de julio de 2018, de:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Osorio, R. (2014). Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis Perú.

Rodríguez García, Y., Oliva Díaz, J. A., & Gil Hernandez, A. (2007). A SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES: ALGUNAS CONSIDERACIONES. Revista Archivo Médico de Camagüey, 11(1), 0-0.

Rodríguez Marcelo, A. E., & Sucño Espinoza, C. M. (2016). Factores Que Influyen En El Embarazo En Adolescentes En El Centro De Salud Pedro Sanchez Meza Chupaca De Enero A Marzo 2016.

Rodríguez Rodríguez, N., Cala Bayeux, Á., Nápoles Pérez, J. L., Milán Arenado, Y., & Aguilar Tito, M. (2017). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Revista de Información Científica, 96(1), 29-37.

University, G. V. (2015). Países con mayor tasa de natalidad entre adolescentes. Actitud Fem. Recuperado el 29 de julio de 2018, de <http://www.actitudfem.com/entorno/genero/mujeres/los-paises-con-masembarazos-adolescentes>

ANEXOS

- | | |
|-----------------|--|
| 1. Anexo N° 01: | Base de Datos |
| 2. Anexo N° 02: | Matriz de consistencia |
| 3. Anexo N° 03: | Matriz de recojo de datos. |
| 4. Anexo N° 05 | Solicitud de aplicación de datos (autorización). |
| 5. Anexo N° 06: | Validación de Instrumentos |
| 6. Anexo N° 07 | Fotos |

Políticas publicas en salud																		
EDUCACION SEXUAL INTEGRAL													SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
N	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
1	2	2	3	1	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3	2	2	3	2	3
3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	1	3	3	2	2
4	2	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3
5	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2
6	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2
7	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2
8	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3
9	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2
10	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3
11	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
12	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
13	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1
14	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2
15	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2
16	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
17	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2
18	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1
19	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2
20	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2
21	2	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3
22	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2
23	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2
24	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3
25	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2
26	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3
27	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
28	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
29	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1
30	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2
31	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2
32	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
33	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2
34	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1
35	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2
36	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2
37	2	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3

38	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2
39	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2
40	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3
41	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2
42	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3
43	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
44	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
45	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1

CONDICNANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE																												
CONDICIONANTES INTERMEDIOS																		CONDICIONANTES PROXIMOS										
N	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20								
1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2			
2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2		
3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1		
4	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	
5	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	
6	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	
7	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	
8	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	
9	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	
10	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	
11	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	
12	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	
13	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
14	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	
15	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	
16	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1
17	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1
18	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1
19	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1
20	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1

Anexo N°02

MATRIZ DE LA CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACION

TÍTULO: RELACION ENTRE LAS POLITICAS PUBLICAS EN SALUD Y CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ-TAMBOPATA-2018				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES / DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es el nivel de relación que existe entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO ¿Cuál es el nivel de relación que existe entre las Políticas Publicas de la Salud Sexual y Reproductiva y los condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez - Tambopata-2018</p> <p>¿Cuál es el nivel de relación que existe entre Políticas Públicas de Educación Sexual Integral y los Condicionantes del Embarazo Adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: • Determinar el nivel de relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez -Tambopata-2018</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Determinar el nivel de relación que existe entre las Políticas Publicas de la Salud Sexual y Reproductiva y los condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez - Tambopata-2018</p> <p>Determinar el nivel de relación que existe entre las Políticas Públicas de Educación Sexual Integral y los Condicionantes del Embarazo Adolescente en el centro de salud Jorge Chávez - Tambopata-2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las políticas públicas en salud se relacionan significativamente con los condicionantes del Embarazo Adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez - Tambopata-2018 <p>HIPOTESIS ESPECIFICA Las Políticas Publicas en Salud Sexual y Reproductiva se relacionan significativamente con los condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez -Tambopata-2018</p> <p>Las Políticas Públicas de Educación Sexual Integral se relacionan significativamente con los Condicionantes del Embarazo Adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018</p>	<p>VARIABLE 1 Políticas Públicas en Salud</p> <p><u>DIMENSIONES</u> Salud Sexual Reproductiva Educación Sexual Integral</p> <p>VARIABLE 2 • Condicionantes del Embarazo Adolescente</p> <p><u>DIMENSIONES</u> • Condicionantes Intermedios • Condicionantes Próximos</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Básica cuantitativa</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACION No experimental, relacional, transversal</p> <p>POBLACIÓN: 51 adolescentes embarazadas que llegan al Centro de salud Jorge Chávez- Tambopata 2018</p> <p>MUESTRA: - Selección: Probabilística - Tamaño: 46 gestantes adolescentes que llegan al CSJCH.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOJO DE DATOS Técnica: Encuestas Instrumento: 02 cuestionarios</p> <p>TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS Se utilizará estadística descriptiva, e inferencial, análisis bivariado pruebas de hipótesis y serán procesados en el software SPSS v23.</p>

Anexo N° 03: MATRIZ DE RECOJO DE DATOS

TITULO: Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chavez-tambopata-2018

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems / Índices	Escala de Medición
VARIABLE 1: políticas públicas en salud Fuente: Embarazo adolescente, es aquel que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (Menéndez, Navas & Hidalgo, 2012, pág. 2)	Educación Sexual Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiología sexual y reproductiva • Género y derechos sexuales reproductivos. • Valores y habilidades interpersonales 	1. Pubertad/cambios físicos en el cuerpo 2. Órganos reproductivos 3. Menstruación 4. Embarazo y parto 5. Igualdad entre hombres y mujeres 6. Prevención de la violencia/abuso sexual 7. Orientación sexual 8. Derechos sexuales y reproductivos 9. Comportamiento sexual 10. Comunicación con pareja(s) 11. Habilidades para tomar decisiones 12. Abstinencia	1= Mínimo 2= Adecuado 3. Alto
	Salud Sexual Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de VIH y otras ITS • Anticoncepción y embarazo no planeado 	13. VIH/SIDA y otras ITS 14. Dónde conseguir servicios de VIH y otras ITS 15. Métodos anticonceptivos 16. Dónde conseguir métodos anticonceptivos 17. Cómo usar métodos anticonceptivos 18. Aborto	1= Mínimo 2= Adecuado 3. Alto

Matriz de recojo de datos

TITULO: Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge chavez-tambopata-2018

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems / Índices	Escala de Medición
<p>VARIABLE 2:</p> <p>Condicionantes del embarazo adolescente</p> <p>El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (<i>Mendoza & Subiría</i>, 2013)</p> <p>EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ: SITUACIÓN ACTUAL E IMPLICANCIAS PARA LAS POLITICAS PUBLICAS</p>	<p>condicionant es Intermedios</p>	<p>Socioculturales Familiares Individuales</p>	<p>1 Edad</p> <p>2. Lugar de nacimiento:</p> <p>3. ¿No eres mujer si no tienes hijos?</p> <p>4. ¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado y tener relaciones sexuales?</p> <p>5. ¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?</p> <p>6. ¿Tienes la oportunidad de asistir al colegio para aprender?</p> <p>7. ¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?</p> <p>8. ¿Qué tipo de familia tienes?</p> <p>9. Según la convivencia diaria familiar, consideras que tu familia es:</p> <p>10. ¿tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación, masturbación o te reprimen?</p> <p>11. ¿Tus padres te mienten cuando hablan de sexo o sexualidad?</p> <p>12. ¿Tus padres te dejaron tener enamorado con relaciones sexuales?</p> <p>13. ¿Sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?</p> <p>14. ¿tus padres recibieron con alegría tu embarazo?</p> <p>15. ¿Escuchaste alguna vez dentro de tu familia decir, que a la primera relación sexual no hay riesgo de quedar embarazada?</p> <p>16. ¿la comunicación que mantienes con tus padres es?</p> <p>17. ¿Algún miembro de tu familia atravesó por un caso de embarazo adolescente?</p> <p>18. ¿Hasta qué año estudiaste?</p> <p>19. ¿acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?</p> <p>20. ¿Cómo calificarías la calidad de atención?</p> <p>21. ¿de qué material es tu vivienda?</p> <p>22. ¿Cuentas con los servicios básicos? ¿Agua – Desagüe y luz?</p> <p>23. ¿Cuántas personas viven en tu hogar?</p> <p>24. ¿actualmente te encuentras trabajando?</p> <p>25. ¿a qué religión perteneces?</p> <p>26.¿según tus creencias religiosas, es adecuado tener relaciones sexuales antes del matrimonio? a. Si</p>	<p>1= si 2= no</p>
	<p>condicionant es Próximos</p>	<p>Pareja estable Actividad sexual Uso de anticonceptivos</p>	<p>27. ¿A qué edad te vino la primera menstruación?</p> <p>28. ¿Cómo consideras a tu autoestima?</p> <p>29. ¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?</p> <p>30. ¿sentiste presión de tus amigos para iniciar tu vida sexual?</p> <p>31. ¿usabas algún método anticonceptivo?</p> <p>32. ¿sigues manteniendo una relación sentimental con el padre de tu hijo?</p> <p>33. ¿dentro de tu familia hay violencia?</p> <p>34. ¿alguna vez fuiste víctima de violencia sexual?</p>	<p>1= si 2= no</p>

Anexo N°04

INSTRUMENTO CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE (Adaptado de Medina Inocente Astrid Lucero)

La presente encuesta de respuesta mixta es parte de un proyecto de investigación que busca conocer los factores determinantes del embarazo adolescente y su implicancia en las políticas públicas en el puesto de salud la Jorge Chavez-Tambopata-2018". Responda con la mayor sinceridad y veracidad posible. No existen respuestas correctas o incorrectas utilice el tiempo necesario. El instrumento tiene carácter anónima e individual coloque con (X) en opción que considere.

CONDICIONANTES INTERMEDIOS

1. Edad: a. 10 – 14 b. 15 - 19

2. Lugar de nacimiento:

Patrones Culturales

3. ¿No eres mujer si no tienes hijos?
a. Si b. No
4. ¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado y tener relaciones sexuales?
a. Si b. No
5. ¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?
a. Si b. No
6. ¿Tienes la oportunidad de asistir al colegio para aprender?
a. Si b. No
7. ¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?
a. Si b. No

Familiares

8. ¿Qué tipo de familia tienes?
a. Nuclear (mamá – papá – hermanos)
b. Nuclear modificada (mamá sola o papá solo)
c. Nuclear reconstruida (hermanastros – padrastro – madrastra)

d. Extendida (abuelos – padres – hijos)
9. Según la convivencia diaria familiar, consideras que tu familia es:
a. Funcional (afectiva – comunicación adecuada – apoyo mutuo)

b. Disfuncional (conflictos – crisis – violencia)

10. ¿tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación, masturbación o te reprimen?
a. Si b. No
11. ¿Tus padres te mienten cuando hablan de sexo o sexualidad?
a. Si b. No

12. ¿Tus padres te dejaron tener enamorado con relaciones sexuales?

- a. Si
- b. No

13. ¿Sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?

- a. Si
- b. No

14. ¿tus padres recibieron con alegría tu embarazo?

- a. Si
- b. No

15. ¿Escuchaste alguna vez dentro de tu familia decir, que a la primera relación sexual no hay riesgo de quedar embarazada?

- a. Si
- b. No

16. ¿la comunicación que mantienes con tus padres es?

- a. Buena (confianza – dialogo continuo)
- b. Regular (comunicación solo a la hora de las comidas)
- c. Mala (dialogo escaso, falta de confianza)

17. ¿Algún miembro de tu familia atravesó por un caso de embarazo adolescente?

- a. Si
- b. No

¿Quién?

Nivel educativo

18. ¿Hasta qué año estudiaste?

- a. Ilustrado
- b. Primaria completa
- c. Primaria incompleta
- d. Secundaria completa
- e. Secundaria incompleta
- f. Técnico
- g. Universitario

¿Influyó tu nivel educativo sobre la decisión de ser madre? -

- a. Si
- b. No

Acceso a planificación familiar

19. ¿acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?

- a. Si
- b. No

20. ¿Cómo calificarías la calidad de atención?

- a. Buena
- b. Regular
- c. Mala

Nivel Económico

21. ¿de qué material es tu vivienda?

- a. Concreto o material noble
- b. Adobe

c. Esteras o calamina

22. ¿Cuentas con los servicios básicos? ¿Agua – Desagüe y luz?

a. Si b. No

23. ¿Cuántas personas viven en tu hogar?.....

24. ¿actualmente te encuentras trabajando?

a. Si b. No

Creencias religiosas

25. ¿a qué religión perteneces?

- a. Cristiana – evangélica
- b. Católica
- c. Otros

26. ¿según tus creencias religiosas, es adecuado tener relaciones sexuales antes del matrimonio?

a. Si b. No

CONDICIONANTES PROXIMOS

27. ¿A qué edad te vino la primera menstruación?

a. 9 – 12 años b. 13 – 16

28. ¿Cómo consideras a tu autoestima?

- a. Alta (dan y reciben afecto, reflejan felicidad, aceptan las criticas)
- b. Baja (son conformistas, no aceptan sus errores, no tienen confianza en sí mismos)

29. ¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?

a. 10 – 14 años b. 15 – 19 años

30. ¿sentiste presión de tus amigos para iniciar tu vida sexual

a. Si b. No

31. ¿usabas algún método anticonceptivo?

a. Si b. No

¿Cuál?

32. ¿sigues manteniendo una relación sentimental con el padre de tu hijo?

a. Si b. No

33. ¿dentro de tu familia hay violencia?

- a. Física
- b. Psicológica
- c. Económica
- d. No hay

¿Quién suele cometer este tipo de violencia?

.....

34. ¿alguna vez fuiste víctima de violencia sexual?

a. Si b. No

¿Quién fue?

INSTRUMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

La presente encuesta es parte de un proyecto de investigación que busca conocer las políticas públicas en salud sobre la difusión de temas que conforman la educación sexual integral (ESI) recibidos en sus colegios de procedencia y, salud sexual y reproductiva (SSyR) de las adolescentes que acudieron al puesto de salud la Jorge Chavez-Tambopata-2018.

Responda con la mayor sinceridad y veracidad posible. No existen respuestas correctas o incorrectas utilice el tiempo necesario. El instrumento tiene carácter anónimo e individual coloque con (X) en opción que considere.

1 MINIMO 2 ADECUADO 3 ALTO

	Fisiología sexual y reproductiva	1	2	3
1	Pubertad/cambios físicos en el cuerpo			
2	Órganos reproductivos			
3	Menstruación			
4	Embarazo y parto			
	Género y derechos sexuales y reproductivos	1	2	3
5	Igualdad entre hombres y mujeres			
6	Prevención de la violencia/abuso sexual			
7	Orientación sexual			
8	Derechos sexuales y reproductivos			
	Valores y habilidades interpersonales	1	2	3
9	Comportamiento sexual			
10	Comunicación con pareja(s)			
11	Habilidades para tomar decisiones			
12	Abstinencia			
	Prevención del VIH y otras ITS	1	2	3
13	VIH/SIDA y otras ITS			
14	Dónde conseguir servicios de VIH y otras ITS			
	Anticoncepción y embarazo no planeado	1	2	3
15	Métodos anticonceptivos			
16	Dónde conseguir métodos anticonceptivos			
17	Cómo usar métodos anticonceptivos			
18	Aborto			



GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

Puerto Maldonado, 16 de junio del 2018

OFICIO N° -2018/MCR J.CH./DIRESA MDD

**SRA.
OBSTA. NELLY JUVENCIA ARANA PACHECO
Alumna de Maestria Gestion Pública UCV Filial Puerto Maldonado**

Asunto : APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
REF: CARTA No. 001-2018

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla atentamente, así mismo en atención al documento de la referencia se autoriza a la **Obsta. Nelly Juvencia Arana Pacheco**, alumna de la Maestria en Gestion Pública de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo, Sede Puerto Maldonado, lamisma que viene realizando el trabajo de invesx:

"RELACION ENTRE LAS POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD Y CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, EN EL CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ TAMBOPATA – 2018."

En tal sentido la mencionada servidora queda autorizada para visitar nuestro establecimiento de salud, para la aplicación del Instrumento de levantamiento de Informacion (encuesta) debiendo brindarsele las facilidades que el caso amerite para la conclusión de su trabajo.

Agradeciendo por la atención que se seirva brindar al presente, aprovecho la oportunidad para expresar a usted para expresar a usted mi especial consideración y estima..

Atentamente

MEDICO CIRUJANO
SMP 057891

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

“Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018”.

Nombre del instrumento: Cuestionario para políticas públicas en salud y condicionantes del Embarazo adolescente

Investigadora: Br. Arana Pacheco, Nelly Juvencia

II. DATOS DEL EXPERTO:

Nombres y Apellidos: MG. LOURDES SALAZAR SALVADOR

Lugar y fecha: Puerto Maldonado, 06 de junio del 2018

III. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)

..... Sin observaciones

2. CONTENIDO: (Coherencia en torno al instrumento. Si el indicador corresponde a los ítems y dimensiones)

..... Sin observaciones

3. ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)

..... Sin observaciones

IV. APORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....
.....

LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
Debe corregirse


Sello y Firma
Dr.: Mg. Lourdes Salazar Salvador
DNI: 40600876

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018.

Nombre del instrumento: Cuestionario para políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente

Investigador (a): Br. Arana Pacheco, Nelly Juvencia

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.				70%	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				70%	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				70%	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				70%	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.				70%	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.				70%	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.				70%	
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.				70%	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				70%	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.				70%	

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse



Sello y Firma

Mg. Reyna Subiera Hualpa
 DNI: 40900876

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

“Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018”.

Nombre del instrumento: Cuestionario para políticas públicas en salud y condicionantes del Embarazo adolescente

Investigadora: Br. Arana Pacheco, Nelly Juvenia

II. DATOS DEL EXPERTO:

Nombres y Apellidos: MG. LOURDES SALAZAR SALVADOR

Lugar y fecha: Puerto Maldonado, 06 de junio del 2018

III. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)

..... *coherente*

2. CONTENIDO: (Coherencia en torno al instrumento. Si el indicador corresponde a los ítems y dimensiones)

..... *coherente*

3. ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)

..... *coherente*

IV. APORTE Y/O SUGERENCIAS:

..... *coherente*

LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
Debe corregirse


Sello y Firma
Mg. José Enrique Saura Carrasco
DNI: 43301484

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018.

Nombre del instrumento: Cuestionario para políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente

Investigador (a): Br. Arana Pacheco, Nelly Juvencia

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.				80%	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				80%	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				80%	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					90%
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					80%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					92%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.					94%
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					95%
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					93%

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse


 Sello y Firma
 Mg. José Enrique Lozano Carrasco
 DNI: 43301484

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

“Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018”.

Nombre del instrumento: Cuestionario para políticas públicas en salud y condicionantes del Embarazo adolescente

Investigadora: Br. Arana Pacheco, Nelly Juvencia

II. DATOS DEL EXPERTO:

Nombres y Apellidos: MG. LOURDES SALAZAR SALVADOR

Lugar y fecha: Puerto Maldonado, 06 de junio del 2018

III. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)

.....

2. CONTENIDO: (Coherencia en torno al instrumento. Si el indicador corresponde a los ítems y dimensiones)

..... *Coherente*

3. ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)

..... *Coherente*

IV. APORTE Y/O SUGERENCIAS:

..... *Coherente*

LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
Debe corregirse


Sello y Firma
Dr.: *Mg. Lourdes Salazar Salvador*
DNI: *09363564*

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

Relación entre las políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018.

Nombre del instrumento: Cuestionario para políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente

Investigador (a): Br. Arana Pacheco, Nelly Juvencia

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					86%
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					90%
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80%	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					93%
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					94%
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					95%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					91%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.					93%
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					93%
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					92%

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse


 Sello y Firma
 Mg.: Leider Salvador Plas
 DNI: 09363864



Madre adolescente en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado- Madre de Dios



Madre adolescente en el Hospital Santa rosa de Puerto Maldonado- Madre de Dios



Madre adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez de Puerto Maldonado- Madre de Dios



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Artículo científico

Relación entre las Políticas Públicas en Salud y Condicionantes del Embarazo Adolescente en el Centro de Salud Jorge Chavez-Tambopata-2018.

Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo

Br. Nelly Juvencia Arana Pacheco

nelly.arana@yahoo.es

Universidad Cesar Vallejo

Resumen

El presente trabajo de investigación, está orientado a explicar cómo las Políticas públicas guardan correlación con los condicionantes del embarazo adolescente en el Centro de Salud Jorge Chávez del distrito de Tambopata – 2018.

La investigación se caracteriza por ser no experimental cuyo diseño fue no experimental, transversal de nivel relacional, cuyo propósito fue determinar la relación existente entre las políticas públicas y los condicionantes del embarazo adolescente del Centro de Salud Jorge Chávez del distrito de Tambopata – 2018, que concluye con la determinación de relación y asociación entre las variables de estudio para lo cual se trabajó con una muestra que fue seleccionada a través del muestreo probabilístico que hacen un total de 45 madres adolescentes

Llegándose a las siguientes conclusiones:

Se determinó que el 64.4% de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre políticas públicas, el 35.6% manifiestan un conocimiento alto.

Se determinó que el 60% de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre **salud sexual reproductiva**, el 40% manifiestan un conocimiento alto.

Se determino que el 84.4 de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre **educación sexual integral**, el 15.6% manifiestan un conocimiento bajo.

Se determino que el 75.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que las condicionantes del embarazo están asociadas al embarazo, el 24.4% manifiestan que no asociada al embarazo.

Se determinó que el 75.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que los condicionantes intermedios están asociadas al embarazo, el 24.4% manifiestan que no están asociada al embarazo.

Se determinó que el 57.8% de las adolescentes embarazadas manifiestan que las condicionantes próximos están asociadas al embarazo, el 42.2% manifiestan que no están asociada al embarazo.

Palabras claves: Políticas Públicas, embarazo adolescente

ABSTRACT

The present research work is aimed at explaining how Public Policies are correlated with the conditions of teenage pregnancy in the Jorge Chávez Health Center of the district of Tambopata - 2018.

The research is characterized by being non-experimental whose design was non-experimental, cross-sectional level, whose purpose was to determine the relationship between public policies and the conditions of adolescent pregnancy at the Jorge Chávez Health Center in the district of Tambopata - 2018, which concludes with the determination of relationship and association between the study variables for which we worked with a sample that was selected through probabilistic sampling that make a total of 45 teenage mothers

Reaching the following conclusions:

It was determined that 64.4% of pregnant adolescents show a regular knowledge about public policies, 35.6% manifest a high knowledge.

It was determined that 60% of pregnant adolescents show a regular knowledge about reproductive sexual health, 40% manifest a high knowledge.

It was determined that 84.4 of the pregnant adolescents show a regular knowledge about integral sexual education, 15.6% manifest a low knowledge.

It was determined that 75.6% of pregnant adolescents state that the conditions of pregnancy are associated with pregnancy, 24.4% say that it is not associated with pregnancy.

It was determined that 75.6% of pregnant adolescents state that intermediate conditions are associated with pregnancy, 24.4% state that they are not associated with pregnancy.

It was determined that 57.8% of pregnant adolescents state that the next conditioners are associated with pregnancy, 42.2% state that they are not associated with pregnancy.

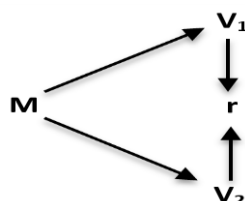
Keywords: Public policies, adolescent pregnancy

METODOLOGIA

Tipo de Investigación

Es no experimental por que se observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, es decir, no se construye ninguna relación, si no que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador (Hernández y otros; 1998, p. 188)

Esta investigación se desarrolla por medio de un diseño descriptivo correlacional de corte transversal no experimental, pues según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) en este tipo de investigación no existe manipulación de variables y tiene como finalidad conocer el grado de asociación o la relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular. Asimismo, se describirá las relaciones entre dos o más variables en un solo momento. El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra.

V₁ = Variable 1: políticas públicas en salud.

V₂ = Variable 2: los condicionantes del embarazo.

r = Relación entre las variables.

La muestra se determinó aplicando la formula, la misma que se encuentra compuesta por 45 madres adolescentes atendidas en el C.S. Jorge Chávez de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios.

Operacionalización de las variables

Se debe considerar que operacionalizar variables es un proceso que parte de lo abstracto para llegar a lo concreto. Al operacionalizar las variables del estudio se siguió con los siguientes pasos: Definición conceptual, definición operacional, especificación de sus dimensiones, elección de los indicadores, formulación de las interrogantes y asignación de índices a cada indicador, de tal forma que consentirán acopiar información para su correspondiente análisis e interpretación con el fin de cuantificar las variables de estudio.

A continuación, se presenta las variables operacionalizadas:

Variable Políticas públicas en salud.

Operacionalización de la variable: Políticas públicas en salud				
VARIABLE 1	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/INDICES	VALOR FINAL
Políticas Publicas en Salud	Educación Sexual Integral	<ul style="list-style-type: none">• Fisiología sexual y reproductiva• Género y derechos sexuales y reproductivos.• Valores y habilidades interpersonales	1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12	Ordinal 1= Mínimo 2= Adecuado 3. Alto
	Salud Sexual Reproductiva	<ul style="list-style-type: none">• Prevención de VHI y otras ITS• Anticoncepción y embarazo no planeado	13,14,15,16,17,18	

Variable 2. Condicionantes del embarazo adolescente.

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

Operacionalización de la variable: Condicionantes del Embarazo Adolescente				
VARIABLE 1	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/INDICES	VALOR FINAL
El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo	condicionantes Intermedios	<ul style="list-style-type: none">• Socioculturales• FamiliaresIndividuales	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 11... 26	Dicotómica 1= si 2= no
	condicionantes Próximos	<ul style="list-style-type: none">• Pareja estable• Actividad sexualUso de anticonceptivos	27,28, 29, 30, 31, 32, 33, 34	

Población y muestra

Población

La población de estudio está conformada por 51 adolescentes gestantes en promedio al año atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez – Tambopata

Tabla No. 1

Madres adolescentes en el C.S. Jorge Chávez- Tambopata - 2018

Tabla 1: Distribución de la Población

Centro de salud Jorge Chávez	Población (N)
Madres adolescentes atendidas	51
TOTAL	51

Fuente: libro de registro de atención

Muestra

El muestreo aleatorio simple, selecciona muestras mediante métodos que consienten que cada posible muestra tenga una igual posibilidad de ser escogida y que cada unidad de la población total tenga una oportunidad igual de ser incluido en la muestra.

La muestra es probabilística fue determinada mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N: Población

p: Probabilidad de éxito

q: Probabilidad de fracaso

E: Nivel de precisión o error estimado

Z: Coeficiente de confianza

La muestra participante estuvo conformada por 45 madres adolescentes atendidas en el C.S. Jorge Chávez de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios

Los valores

N: Población:	51
p: Probabilidad de éxito:	0.5
q: Probabilidad de fracaso:	0.5
E: Nivel de precisión o error estimado:	0.05
Z: Coeficiente de confianza:	1.96

$$n = \frac{51 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (51 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 45$$

Tabla 2: Distribución de la Muestra

Muestra de madres adolescentes en el C.S. Jorge Chávez – Tambopata - 2018

Centro de salud Jorge Chávez	muestra (N)
Madres adolescentes atendidas	45
TOTAL	45

Fuente: Elaboración Propia

Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

La encuesta. - Se va a obtener información y datos importantes los cuales constituyen un aporte estadístico valioso que serán manejados en el análisis cuantitativo sobre políticas públicas en salud y factores determinantes del embarazo adolescente describiendo y explicando de la mejor manera al problema.

Instrumento

El cuestionario. - Para medir las variables políticas públicas en salud y condicionantes del embarazo adolescente se elaboraron dos cuestionarios: el Cuestionario sobre políticas públicas en salud presenta 34 ítems y, el Cuestionario sobre factores condicionantes del embarazo adolescente presentan 18 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Educación Sexual Integral y Salud Sexual

Reproductiva para el primer cuestionario y condicionantes intermedios, y condicionantes próximos para el segundo cuestionario.

Tabla 3. Distribución de adolescentes embarazadas según políticas públicas en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
REGULAR	29	64,4	64,4
ALTO	16	35,6	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 3 y la figura 1 se aprecia que el 64.4% de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre políticas públicas, el 35.6% manifiestan un conocimiento alto.

Figura 1: Distribución de las adolescentes embarazadas según políticas públicas en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018.

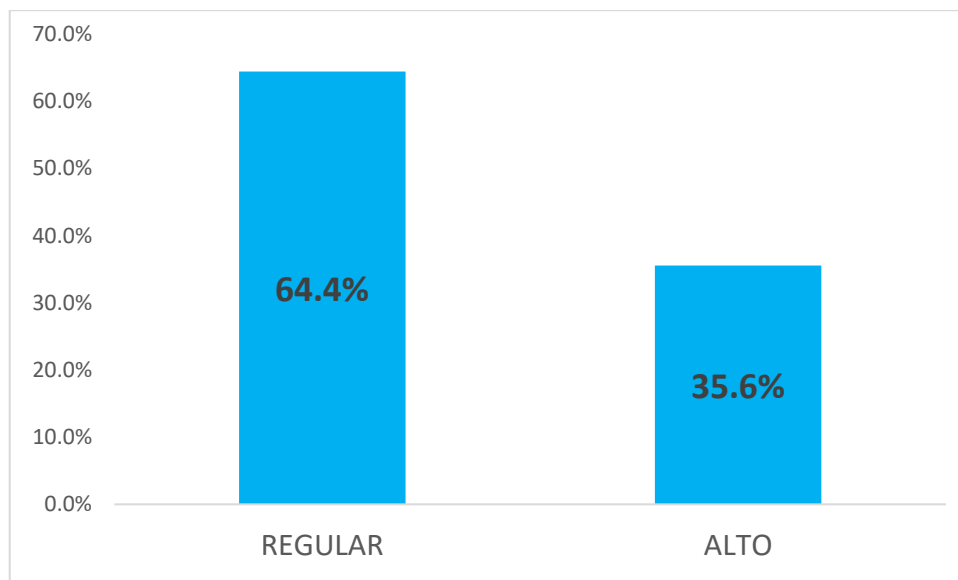


Tabla 4. Distribución de las adolescentes embarazadas según la dimensión salud sexual reproductiva.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
REGULAR	27	60,0	60,0
ALTO	18	40,0	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 4 y la figura 2 se aprecia que el 60% de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre salud sexual reproductiva, el 40% manifiestan un conocimiento alto.

Figura 2: Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión salud sexual reproductiva.

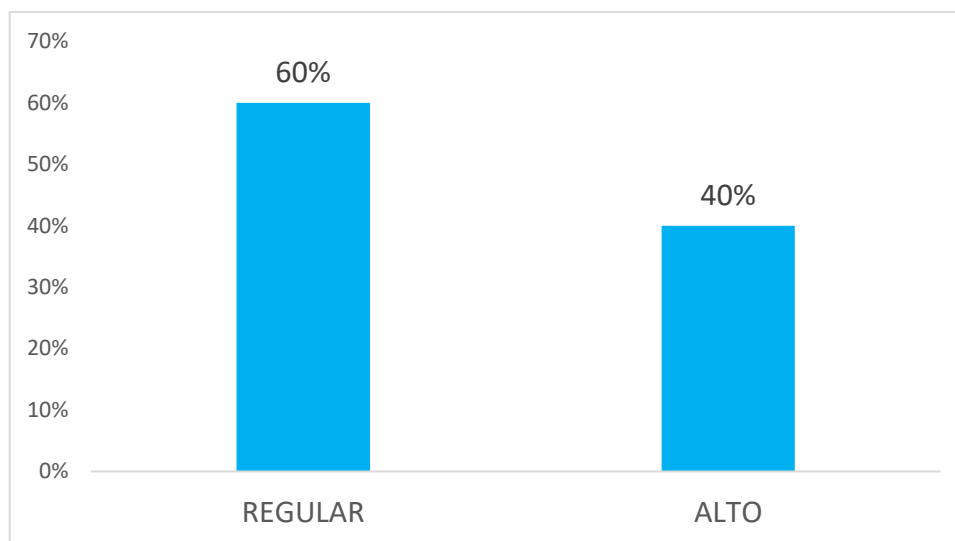


Tabla 5. Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión educación sexual integral.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
BAJO	7	15,6	15,6
REGULAR	38	84,4	100,0
Total	45	100,0	

De acuerdo a la tabla 5 y la figura 3 se aprecia que el 84.4 de las adolescentes embarazadas manifiestan un conocimiento regular sobre **educación sexual integral**, el 15.6% manifiestan un conocimiento bajo.

Figura 3: Distribución de adolescentes embarazadas según la dimensión educación sexual integral.

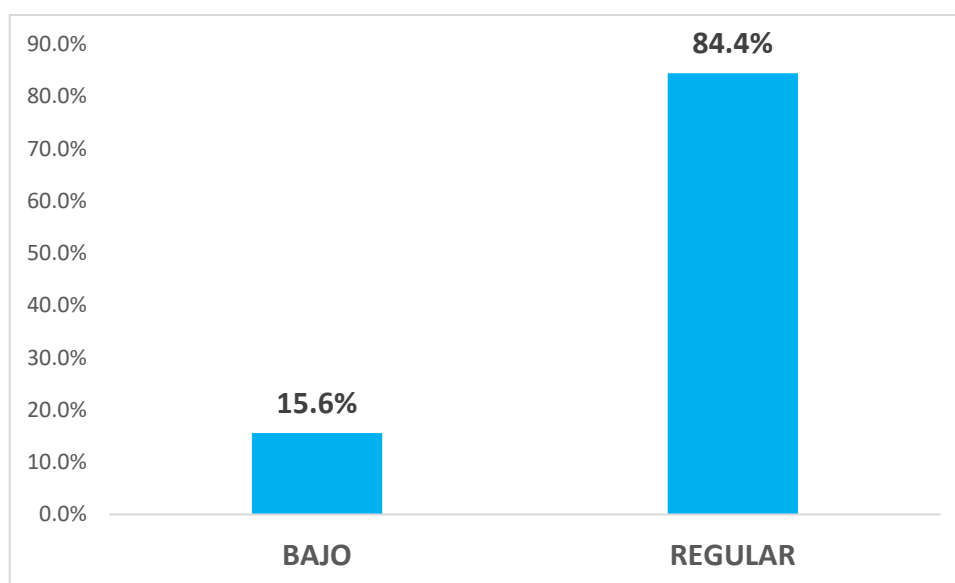


Tabla 6: Distribución de la variable condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	11	24,4	24,4
S1	34	75,6	100,0
Total	45	100,0	

De acuerdo a la tabla 6 y la figura 4 se aprecia que el 75.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que las condicionantes del embarazo están asociadas al embarazo, el 24.4% manifiestan que no asociada al embarazo, resultados que se observan en la siguiente figura.

Figura 4: Distribución de variable condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

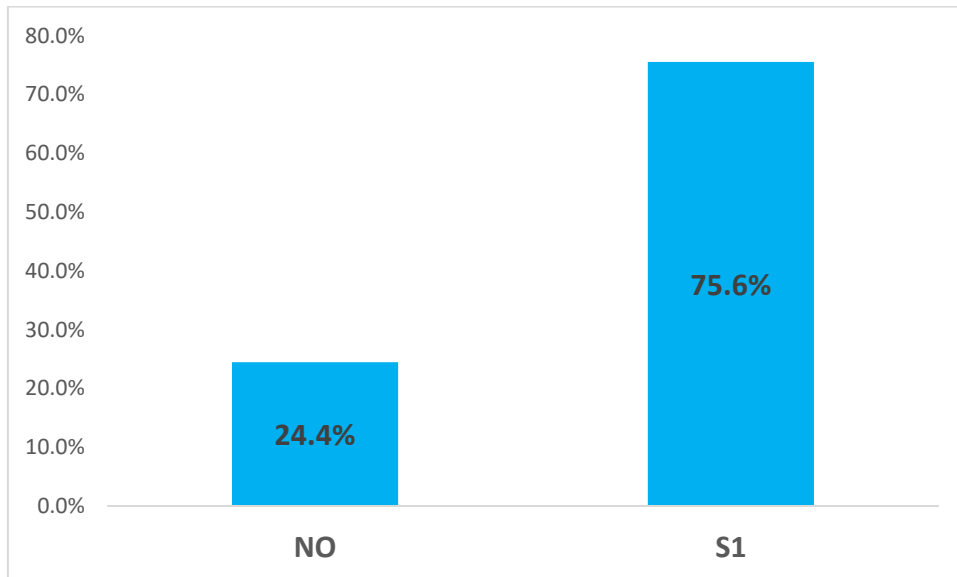


Tabla 7. Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	11	24,4	24,4
SI	34	75,6	100,0
Total	45	100,0	

De acuerdo a la tabla 7 y la figura 5 se aprecia que el 75.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que los condicionantes intermedios están asociadas al embarazo, el 24.4% manifiestan que no está asociada al embarazo.

Figura 5: Distribución de la dimensión condicionantes intermedios del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

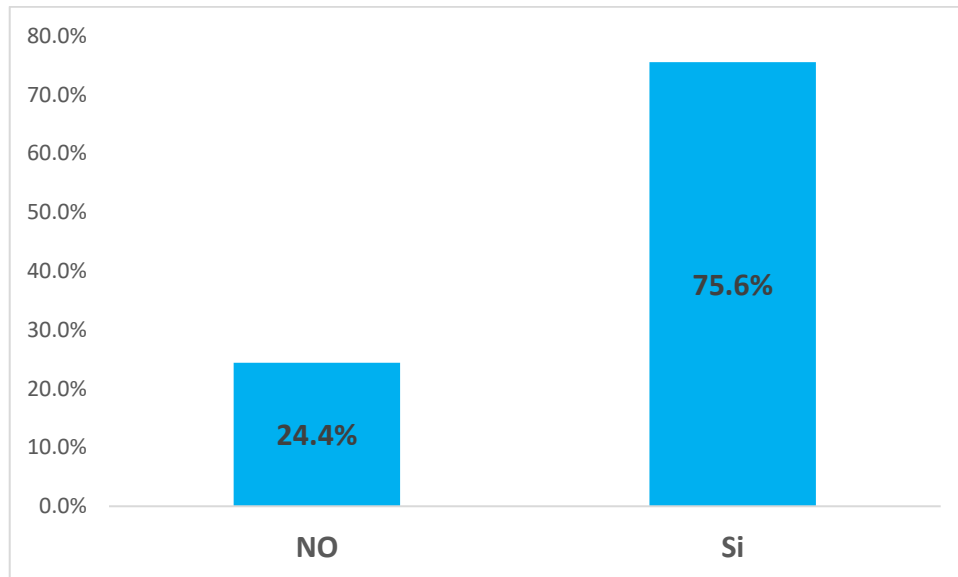


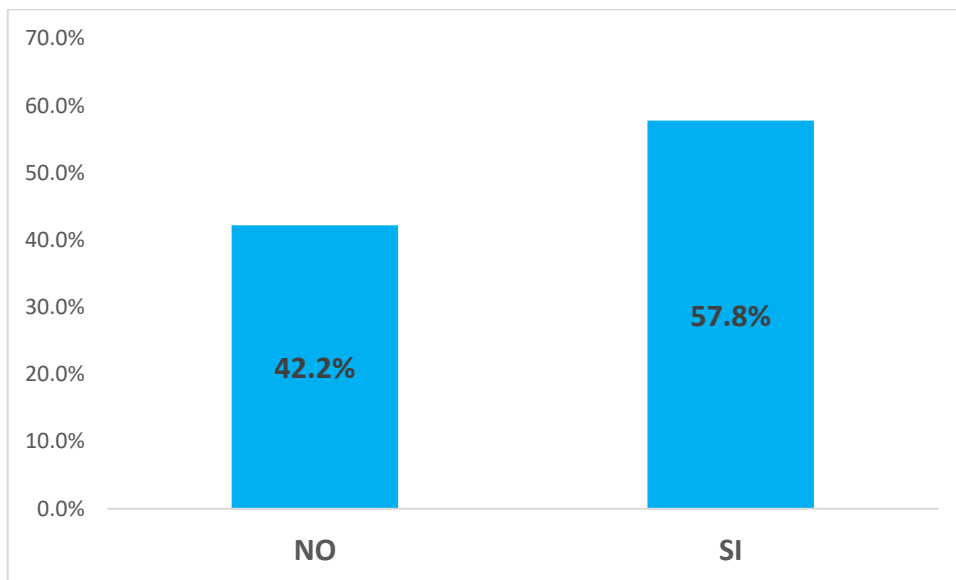
Tabla 8. Distribución de la dimensión condicionantes próximos del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	19	42,2	42,2
Si	26	57,8	100,0
Total	45	100,0	

Fuente: SPSS. V.22

De acuerdo a la tabla 8 y la figura 6 se aprecia que el 57.8% de las adolescentes embarazadas manifiestan que las condicionantes próximas están asociadas al embarazo, y el 42.2% manifiestan que no están asociada al embarazo, resultados que se observan en la siguiente figura.

Figura 6: Distribución de la dimensión condicionantes próximos del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -Tambopata-2018



DISCUSION

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre las políticas públicas y las condicionantes del embarazo adolescente en el centro de salud Jorge Chávez -

CONCLUSIONES

1. Se ha demostrado que existe relación directa y significativa entre las políticas públicas y están asociadas de manera regular con las condicionantes del embarazo adolescente siendo, el p-valor de la prueba Chi Cuadrado 0,005; inferior al nivel de significancia planteado y su coeficiente de asociación Tau b de Kendall 0.422.
2. Se ha demostrado que existe asociación baja entre la salud sexual reproductiva y los condicionantes del embarazo adolescente siendo el p-valor de la prueba Chi Cuadrado

0,016; inferior al nivel de significancia planteado y coeficiente de asociación Tau b de Kendall 0.359

3. Se ha demostrado que existe asociación regular entre la salud sexual integral y los condicionantes del embarazo adolescente siendo el p-valor de la prueba Chi Cuadrado 0,002; inferior al nivel de significancia planteado y coeficiente de asociación Tau b de Kendall 0.462

RECOMENDACIONES

VIII. Recomendaciones

1. Se recomienda al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios, implementar, dentro de sus lineamientos políticos, los servicios diferenciados, ya sea en la modalidad de horario diferenciado o ambiente exclusivo, para brindar la atención integral de la etapa de vida adolescente, lo que permitirá empoderarlas en salud sexual y reproductiva, en aras de la prevención de riesgos, principalmente del embarazo adolescente. Así mismo llevar cabo talleres de fortalecimiento de capacidades al personal de salud para la identificación de casos de violencia sexual y de pareja, en lo que respecta a la atención especializada a víctimas de violencia de género.

2. Se recomienda al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Educación Madre de Dios, implementar, ya que actualmente , no se cuenta con un marco que garantice la educación integral en sexualidad en las escuelas para identificar avances y brechas en el cumplimiento de los compromisos en salud y derechos sexuales y reproductivos adoptados por 23 países de Latinoamérica y el Caribe establecido en el Consenso de Montevideo (en la Conferencia Regional de Población y Desarrollo 2013).

3. Se recomienda al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios, en coordinación con la Dirección Regional de Educación realizar campañas conjuntas e integrales con el objeto de evaluar los avances en políticas públicas en cuanto a planificación familiar, así mismo sin educación sexual integral y con enfoque de género seguiremos observando como las niñas menores de 15 años se convierten en madres y un buen porcentaje de ellas abandonaran la

escuela para dedicarse al cuidado del hogar y la familia. También se visualiza un panorama preocupante sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en nuestra región.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.
- Caricote Ágreda, E. A. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere*, 13(45), 415-425.
- Carvajal Barona, R., Oliveros, V., Leder, H., & Rodríguez Amaya, R. M. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 290-300.
- Castillo Álvarez, R. P., & Quishpe Zagal, C. D. (2017). Autoestima y relación de poder asociados a debut sexual y embarazo precoz en adolescentes tempranas y tardías que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito período febrero-junio 2017.
- Decreto Supremo. N° 012, 2013. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-multisectorial-para-la-p-decreto-supremo-n-012-2013-sa-1010726-3>
- Flórez Nieto, C., & Nunez, J. (2002). Teenage Childbearing in Latin American Countries.
- Flórez, C. E. & Soto, V. (2005). Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. Informe presentado a la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Bogotá: Documento de Trabajo
- Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Colombia: Profamilia. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5>.
- Holguín, Y. P., Mendoza, L. A., Esquivel, C. M., Sánchez, R., Daraviña, A. F., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209-219.
- Janco, A. (2013). Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac.: Departamento de la paz. Octubre a diciembre 2011. *Revista Salud Pública Boliviana*, 38.

- Ley, N. (1997). 26842. Ley General de Salud, 15. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
- López Sánchez, L. (2014). Sexualidad en la adolescencia ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? Recuperado el 29 de julio de 2018, de: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/24-34%20Sexualidad%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Luyo Marcellini, D. F. (2017). Factores Individuales, Familiares Y Sociales Asociados Al Embarazo En Adolescentes En El Centro De Salud Carlos Showing Ferrari 2014-2015.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 471-479.
- Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342.
- MINSA. (2016). PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. Recuperado el 29 de julio de 2018, de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
- MINSA. (2017). Situación de los jóvenes y adolescentes en el Perú. 01-124. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Motta, A., Keogh, S. C., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú. New York: Guttmacher Institute.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Desarrollo en la Adolescencia. World Health Organization. Recuperado el 29 de julio de 2018, de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). El embarazo en la adolescencia. World Health Organization. Recuperado el 29 de julio de 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Osorio, R. (2014). Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis Perú.
- Rodríguez García, Y., Oliva Díaz, J. A., & Gil Hernández, A. (2007). A SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES: ALGUNAS CONSIDERACIONES. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 11(1), 0-0.
- Rodríguez Marcelo, A. E., & Sucño Espinoza, C. M. (2016). Factores Que Influyen En El Embarazo En Adolescentes En El Centro De Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca De Enero A marzo 2016.